



LARISSA RAMOS ROXO

**PERCEPÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS SOBRE SUA ATUAÇÃO EM UMA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DE PORTO
ALEGRE**

CANOAS, 2022

LARISSA RAMOS ROXO

**PERCEPÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS SOBRE SUA ATUAÇÃO EM UMA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DE PORTO
ALEGRE**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano

Orientação: Prof. Dr. Rafael Zanin

Coorientador: Prof Dr. Jefferson Marlon Monticelli

CANOAS, 2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R887p Roxo, Larissa Ramos.
Percepção dos fisioterapeutas sobre sua atuação em unidade de pronto atendimento pré-hospitalar de Porto Alegre [manuscrito] / Larissa Ramos Roxo – 2022.
68 f.; 30 cm.

Dissertação (mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano) – Universidade La Salle, Canoas, 2022.
“Orientação: Prof. Dr. Rafael Zanin”.

● Fisioterapeuta - atuação. 2. Unidade de pronto atendimento (UPA). 3. Porto Alegre. 4. Ensino superior. 5. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. I. Zanin, Rafael. II. Título.

CDU: 615.8-051

LARISSA RAMOS ROXO

Dissertação aprovada para obtenção do título de mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano, da Universidade La Salle.

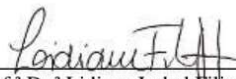
BANCA EXAMINADORA

Presente por videoconferência

Prof. Dr. Marcelo Curth
FEEVALE



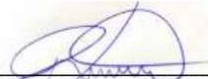
Prof. Dr. Luiz Alberto Forgiarini Junior
Universidade La Salle



Prof.ª Dr.ª Lidiane Isabel Filippin
Orientadora - Universidade La Salle

Presente por videoconferência

Prof. Dr. Jefferson Marlon Monticelli
Coorientador - UNISINOS



Prof. Dr. Rafael Fernandes Zanin
Orientador - Universidade La Salle

Área de concentração: Saúde e Desenvolvimento Humano
Curso: Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano

Canoas, 28 de junho de 2022.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Jessé, meu esposo, pela paciência e parceria de sempre, e à minha filha, Carolina, por ser minha motivação diária.

Agradeço à minha mãe, Maria Lucia, por me estimular sempre a ser melhor, e ao meu pai, EneDIR (em memória) por estar sempre comigo, onde quer que esteja. E, também aos demais familiares e amigos pela rede de apoio incondicional.

Agradeço às minhas amigas Cássia e Bruna, proprietárias da Apta Saúde, por acreditarem no meu potencial e por me tirarem da inércia, me mostrando o quanto a Fisioterapia pode ser grande.

Agradeço também, aos professores Jefferson Marlon Monticelli e Rafael Zanin por todo acolhimento, atenção e ensinamentos ao longo da construção dessa pesquisa.

E à Universidade La Salle pelo auxílio através da Bolsa de Estudos Institucional, sem ela não seria viável a conclusão do mestrado.

RESUMO

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são responsáveis por atendimentos de complexidade intermediária, com funcionamento de 24 horas por dia, todos os dias da semana, recebendo um número elevado de pacientes com diferentes níveis de complexidade, exigindo da equipe uma capacidade de atendimento ágil e precisa. O papel do fisioterapeuta dentro da equipe multidisciplinar nessa unidade, vem se mostrando imprescindível, sendo capaz de acelerar o processo de reabilitação dos pacientes, evitando complicações decorrentes de doenças e/ou cirurgias, reduzindo o tempo de internação. Portanto, o objetivo desta pesquisa foi analisar a percepção dos fisioterapeutas sobre a sua atuação em uma unidade de pronto atendimento pré-hospitalar de Porto Alegre. O estudo caracterizou-se por ser uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória, realizado com fisioterapeutas que atuaram operadora de saúde da cidade de Porto Alegre, tendo seu funcionamento em um local fora da rede hospitalar. A coleta de dados foi feita através de entrevista de grupo focal, realizada com todos os fisioterapeutas que atuaram no serviço nos atendimentos no setor de traumatologia e ortopedia e com os pacientes internados na enfermaria. Foram realizadas três grupos focais, totalizando nove fisioterapeutas entrevistados. Com relação a rotina, foi relatado que os fisioterapeutas inicialmente se apresentavam as equipes da unidade, se colocando á disposição e os pacientes eram atendidos somente a partir de encaminhamento médico. Quanto ao relacionamento com as demais equipes, foi relatado uma resistência inicial por parte de alguns membros da equipe. Como esperado, após algum tempo a equipe já estava entrosada com os demais profissionais, permitindo uma melhora da autonomia, sendo essa, considerada também um facilitador do trabalho da fisioterapia, assim como o relacionamento dentro da própria equipe incluindo as gestoras. Ademais o excesso de burocracia foi apontado como uma das principais barreiras para que o trabalho fosse feito com maior qualidade. Esse fato também impactou na geração de dados que pudessem resultar em indicadores de desempenho adequados. Por fim, a equipe trouxe como proposta de aprimoramento, melhorias relacionadas a infraestrutura na unidade, como forma de melhoria dos processos de atendimento, cita um novo modelo de fluxo para pacientes com dores musculoesqueléticas, onde os fisioterapeutas atuariam como profissionais de primeiro contato, sendo essa última uma contribuição importante para que novos campos de trabalho possam ser explorados pelos fisioterapeutas

Palavras chave: Fisioterapia. Emergência. Pronto Atendimento

ABSTRACT

The Emergency Care Units are responsible for intermediate complexity care, operating 24 hours a day, every day of the week, receiving a large number of patients with different levels of complexity, requiring from the team a capacity of agile and precise care. The role of the physiotherapist within the multidisciplinary team in this unit has proven to be essential, being able to accelerate the rehabilitation process of patients, avoiding complications from diseases and/or surgeries, reducing the length of hospital stay. Therefore, the objective of this research was to analyze the perception of physiotherapists about their performance in a pre-hospital emergency care unit in Porto Alegre. The study was characterized as a qualitative, descriptive, exploratory research, carried out with physiotherapists who worked in a health operator in the city of Porto Alegre, having its operation in a place outside the hospital network. Data collection was done through focus group interview, carried out with all physiotherapists who worked in the service in the trauma and orthopedics sector and with the patients admitted to the infirmary. Three focal groups were conducted, totaling nine physiotherapists interviewed. Regarding the routine, it was reported that the physiotherapists initially introduced themselves to the unit's teams, making themselves available, and the patients were seen only after medical referral. As for the relationship with the other teams, an initial resistance from some team members was reported. As expected, after some time, the team was already in tune with the other professionals, allowing an improvement in autonomy, which was also considered a facilitator of the physiotherapy work, as well as the relationship within the team itself, including the managers. Moreover, the excessive bureaucracy was pointed out as one of the main barriers for the work to be done with higher quality. This fact also impacted the generation of data that could result in adequate performance indicators. Finally, the team brought, as a proposal for enhancement, improvements related to infrastructure in the unit as a way to improve the processes of care, and cites a new flow model for patients with musculoskeletal pain, where physiotherapists would act as first contact professionals, this latter being an important contribution so that new fields of work can be explored by physiotherapists.

Keywords: *Physiotherapy. Emergency. Emergency Care.*

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Informações sobre o grupo focal	24
Quadro 2: Categorias e subcategorias com o referencial teórico correspondente	27

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - % de codificação a partir do cruzamento das falas dos participantes 30

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Palavras citadas com maior frequência nos arquivos

31

LISTA DE ABREVIATURAS

UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EAP	Edema Agudo de Pulmão
PCR	Parada Cardiorespiratória
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO TEÓRICA.....	14
2.1 Emergência e Unidade de Pronto Atendimento.....	14
2.2 Gestão em serviços de fisioterapia.....	16
2.3 Atuação do fisioterapeuta na Emergência e/ou Unidade de Pronto Atendimento.....	18
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo geral.....	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4 METODOLOGIA.....	23
4.1 Delineamento de pesquisa.....	23
4.2 Descrição da unidade de pronto atendimento pré-hospitalar.....	23
4.3 Descrição do serviço de fisioterapia.....	23
4.4 Procedimento de coleta de dados.....	24
4.5 Procedimento de análise dos dados.....	26
4.6 Considerações éticas.....	28
5 RESULTADOS.....	30
5.1 Funcionamento do serviço.....	32
<i>5.1.1 Rotina dos fisioterapeutas.....</i>	<i>32</i>
<i>5.1.2 Encaminhamento dos pacientes para o serviço de fisioterapia.....</i>	<i>34</i>
<i>5.1.3 Relacionamento com outras equipes.....</i>	<i>37</i>
5.2 Atuação da fisioterapia.....	39
<i>5.2.1 Fatores benéficos.....</i>	<i>39</i>
<i>5.2.2 Dificuldades/desafios.....</i>	<i>41</i>
5.3 Proposta de aprimoramento.....	44
<i>5.3.1 Proposta de melhorias na infraestrutura das unidades.....</i>	<i>44</i>
<i>5.3.2 Processos de atendimentos ideais.....</i>	<i>46</i>
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
8 PRODUTO TÉCNICO.....	60
REFERÊNCIAS.....	62

1 INTRODUÇÃO

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são responsáveis por atendimentos de complexidade intermediária, com funcionamento de 24 horas por dia, todos os dias da semana, sendo considerado um local de apoio tanto às Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto aos hospitais (FRANGO *et al*, 2018). Por ser um serviço com característica de “portas abertas”, ou seja, atende todas as pessoas que necessitam de atendimento, recebe um número elevado de pacientes com diversos graus de complexidade, exigindo da equipe uma capacidade de atendimento ágil e precisa (HEHN; BUENO, 2020).

Na última década, observamos um aumento expressivo da demanda de atendimento nessas unidades. Entre os fatores que estão associados à superlotação e ineficiência na prestação desse serviço, estão a falta de um sistema de referência e contra referência que possibilite um acompanhamento adequado de saúde da população; e, além disso, há uma carência na educação continuada entre os profissionais com ênfase no exame clínico, o que reduziria o número de exames solicitados desnecessariamente (SOARES, 2011; GRUCHY; GRANGER; GORELIK, 2015).

A atuação do fisioterapeuta nas unidades de emergência e urgência pode divergir em diferentes locais do mundo. Nos Estados Unidos, os atendimentos fisioterapêuticos ocorrem a pedido do médico responsável, sendo de responsabilidade do fisioterapeuta a realização exame físico, diagnóstico especializado, reabilitação, e ainda atuação na educação do paciente através de orientações para realização de exercícios domiciliares (KIM, 2018). Em contrapartida, em países como Austrália e Reino Unido, o fisioterapeuta do setor de emergência atua de forma independente, solicitando e interpretando exames de imagens, prescrevendo medicamentos, sem a necessidade de encaminhamento médico prévio, sendo chamados também de fisioterapeutas de escopo estendido (SUTTON *et al*, 2015).

No Brasil, o fisioterapeuta tem uma atuação semelhante aos Estados Unidos, necessitando inclusive de um melhor posicionamento dentro dos modelos organizacionais de gestão, o que possibilitaria melhor alocação de recursos e de

peças nessas unidades (PICCOLI, *et al*, 2013). Este fato também pode estar associado a um tempo de permanência maior do paciente dentro da unidade, uma vez que há um atraso até o momento da consulta do paciente com o médico e a equipe de fisioterapia, pois o médico acaba utilizando outras condutas como aplicação de analgésicos ou solicitando exames de imagens até que decida solicitar avaliação fisioterapêutica (KIM *et al*, 2018).

Atualmente, o papel do fisioterapeuta dentro da equipe multidisciplinar já está bem definido, sendo capaz de acelerar o processo de reabilitação dos pacientes. Sua atuação se estende desde a evitar complicações decorrentes de doenças e/ou cirurgias até redução no tempo de internação. A presença desse profissional na equipe multidisciplinar na unidade de pronto atendimento visa a aperfeiçoar o funcionamento do setor, atuando de forma cada vez mais precoce no tratamento dos pacientes (PAZ *et al.*, 2019).

Tendo em vista o que já temos descrito sobre a atuação dos fisioterapeutas nos setores de urgência e emergência, entendemos que este é um campo que há muitas oportunidades para o fisioterapeuta. Sendo assim, o problema da presente pesquisa foi definido como: qual a percepção dos fisioterapeutas em relação a sua atuação em uma unidade de pronto atendimento pré-hospitalar?

Diante disso, ao analisar a percepção dos fisioterapeutas sobre sua atuação em uma unidade de pronto atendimento, buscamos gerar dados que possam nortear os demais profissionais na construção de serviços que sejam mais resolutivos e com processos de atendimento mais assertivos, de alta qualidade, evitando assim, gastos desnecessários tanto de operadoras de saúde como de seus usuários.

A partir disso, para que possamos obter a resposta do problema apresentado anteriormente, foram definidos como objetivos específicos desse estudo: i) analisar como foi a rotina dos fisioterapeutas em uma unidade de pronto atendimento pré-hospitalar; ii) analisar os fatores que foram benéficos no trabalho do fisioterapeuta em uma unidade de pronto atendimento pré-hospitalar; iii) analisar os fatores que foram desafiadores no trabalho do fisioterapeuta em uma unidade de pronto atendimento pré-hospitalar; e iv) desenvolver proposições a fim de aprimorar a atuação do fisioterapeuta em uma unidade de pronto atendimento

pré-hospitalar.

Por fim, o objetivo desta pesquisa será analisar a percepção dos fisioterapeutas sobre a sua atuação em em uma unidade de pronto atendimento pré-hospitalar de Porto Alegre.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 Emergência e Unidade de Pronto Atendimento

As UPAs pré-hospitalar têm um caráter assistencial de acolhimento às demandas de forma contínua, com realização de consultas, mesmo que de casos de menor gravidade. Por isso a legislação recusa a possibilidade da unidade operar somente pela lógica da urgência (KONDER; O'DWYER, 2015; GIGLIO, 2005).

O atendimento é realizado a partir de uma classificação de risco. A escala de classificação de risco categoriza os pacientes em cinco níveis de prioridade, que são representadas por cores. São elas: vermelha (emergência, paciente deve receber atendimento médico imediato); laranja (paciente deve ser avaliado pelo médico em até 10 minutos); amarelo (paciente deve ser avaliado pelo médico em até 60 minutos); verde (paciente deve ser avaliado pelo médico em até 120 minutos); e azul (pode aguardar até 240 minutos para ser atendido) (PINTO JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Unidades de pronto atendimento assumem um papel muitas vezes de porta de entrada para hospitais, onde recebem pacientes que precisam de uma atenção imediata. Estas unidades são consideradas ambientes dinâmicos, no qual podem ocorrer mudanças rápidas no estado clínico dos pacientes (BATISTA; PEDUZZI, 2018).

Concomitante a isso, as unidades de emergência têm apresentado um aumento gradual no número de atendimentos a cada ano, entretanto observa-se que quase metade dessas visitas são classificadas como semi-urgentes ou não urgentes (USCHER-PINES *et al*, 2013), levando a crer que tais condições poderiam ser tratadas em outros locais como ambulatórios ou em UPAs de baixa complexidade (FRUTH; WILEY, 2016), e além disso acaba elevando o tempo de espera para este tipo de atendimento, uma vez que os casos mais urgentes são priorizados (KINSELLA *et al*, 2018).

Essa lotação é associada a uma diminuição da capacidade hospitalar, escassez de equipe assistencial, aumento da complexidade do paciente e

dificuldades na gestão de transferências para unidades de internação (TEKWANI *et al*, 2013). Esse fator também está associado a resultados negativos com relação ao atendimento médico, com um aumento dos eventos adversos, baixo desempenho na qualidade do serviço e inclusive aumento de óbitos após a admissão na unidade (SPRIVULIS; SILVA; JACOBS, 2006).

Outro fator que pode contribuir com o volume de pacientes atendidos, nesse tipo de unidade, é o fato do poder público disponibilizar um incentivo pequeno, acarretando em uma falta de estrutura física adequada, falta de materiais necessários para os atendimentos, bem como profissionais capacitados (CHEN; WATERS; CHANG, 2015).

Há ainda um grupo de pacientes que, mesmo sendo menor que os demais, também impactam nos resultados dos atendimentos dessas unidades. Nesse grupo estão os pacientes que procuram o serviço de urgência mais de quatro ou cinco vezes ao ano (ACOSTA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Após o início da pandemia do SARS – COV-2 observou-se um comportamento atípico das unidades de urgência/emergência. Bjornsen *et al*, (2020) observou que aproximadamente na décima segunda semana de início da pandemia, houve uma redução importante de atendimento nas áreas de cirurgia, ortopedia e neurologia, bem como redução de 47% de pacientes que realizavam consultas ambulatoriais. Tal resultado também foi observado na Austrália, onde foi atribuído como causa, uma redução de 32,6% na realização de cirurgias eletivas, com o objetivo de aumentar o número de leitos para internação hospitalar, ocorrendo principalmente no primeiro semestre de 2020 (SUTHERLAND, *et al*, 2020). Entretanto, conforme a pandemia foi avançando e o número de casos foi aumentando gradualmente, e a procura por essas unidades aumentou de forma considerável. Nesse caso podemos observar que após o início da pandemia houve uma mudança no perfil de paciente atendido.

O perfil dos atendimentos realizados nessas unidades era bastante heterogêneo, havendo uma tendência de que pacientes mais jovens procurem o serviço por causas externas (como acidentes, por exemplo), já indivíduos mais idosos apresentam problemas de origem circulatórias (SOARES, 2011). Perfil semelhante também foi encontrado no estudo de Gonçalves(2014) onde analisou

o perfil clínico de pacientes atendidos em uma unidade de urgência e emergência em um Hospital de Minas Gerais, tendo como principais causas de internação Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico ou hemorrágico, sepse de foco pulmonar, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) exacerbada, insuficiência respiratória aguda e Edema Agudo de Pulmão (EAP).

Os motivos pelos quais os pacientes procuram as emergências relacionam-se diretamente aos resultados em relação a demanda e resolutividade. Observa-se muitas vezes que os sinais e sintomas relatados não apresentam clareza quanto a necessidade real de atendimento, acarretando em erros de diagnósticos, falta de acompanhamento contínuo adequado e superlotação dos serviços (BURNS, 2017).

Segundo Batista; Peduzzi (2018) entender o reconhecimento de ações específicas das equipes que atuam nos setores de urgência e emergência propicia uma relação interprofissional mais resolutiva e harmoniosa, o que por sua vez subsidia a definição de objetivos comuns, que expressam um projeto assistencial integrado, com impacto na qualidade da assistência do paciente.

2.2 Gestão em serviços de fisioterapia

Ao se planejar um serviço de saúde, é necessário entender as características do setor e/ou unidade onde os profissionais atuarão. Os serviços de saúde possuem uma característica peculiar, tendo como diferencial a intangibilidade (não pode ser usado ou provado antes de ser comprado), simultaneidade (não pode ser estocado, sendo consumido ao mesmo tempo em que é produzido). O cliente assume um papel de co-produtor do serviço prestado, pois sua presença é o que determina o início do serviço (RIBEIRO, 2006).

O posicionamento dos gestores também é imprescindível, dada a complexidade dos serviços de saúde. A transversalidade é considerada um dos pressupostos para formação dos profissionais que atuam na gestão, pois é necessário que haja uma adequada integração entre as múltiplas disciplinas que deverão trabalhar juntas e se relacionar no dia a dia do trabalho (DUARTE *et al*, 2019).

A construção de indicadores é uma etapa essencial para a estruturação de um serviço de saúde, sendo imprescindível para posterior análise de resultados, incorporação das informações adquiridas, para possível aprimoramento dos processos com a finalidade de melhora da qualidade assistencial (MACEDO *et al*, 2021).

Goodman *et al* (2018) em sua pesquisa, buscou avaliar a implantação de um novo formato de serviço de fisioterapia, onde os profissionais receberam treinamento especializado para realizar atendimentos de contato primário. Foram aplicadas pesquisas de satisfação com pacientes e outros profissionais que trabalhavam na unidade, e obtiveram níveis elevados de satisfação desses pacientes, que relatam ter confiança e se sentir seguros ao receberem esse tipo de atendimento.

O planejamento para que um serviço de fisioterapia seja implementado deve contemplar um conhecimento profundo da unidade e do perfil de pacientes que serão atendidos, para que se possa contratar profissionais devidamente capacitados, além de se ter uma previsão dos materiais e equipamentos necessários, fatores esses que interferem, também, nos custos desse serviço (SANTOS; RAUPP, 2017)

De acordo com a literatura há três modelos de atuação da equipe de fisioterapia, os quais se referem ao fluxo de atendimento em relação à equipe médica. São eles: modelo primário, onde o fisioterapeuta é o primeiro ponto de atendimento do paciente; modelo secundário quando o paciente é encaminhado para o atendimento fisioterapêutico por outra equipe da unidade, e ainda um modelo colaborativo, quando o atendimento fisioterapêutico se dá junto com as demais equipes, trabalhando lado a lado (HENDERSON *et al* 2020; SUTTON *et al*, 2015).

Outro desafio encontrado por gestores na área da saúde são indicadores relacionados a insatisfação no trabalho, abrangendo questões de adoecimento relacionadas ao ambiente estressante e insalubre onde os trabalhadores estão inseridos, com cargas horárias excessivas, levando esses profissionais a uma exaustão emocional (GARCIA; MARZIELA, 2021).

Silva, Santos; Bonilha (2014) pesquisaram a percepção dos usuários de um

serviço de fisioterapia ambulatorial em relação a resolutividade da atenção e barreiras enfrentadas para a utilização desse serviço. E verificaram que os usuários consideraram o atendimento resolutivo reduzindo sintomas álgicos e melhorando a funcionalidade. No que se refere a barreiras, os usuários atribuíram a distância até o ambulatório como uma dificuldade, e também citaram o excesso de burocracia para realizar os agendamentos como um impedimento à continuidade do tratamento.

Acredita-se que todas as questões acima devam ser levadas em consideração ao planejar um serviço de saúde, visando sempre correlacionar o ambiente de trabalho, o profissional e a qualidade assistencial oferecida.

2.3 Atuação do fisioterapeuta na Emergência e/ou Unidade de Pronto Atendimento

A resolução nº501, de 26 de Dezembro de 2018, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), reconhece a atuação do fisioterapeuta na assistência à Saúde nas Unidades de Urgência e Emergência, considera a sua competência quando do uso de ventilação mecânica não invasiva e invasiva, oxigenoterapia e sendo um profissional habilitado a compor o time de resposta rápida. O fisioterapeuta pode reestruturar o modelo de cuidado integral, favorecendo os atendimentos e tratamentos precoces de diversas doenças, atuando em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo a prevenção, a promoção e a recuperação, com ênfase no movimento e na função (FARIA; SANTOS, 2011).

Em UPAs ou unidades de emergência e urgência, os pacientes são atendidos de acordo com uma classificação de risco, permitindo o acesso desde casos simples a casos mais graves que exigem intervenções mais complexas. O fisioterapeuta pode atuar na equipe multiprofissional assumindo casos mais simples, otimizando o atendimento de outras equipes em casos mais graves (KINSELLA *et al*, 2018).

PAZ *et al* (2019) observou a atuação da equipe de fisioterapia durante o período de Residência Multiprofissional de Atenção Hospitalar: Urgência e

Emergência, tendo identificado como foco da prática do fisioterapeuta naquela unidade nos seguintes diagnósticos: trombose venosa profunda, asma, mobilização precoce, manejo de insuficiência respiratória aguda, leve e moderada com o uso de ventilação não invasiva, insuficiência respiratória grave com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva e também auxiliando a equipe em casos de parada cardiorespiratória (PCR).

As habilidades e competências dos fisioterapeutas podem melhorar os serviços e melhorar a percepção dos usuários sobre o atendimento na emergência. Além das habilidades com relação a reabilitação, redução de complicações, este profissional possui uma boa capacidade de avaliação que, associado ao poder de tomada de decisão, lança mão de critérios para encaminhamentos para avaliação adicional, quando necessário, com outros profissionais da equipe multidisciplinar (JUNEJA *et al*, 2020).

A área de ortopedia em urgência e emergência também vem se mostrando como campo de trabalho da fisioterapia, precisamente no atendimento a pacientes com queixas de dores agudas de origem musculoesqueléticas. Schulz *et al* (2016), comparou a atuação dos fisioterapeutas com outros profissionais da saúde em pacientes com lesões de tecidos moles em membros inferiores e dor lombar. Os pacientes que foram atendidos pela equipe de fisioterapia especializada apresentaram um menor número de solicitação de exames de imagem e uma necessidade menor de uso de opioides.

O fisioterapeuta também contribui dando suporte rápido e eficiente para disfunções cardiorrespiratórias, manejo de oxigenoterapia e ventilação mecânica não invasiva, evitando assim um possível agravamento no quadro clínico como evolução para intubação orotraqueal e necessidade de internação na unidade de terapia intensiva (PICCOLI *et al*, 2013). A atuação desse profissional também está associada a redução do tempo de internação dos pacientes aumentando a liberação de vagas de leitos hospitalares (ALVEZ *et al*, 2018).

Esses efeitos também podem ser percebidos na emergência pediátrica, onde a atuação do fisioterapeuta está associada ao manejo de suporte ventilatório, desobstrução de vias aéreas causadas por secreção pulmonar, menor tempo de internação (CANO *et al*, 2020).

Estudos como o de Alkhouri et al. (2020); Fruth; Wiley (2016), kim *et al* (2018) tinham como objetivo determinar o impacto do serviço de fisioterapia de emergência prestado por meio de diferentes modelos de atendimento, avaliando indicadores de qualidade, fluxo de pacientes, e satisfação dos clientes. Os pacientes atendidos pelo fisioterapeuta de contato primário mostraram melhores resultados em relação a uma redução significativa no tempo de internação, tempo de espera para tratamento e tempo para a primeira analgesia. Já os pacientes que receberam atendimento médico primeiro e depois do fisioterapeuta (modelo de contato secundário) tiveram um tempo de internação prolongado e menores níveis de satisfação dos indivíduos.

Gill, Stella; McManus (2019) em seu estudo, visaram entender a percepção dos usuários em relação a introdução de fisioterapeutas e enfermeiros no atendimento em emergências. Observaram que alguns pacientes não se importam com quem fornece os cuidados, desde que os recebam de forma adequada; outros acreditam que os médicos fornecem cuidados superiores e preferem esse profissional, outros expressaram compreensão incompleta ou imprecisa das funções, responsabilidades e conjuntos de habilidades da equipe de emergência, o que influenciou suas preferências de atendimento. Identificaram um conjunto básico de atributos desejáveis da equipe que se aplicam a todos, independentemente da demarcação profissional; todos os funcionários devem incorporar esses atributos, embora a expressão dos atributos varie de acordo com as circunstâncias e o escopo de prática do funcionário. Em quarto lugar, os consumidores esperam uma governança eficaz sobre os serviços de emergência para que todos os funcionários, independentemente de sua profissão, ofereçam cuidados seguros e eficazes.

Sendo assim, podemos observar que a fisioterapia em urgência e emergência ou UPA contribui para otimização de recursos através da intervenção precoce, e em conjunto à equipe multidisciplinar é capaz de realizar um atendimento efetivo e seguro para os pacientes (ALVES *et al*, 2018).

Lefmann e Sheppard (2014) pesquisaram sobre a percepção de médicos e enfermeiros sobre a contribuição dos fisioterapeutas dentro de um departamento de emergência e observaram inicialmente uma mudança na forma de

relacionamento das profissões o que a longo prazo foi positivo a partir do momento que a fisioterapia se mostrava benéfica para os pacientes. E além disso perceberam que a inclusão de novas perspectivas permitiu o crescimento da equipe multiprofissional como um todo.

Associando as possibilidades de atuação do fisioterapeutas nas UPAs com a proposta dessas unidades que é integrar a atenção básica com o hospital, através de um sistema de regulação e contra referência eficaz, podemos entender que agregar a fisioterapia como parte da equipe multidisciplinar, permitirá uma melhora nos processos de atendimento, melhorando também indicadores de qualidade assistencial (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a percepção dos fisioterapeutas sobre sua atuação em uma unidade de pronto atendimento pré-hospitalar de Porto Alegre.

3.2 Objetivos específicos

- a) Analisar como era a rotina dos fisioterapeutas em uma unidade de pronto atendimento pré-hospitalar;
- b) analisar os fatores que foram benéficos no trabalho do fisioterapeuta em uma unidade de pronto atendimento pré-hospitalar;
- c) analisar os fatores que foram desafiadores no trabalho do fisioterapeuta em uma unidade de pronto atendimento pré-hospitalar;
- d) desenvolver proposições a fim de aprimorar a atuação do fisioterapeuta em uma unidade de pronto atendimento pré-hospitalar.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento de pesquisa

O estudo caracterizou-se por ser uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória.

4.2 Descrição da unidade de pronto atendimento pré-hospitalar

A unidade pertence a uma operadora de saúde da cidade de Porto Alegre, tendo seu funcionamento em um local fora da rede hospitalar. O local foi escolhido em razão de um projeto pioneiro que promoveu a atuação dos fisioterapeutas no pronto atendimento pré-hospitalar. O objetivo da implantação desse serviço tinha como proposta ofertar um tipo de atendimento fisioterapêutico pouco realizado ainda no país, que priorizou o atendimento mais resolutivo visando evitar internações hospitalares, e reduzir o número de exames de imagens desnecessários, bem como diminuir o uso de analgésicos injetáveis de forma indiscriminada.

Este pronto atendimento funcionava 24 horas por dia, sendo que o serviço de fisioterapia era realizado das 8h às 20h, diariamente. Possuindo uma enfermaria, onde era realizado atendimento a pacientes com risco maior de agravo a saúde que poderiam necessitar de internação, além de aplicação de medicações e aerosolterapia. Possuía também um espaço para atendimento ambulatorial nas mais diversas especialidades, incluindo clínico geral e realização de exames de baixa complexidade.

4.3 Descrição do serviço de fisioterapia

O serviço de fisioterapia era realizado das 8h às 20hs, diariamente, sendo dividido em duas áreas de atuação: consultório de traumatologia e ortopedia, onde os pacientes com alguma queixa de dor aguda musculoesquelética eram encaminhados através de médicos clínicos gerais e/ou traumatologistas e

ortopedistas, com uma duração de 30 minutos de atendimento; e enfermaria, onde os pacientes permaneciam internados um ou mais dias, tendo alta para casa ou sendo transferido para alguma unidade hospitalar. Conforme fluxo definido pela unidade, os pacientes eram encaminhados para a fisioterapia após avaliação da equipe médica.

Inicialmente a amostra foi composta por 12 fisioterapeutas, sendo esses correspondentes a todos que atuaram no serviço durante o período de funcionamento. Entretanto, a coleta de dados foi realizada com nove profissionais que aceitaram participar da pesquisa. A coleta dos dados foi suspensa por ser atingida a saturação teórica dos dados. Para tanto, dois pesquisadores avaliaram que as informações passaram a se repetir nos diferentes participantes do grupo.

4.4 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados se deu por meio de estudo de grupo focal, onde foram realizadas entrevistas, conduzidas por um moderador (pesquisadora principal) e um observador (pesquisador responsável), com perguntas não estruturadas aos participantes do estudo que foram divididos em grupos.

A escolha dessa técnica se deu por ser indicada quando se deseja observar como as pessoas entendem uma experiência ou evento, sendo possível durante as reuniões a obtenção de informações inesperadas pela discussão livre do assunto em questão (VERGARA, 2004). Segundo Oliveira; Freitas (1998), com essa abordagem há um ganho devido à espontaneidade pela interação entre os participantes agregando riqueza e flexibilidade na coleta dos dados, quando comparado a aplicação de um instrumento individual. Os mesmos autores salientam também, que em contrapartida, essa forma de pesquisa exige uma maior preparação do local, assim como resulta em menor quantidade dos dados por pessoa.

Segue, abaixo Quadro 1, com informações sobre como serão realizadas as entrevistas do grupo focal.

Quadro 1 – Informações sobre o Grupo Focal

Proposta	Tema:	Percepção dos fisioterapeutas sobre a sua atuação em uma unidade de pronto atendimento de saúde de Porto Alegre
	1ª questão norteadora / Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ● Como era a rotina de trabalho de vocês na unidade? Em atenção ao primeiro objetivo específico da pesquisa
	2ª questão norteadora / Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ● Como os pacientes eram encaminhados ao atendimento fisioterapêutico? Em atenção ao primeiro objetivo específico da pesquisa
	3ª questão norteadora / Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ● Como era o relacionamento da equipe de fisioterapia com outras equipes da unidade? Em atenção ao primeiro objetivo específico da pesquisa
	4ª questão norteadora / Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ● Vocês identificam fatores que facilitavam o trabalho dos fisioterapeutas na unidade? Quais? Em atenção ao segundo objetivo específico da pesquisa
	5ª questão norteadora / Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ● Vocês identificam dificuldades para que o trabalho fosse executado? Quais? Em atenção ao terceiro objetivo específico da pesquisa.
	6ª questão norteadora / Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ● Quais os desafios eram encontrados na rotina do serviço de fisioterapia? Em atenção ao terceiro objetivo específico da pesquisa.
	7ª questão norteadora / Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ● Vocês identificam pontos de melhorias naquela unidade? Quais? Em atenção ao quarto objetivo específico da pesquisa.
	8ª questão norteadora / Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ● Qual estrutura e processos de atendimentos seriam ideais para que a atuação da equipe de fisioterapia fosse considerada de alta qualidade? Em atenção ao quarto objetivo específico da pesquisa.
Composição	Participantes	Fisioterapeutas que atuaram no serviço de fisioterapia na unidade de pronto atendimento em questão.
	Moderador	Autor deste estudo.
	Observador	Professor orientador deste estudo.
Tamanho	Quantidade de sessões:	3 (cada fisioterapeuta deverá optar por uma das sessões)
	Duração de cada sessão:	1 hora
	Quantidade total de participantes:	9 fisioterapeutas, por adesão.
	Tamanho: quantidade de	3 participantes por sessão

	participantes por sessão:	
	Critério de escolha da sessão:	Disponibilidade do participante, sendo o corte estabelecido pelos 3 primeiros que confirmarem a participação em cada sessão, através de convite por email.
Procedimentos de Condução	Convite:	Após assinatura do TCLE os participantes receberam previamente um <i>e-mail</i> com os dados do agendamento e o <i>link</i> para acesso
	Formato:	Virtual.
	Ferramenta:	<i>Google Meet</i> .
	Papel do Moderador	<ul style="list-style-type: none"> ● Apresentar, antes de iniciar a sessão, as regras da atividade; ● Garantir que todos possam participar; ● Garantir o foco no tema e palavra-chave propostos; ● Controlar o tempo para proporcionar equidade de tempo em relação às palavras-chave; ● Isenção de opinião; ● Anotar as percepções ambientais.
	Papel do Observador	<ul style="list-style-type: none"> ● Auxiliar no registro de voz; ● Não intervir no debate e condução; e ● Anotar as percepções ambientais.
Arquivamento dos dados	A sessão de grupo focal foi transcrita pelo observador e pelo moderador, sendo esses dados resguardados em sigilo, sendo manuseados somente pelos mesmos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo digital, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador. Após este período, o material será descartado.	
Orçamento	A ferramenta de interação virtual é de uso gratuito.	

Fonte: autoria própria (2022)

4.5 Procedimento de análise dos dados

Para análise de conteúdo foram definidas categorias e subcategorias, por meio do suporte teórico correspondente, permitindo a codificação de respostas que foram agrupadas por similaridade de palavras e conceitos. Como resultado, foram obtidos gráficos de hierarquia e de palavras que permitiram uma melhor visualização dos dados obtidos. No entanto, não foi possível realizar análise de *cluster* devido ao número reduzido de informantes e da saturação prematura dos

dados, reduzindo a quantidade de conteúdo a ser analisado.

Dessa forma, optou-se por analisar os dados conforme análise de conteúdo de Bardin (2006), consistindo em três fases, descritas a seguir:

- a) Pré-análise: onde foram transcritas as entrevistas realizadas.
- b) Exploração dos dados: onde foram definidos categorias de análise com codificação específica de acordo com os temas das questões, para que assim pudéssemos classificar esse conteúdo.
- c) Interpretação dos resultados: momento a partir da classificação do conteúdo, onde foi feita uma interpretação inferencial, com análise reflexiva e crítica.

Na primeira fase, sendo considerada pré-análise, foram transcritas todas as entrevistas realizadas, sendo gerados três arquivos onde continham anotações realizadas pelo observador e posteriormente pelo moderador. Na segunda fase, foram agrupadas todas as entrevistas em um único documento para que fosse possível analisar as todas as respostas buscando uma codificação. A interpretação dos dados foi realizada a partir de uma análise crítica das respostas dos grupos focais, sendo sua descrição baseada na organização das categorias e subcategorias apresentadas de acordo com o referencial teórico desta pesquisa.

Segue, abaixo, Quadro 2, com a descrição das categorias e subcategorias com o referencial teórico correspondente.

Quadro 2: Categorias e subcategorias com o referencial teórico correspondente

Categorias	Subcategorias	Referencial teórico
Funcionamento do serviço	Rotina dos fisioterapeutas	<ul style="list-style-type: none"> • Kinsella <i>et al</i>(2018) • Shulz <i>et al</i>(2016) • Paz <i>et al</i> (2019) • Alves <i>et al</i> (2018)
	Encaminhamento dos pacientes para a fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Kim <i>et al</i>(2018) • Lefmann; Sheppard (2014) • Faria; Santos (2011) • Alves <i>et al</i> (2018)
	Relacionamento com outras equipes	<ul style="list-style-type: none"> • Lefmann; Shapperd (2014) • Fruth;Wiley (2016) • Batista; Pedruzzi (2018)
Atuação da fisioterapia	Fatores benéficos	<ul style="list-style-type: none"> • Lefmann;Shapperd (2014) • Acosta, Pelegrini; Lima (2011) • Garcia; Marziele (2021)
	Dificuldades/ Desafios	<ul style="list-style-type: none"> • Silva, Santos; Bonilha (2014) • Macedo <i>et al</i> (2021) • Cano <i>et al</i> (2020)
Proposta de aprimoramento	Melhorias na estrutura da unidade	<ul style="list-style-type: none"> • Ribeiro (2006) • Santos; Raupp (2017) • Duarte <i>et al</i> (2019) • Gill, Stella e McManus (2019)
	Processos de atendimento ideais	<ul style="list-style-type: none"> • Piccoli <i>et al</i>(2013) • Acosta, Pelegrini;Lima (2011) • Goodmann <i>et al</i> (2018) • Shulz <i>et al</i>(2016) • Gawrzzewski,Oliveira; Gomes (2012). • Henderson <i>et al</i> (2020) • Juneja <i>at el</i> (2020) • Fruth; Wiley (2016) • Sutton <i>et al</i> (2015)

Fonte: autoria própria (2022)

4.6 Considerações éticas

O presente estudo foi apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, recebendo aprovação através do parecer de nº 5.189.564. Obedecendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, relativa à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde,

respeitando os sujeitos na sua autonomia, justiça e equidade, comprometendo-se que este estudo não lhes trará maleficência.

Os dados coletados serão mantidos sob total sigilo pelos pesquisadores; garantindo o anonimato dos participantes, não havendo nenhuma forma de identificação destes. Estes mesmos dados serão mantidos em local seguro e sigiloso durante um período mínimo de cinco anos, sendo destruídos após este período.

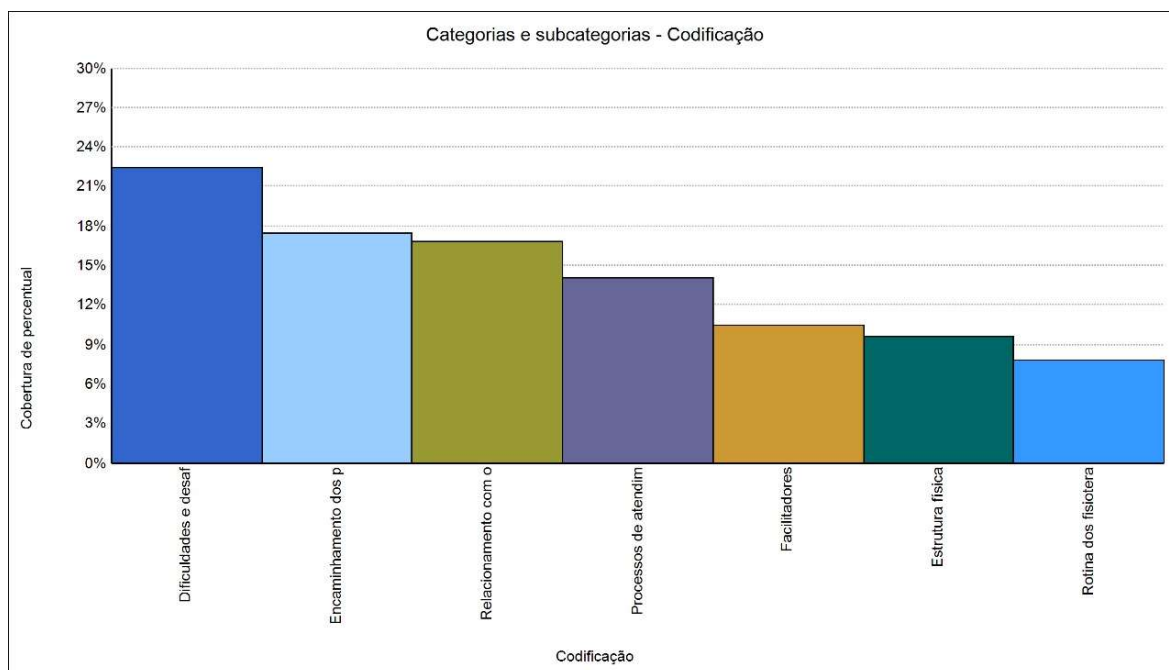
5 RESULTADOS

Nesta pesquisa, foram realizadas entrevistas em três grupos focais, com nove fisioterapeutas que atuaram no serviço durante o período de funcionamento. As perguntas realizadas tinham como objetivo mapear como se deu a atuação desses profissionais na unidade, fatores que contribuíram de forma positiva e negativa, e ainda propor melhorias para subsidiar novos serviços. As respostas obtidas na entrevista foram transcritas e organizadas em categorias e subcategorias para descrição dos resultados a seguir,

A categoria 1 refere-se ao funcionamento do serviço de fisioterapia, abrangendo as subcategorias: rotina dos fisioterapeutas, encaminhamento dos pacientes ao fisioterapeuta e relacionamento dos profissionais com outras equipes da unidade. A categoria 2 é referente a atuação dos fisioterapeutas nas unidades, com subcategorias trazendo os fatores benéficos ao funcionamento do serviço, desafios e dificuldades encontradas pelos profissionais. E a terceira categoria codificada demonstra as propostas de aprimoramento, com subcategorias com falas referentes a melhorias na estrutura da unidade e processos de atendimentos identificados como ideias para que o serviço de fisioterapia acontecesse.

No gráfico 1 podemos observar a frequência com que cada subcategoria foi citada durante a entrevista com os participantes, ficando evidente que os relatos mais presentes eram referentes às dificuldades e desafios.

Gráfico 1 - % de codificação a partir do cruzamento das falas dos participantes



Fonte: autoria própria (2022)

Ainda para complementar a análise dos dados, segue figura 1 abaixo, na qual observamos as palavras com maior frequência nos arquivos, por meio da utilização da nuvem de palavras.

traumatologia onde recebiam somente tratamento medicamentoso, conforme relato das participantes 4 e 8:

“[...] Chegamos com uma demanda da empresa, do plano de saúde, que era tanto respiratória, quanto na traumato-ortopedia. Então dividimos a equipe entre os dois setores. A parte respiratória era focada no manejo do paciente na enfermaria e auxílio no caso de internação [...]” (participante 4)

[...] na parte da traumato, ficávamos aguardando no ambulatório o encaminhamento do médico. Fazíamos uma rápida avaliação e tínhamos cerca de 30 minutos para casa atendimento[...] (participante 8)

Inicialmente, na enfermaria os atendimentos de fisioterapia tinham objetivo de auxiliar a equipe médica no manejo e estabilização de pacientes que pudessem vir a necessitar de internação hospitalar. Indo ao encontro do estudo de Kinsella *et al* (2018) que observou os atendimentos realizados por fisioterapeutas em um pronto-socorro com pacientes que eram trazidos de ambulância e tinham uma classificação de semi-urgentes na triagem, e verificou que esses pacientes tinham uma tendência a esperar menos tempo pelo atendimento e serem liberados mais rapidamente quando comparados com os atendimentos realizados por outras equipes da unidade, além disso houve um impacto positivo no fluxo de atendimento do setor, pois com a equipe de fisioterapia sendo responsável por casos não urgentes, a equipe médica pôde se dedicar aos casos de maior gravidade e complexidade.

Em um estudo observacional em uma unidade de pronto atendimento de um Hospital Universitário da rede pública, Paz *et al* (2019) observaram que a presença do fisioterapeuta proporcionou uma melhor organização da equipe, auxiliando na escolha e manejo da oxigenoterapia a ser utilizada, atuando também na estabilização de pacientes, desmame de ventilação mecânica e utilização de ventilação não invasiva, terapêutica que foi bastante utilizada no serviço deste estudo.

Entretanto, esse mesmo autor não descreve o atendimento fisioterapêutico em pacientes com dores musculoesqueléticas agudas, demonstrando que a unidade em questão era diferente da unidade em que os fisioterapeutas que participaram dos grupos focais atuaram. Com relação a atuação da equipe deste estudo, podemos observar que houve semelhanças com relação as terapêuticas

utilizadas, podendo ser confirmada pela fala da participante 5:

“O PA tinha casos de urgência e emergência também (ex. Edema agudo de pulmão, PCR), então ‘apagávamos o fogo para o paciente ficar estável até uma transferência para o hospital” (participante 5).

Alves *et al* (2018) também observou perfil de paciente semelhante atendido pela equipe de fisioterapia, com uma predominância de patologias do sistema cardiovascular.

Cabe ressaltar que no Brasil não foram localizados estudos que descrevessem o exercício da fisioterapia em uma UPA especializada em casos de dores musculoesqueléticas, tanto na rede pública quanto na rede privada. Outros serviços nesse formato, são comuns na Austrália conforme relatam Schulz *et al* (2016), que compararam os resultados dos atendimentos realizados por fisioterapeutas com o atendimento realizado por outros profissionais em pacientes com lesões agudas de tecidos moles em membros inferiores e em pacientes com dor lombar. Estes autores observaram que fisioterapeutas especializados em dores musculoesqueléticas solicitavam menos exames de imagem, e os pacientes atendidos por esses profissionais recebiam menos analgésicos, opióides e ansiolíticos, além de obterem um grau de satisfação no atendimento maior ou igual em relação a outros profissionais da saúde.

5.1.2 Encaminhamento dos pacientes para o serviço de fisioterapia

Todos os pacientes que eram atendidos pelo serviço de fisioterapia eram encaminhados pela equipe médica, tanto no ambulatório de traumatologia e ortopedia quanto na enfermaria, entretanto nesse setor os profissionais conseguiam observar os pacientes com uma maior proximidade e sinalizavam para os médicos quais desses pacientes tinham indicação de intervenção fisioterapêutica.

No ambulatório de traumatologia, o fluxo ocorria da seguinte forma: após ser triado (onde era determinado a classificação de risco) o paciente era encaminhado para receber o atendimento médico, esse identificando a necessidade encaminhava o paciente para atendimento da equipe de fisioterapia.

Havia um fluxo burocrático a ser seguido em função das autorizações necessárias para esses atendimentos conforme determinado pela própria operadora de saúde.

Na enfermaria haviam pacientes que permaneciam apenas para receber alguma medicação intravenosa ou intramuscular, ou para realização de aerosolterapia, e também haviam pacientes que apresentavam alguma condição de saúde mais grave e necessitavam de internação. Esses permaneciam na unidade até estabilização e tratamento do quadro inicial, ou se esse paciente necessitasse de alguma intervenção mais complexa era transferido para algum hospital conveniado. Nesse mesmo grupo haviam pacientes com problemas crônicos de saúde e que apresentavam alguma exacerbação da sua doença de base e que, também, demandavam um atendimento mais urgente.

Ainda na enfermaria, havia atendimento de crianças que apresentavam problemas respiratórios e que eram encaminhadas pelos pediatras para realização de aspiração de vias aéreas e/ou aerosolterapia.

Inicialmente, houve um movimento por parte da equipe de fisioterapia, onde os profissionais se apresentavam e explicavam o formato do serviço, os objetivos e critérios de atendimento fisioterapêutico. Importante ressaltar que isso ocorreu em todos os pontos de atuação dentro da unidade. Conforme relato dos participantes, esse processo foi necessário pois, segundo a participante 2 “muitas vezes precisávamos explicar para o médico o motivo de ter um fisioterapeuta no plantão”.

No ambulatório de traumatologia e ortopedia foi identificado um fluxo que já era feito na unidade há mais tempo, onde o médico após o atendimento encaminhava o paciente para receber analgesia injetável. Segundo o relato das participantes, esse fluxo influenciava diretamente nos resultados do serviço de fisioterapia, fazendo com que o paciente demorasse mais tempo até receber o atendimento fisioterapêutico. Essa situação fica evidenciada através da fala da participante 4:

“[...] Da parte da traumato, eles indicavam para medicação intravenosa e isso atrapalhava a nossa atuação, pois mascarava os sintomas. Depois tentamos uma alternativa que foi abordar na triagem, mas ficou comprometido devido a pandemia. Eram pacientes crônicos em termos de queixa e passagem pelos médicos, sem resolutividade, e nós

atuávamos de acordo com a prescrição. No entanto, esse não era um bom caminho, pois muitas vezes os médicos não identificavam os benefícios do nosso serviço e não encaminhavam. Nesses casos, precisávamos conquistar os médicos e isso não era positivo[...]" (participante 1).

Outros estudos como o de Lefmann; Shepperd (2014) exaltaram que os fisioterapeutas podem ser limitados em suas funções por estruturas organizacionais complicadas que interferem diretamente na autonomia profissional. Essa questão também foi encontrada pelos participantes dessa pesquisa que muitas vezes tinham o sentimento que poderiam contribuir mais com a unidade, mas ficavam restritos aos fluxos e processos de atendimento já existentes.

No Brasil não foram localizados estudos que descrevessem a atuação do fisioterapeuta especificamente em pronto atendimento e/ou emergência com pacientes com dores musculoesqueléticas. Kim *et al*(2018) descreveu em sua revisão que os fisioterapeutas, nos Estados Unidos, atuavam nesse grupo de pacientes em caráter consultivo a partir da solicitação da equipe médica. Entretanto ao longo do tempo, foi possível observar que os pacientes que recebiam atendimento com esses profissionais tinham uma tendência a desfechos mais resolutivos, com diagnósticos mais assertivos, corroborando a percepção da participante 1.

Na enfermaria também houve esse processo de apresentação do serviço havendo uma resposta positiva através de uma comunicação mais direta com a equipe médica que estava de plantão, o que trouxe uma autonomia maior no atendimento de pacientes adultos, principalmente com o passar do tempo.

Esse comportamento pode estar associado ao fato de que a atuação da fisioterapia no perfil dos pacientes atendidos na enfermaria já está bem descrito no Brasil, conforme identificou *Alves et al* (2018) ao analisar as principais condutas dos fisioterapeutas em uma UPA, mostrando a importância desses profissionais no tratamento de pacientes em disfunção respiratória, mobilização e treinamento muscular, além da participação ativa no processo de alta hospitalar e na tomada de decisões junto a equipe multidisciplinar.

De uma forma geral, as participantes relataram que os encaminhamentos

por parte da equipe médica foram melhorando ao longo do tempo, a partir do momento que os fisioterapeutas ficavam mais conhecidos e estabeleciam boas relações com o restante da equipe assistencial. Acreditamos que esse processo pode ser um resquício da evolução das profissões da saúde, conforme mostram Faria; Santos (2011) quando demonstram que a humanização da saúde exaltou a necessidade de um olhar para o “cuidar”, quebrando assim uma hierarquização no tratamento dos pacientes, tendo como centro o médico.

5.1.3 Relacionamento com outras equipes

Quando questionado aos participantes dos grupos focais como era o relacionamento da equipe de fisioterapia com as outras equipes que atuavam na UPA, foi possível identificar uma preocupação inicial com a apresentação do serviço e dos fisioterapeutas. O objetivo era além de apresentar a equipe, demonstrar e reforçar a importância e os benefícios da fisioterapia para os pacientes, como citado pela participante 1:

“[...] tivemos a preocupação desde o início em mostrar o quanto poderíamos ajudar na enfermaria, mas principalmente na traumato (com pacientes com muita dor). Na enfermaria senti um pouco mais de resistência em função da rotatividade da equipe médica. Então até pegar uma rotina demorou mais tempo, tanto para eles quanto para nós, depois com o tempo, fluiu melhor[...]” (participante 1).

A participante 3, em sua percepção demonstrou o entendimento de que a resistência percebida ocorreu pela forma como o serviço de fisioterapia foi inserido na unidade, sem haver alguma forma de aviso prévio a outras equipes.

“O que ouvi do serviço foi que, ao entrar em uma equipe, haveria alguns que acolheriam, outros não. Então, imaginem entrar uma equipe toda nova e isso levava mais tempo, tanto por parte dos médicos, enfermeiros, técnicos, com um *turnover* muito grande, levando um tempo de acomodação maior. Talvez pudéssemos fazer algumas ações para acomodar melhor, mas naquele momento foi feito o melhor com o que tínhamos [...]” (participante 3)

Essa percepção, de que a forma de inserção do serviço interferiu na relação inicial dos fisioterapeutas com os médicos também foi relatada pela

participante 4:

“[...] como a gente era uma equipe terceira, era bastante complicado em termos de relacionamento, até pela forma como fomos inseridos. Como era um projeto novo, que não vimos no Brasil, tínhamos dificuldades com as coordenações (médicas). Então era necessário termos sido melhores apresentadas. Com os médicos, precisávamos conquistar cada espaço até fluir. Então, precisávamos que a chefia médica tivesse nos introduzido melhor, pois muitos médicos não sabiam porque estávamos lá, [...]” (participante 5).

Em contrapartida a participante 7, em seu relato, exaltou que após o período inicial, essa resistência havia diminuído.

“Da minha parte, o pessoal era bem unido, pois o serviço já havia iniciado. Estavam bem engajados. Inclusive, se chegava um paciente, antes de fazer medicação, encaminhavam para a fisio[...]” (participante 7).

A estratégia inicial relatada pelos participantes é corroborada por Lefmann; Shepperd (2014) que buscaram explorar como fisioterapeutas, médicos e enfermeiros viam a atuação da fisioterapia em uma unidade de pronto atendimento com pacientes com queixas de dores agudas musculoesqueléticas, e os autores relaram que os fisioterapeutas buscaram promover uma forte relação com a equipe médica para gerar um clima de confiança e respeito, sendo considerado um processo delicado, pois médicos e enfermeiros mostraram-se cautelosos com as funções assumidas pela equipe de fisioterapia sem fazer com que as outras equipes não se sentissem invadidas.

Fruth; Wiley (2016) avaliaram a percepção dos médicos em relação a presença dos fisioterapeutas em uma unidade de emergência. Quando questionados com relação a contribuição dos fisioterapeutas para a unidade, a equipe médica apontou que esses profissionais são os mais capacitados para fornecer informações específicas sobre o uso de dispositivos auxiliares, fornecer tratamentos alternativos à medicação para analgesia e ainda educar os pacientes sobre a prevenção de lesões e sobre a forma mais segura para realizar atividades diárias.

Batista; Pedruzzi (2018) identificaram algumas atribuições que podem ser

compartilhadas com médicos como: avaliação do paciente crítico para manejo de suporte ventilatório, bem como ajustes de parâmetros ventilatórios, e monitorização do paciente, e também avaliação funcional de pacientes com disfunções do sistema cardiovascular, metabólico e musculoesquelético. Entretanto os autores ressaltam que essas atribuições podem ter alterações devido ao fluxo e a cultura da unidade que os fisioterapeutas estão inseridos.

Tendo em vista o aspecto pioneiro do serviço deste estudo, a resistência por parte da equipe médica encontrada inicialmente pode ter ocorrido por não haver mais relatos desse formato de trabalho no Brasil. Sendo necessário um tempo maior de adequação das atribuições de cada profissional.

5.2 Atuação da fisioterapia

5.2.1 Fatores benéficos

Diferente do momento inicial, a conquista de maior espaço e autonomia foi atribuída como um fator positivo importante para que o trabalho da equipe de fisioterapia ocorresse, conforme percebido pela participante 4 e participante 3:

“[...] na parte respiratória (enfermaria), tínhamos uma comunicação bem mais efetiva e por conseguinte uma autonomia muito maior [...]” (participante 4).

“[...] o tempo de conhecimento do trabalho e a melhora da comunicação entre as equipes, com o tempo podemos mostrar melhor o nosso trabalho [...]” (participante 3)

Como já mencionado, o ganho de autonomia na enfermaria pode ser atribuído por já estar mais estabelecido e por haver mais pesquisas descrevendo a atuação dos fisioterapeutas com esse mesmo perfil de paciente, diferente do que ocorreu no ambulatório de traumatologia e ortopedia onde foi necessário conquistar o espaço uma vez que o serviço foi pioneiro e os médicos deste setor desconheciam o trabalho da fisioterapia no pronto atendimento em disfunções musculoesqueléticas.

Essa quebra de paradigma também foi percebida no estudo de Lefmann; Shepperd (2014) que também identificou por parte dos fisioterapeutas uma

necessidade de conquista de confiança uma vez que já havia uma cultura médica dominante, sendo necessário um cuidado para que não houvesse um sentimento de competição entre as equipes e mais ainda, que essa nova forma de trabalho impactasse positivamente os pacientes.

Conforme relata a participante 2, o médico conhecer o trabalho da fisioterapia ao longo tempo, também facilitou a atuação, não sendo mais necessário ficar explicando porque estavam lá. Essa percepção também é confirmada pela participante 5:

“[...] Conquistamos bastante, tanto passando antes de consultório em consultório, quanto depois, quando os pacientes já relatavam para os médicos (os resultados do atendimento) e assim até exames discutíamos com os médicos [...]” (participante 5).

Lefmann; Shepperd (2014) também mostraram que a construção de uma identidade profissional dentro da unidade também ajudou a estruturar a autoridade dos fisioterapeutas entre os médicos da emergência, validando assim seus conhecimentos, que não se sobrepõe ao de outro profissional, mas complementa as competências já existentes no departamento. Sendo confirmado por Fruth; Wiley (2016) que essa soma de conhecimentos gera um maior valor para o serviço prestado melhorando o fluxo e eficácia dos atendimentos.

Outro fator importante citado pelas participantes como um facilitador do trabalho foi a disponibilidade de materiais na enfermaria, conforme fala da participante 6: “Outro facilitador [...] era o acesso a materiais (Ex: ventilador para fazer não invasiva). A gente tinha bastante recurso para uma equipe de emergência pré-hospitalar, diferente de outros locais”.

Acosta, Pelegrini; Lima (2011) citaram que a falta de recursos adequados pode diminuir a possibilidade de resolução do problema do paciente, fazendo com que esse precise retornar várias vezes pelo mesmo sintoma, o que por sua vez vai impactar na superlotação de pacientes na unidade,

O conhecimento, competência e o relacionamento dentro da própria equipe de fisioterapia foi exaltado como um fator benéfico ao serviço, por mais de uma participante, além disso também foi citado a atuação da gestão dentro da equipe de fisioterapia:

“[...]As meninas da empresa davam o suporte e estavam sempre acessíveis. [...]sempre teve um diálogo bem aberto, o que facilitou muito a compreensão das necessidades do serviço e sempre tínhamos tudo o que precisávamos [...] (participante 7)

Garcia; Marziale (2021) exaltam que altos índices de satisfação tornam os profissionais menos propensos a adoecimentos, mais motivados e mais produtivos. Isso se mostrou presente na equipe estuda, pois mesmo relatando dificuldades, o fato de se sentirem amparadas pela gestão da equipe foi apontado como um ponto positivo para a atuação e desempenho de todos.

5.2.2 Dificuldades/desafios

A principal dificuldade encontrada descrita pelos participantes foi a burocracia que era necessária para que o paciente chegasse até o serviço de fisioterapia. O encaminhamento médico se dava através de uma autorização gerada via sistema, este por sua vez não estava pronto quando o serviço iniciou, gerando uma dificuldade maior ainda na geração das prescrições de fisioterapia. Esta situação é afirmada pela fala da participante 4:

“[...] havia muita burocracia, pois o médico precisava preencher, imprimir e pegar a autorização. Então era muito difícil, ainda mais se considerarmos que os pacientes eram do mesmo plano de saúde. O médico queria atender rápido, então era mais fácil não fazer [...], e como dependíamos da prescrição, se o médico não via benefício no nosso serviço, não encaminhavam” (participante 4)

Estudos como o de Silva; Santos; Bonilha (2014) demonstram que os modelos de gestão apresentam um esgotamento funcional, devido a processos extremamente burocratizados e com normas contraproducentes, denotando a ineficiência dos serviços, resultando também na desmotivação de seus profissionais. Ainda destacam que esses fatores se colocam inclusive como uma barreira de acesso aos serviços de fisioterapia, bem como interferem diretamente na satisfação e na adesão ao tratamento.

Estes mesmos autores ressaltam que a necessidade de encaminhamento

médico para a realização de fisioterapia atrasa o tratamento dos usuários que ficam dependentes de burocracias para iniciar ou até mesmo dar continuidade aos seus tratamentos. Essa dificuldade no acesso do paciente também foi citada pelo participante 6:

“[...] essa burocracia inclusive demorava para que chegássemos até o paciente. Outra questão também era que não tínhamos autonomia para avaliar o paciente e decidir se haveria necessidade do tratamento ou não. Então era muito do nosso olhar clínico, por meio de uma busca ativa, para identificar os pacientes que necessitavam do nosso serviço, mediante diálogo com o médico. (participante 6)

Também houve relatos com relação a continuidade do tratamento. Alguns pacientes que eram atendidos tinham indicação de um acompanhamento fisioterapêutico a longo prazo, entretanto a burocracia foi apontada novamente como um fator que interferiu diretamente nesse fluxo, conforme fala da participante 3:

“[...] Além do atendimento do PA, a conexão do PA com as demais unidades para dar seguimento no atendimento a esse paciente, por 'n' motivos isso era difícil. Ex: dificuldades com o sistema, comunicação falha, agilidade de fazer isso acontecer em forma de protocolos, dificultando até o final em que pretendíamos acompanhar esse paciente desde a entrada até a alta” (participante 4)

O ineditismo do serviço também foi identificado como um fator que dificultou o trabalho, aliado a problemas de comunicação entre as equipes de gestão e inconsistências no sistema para prescrição e registro dos pacientes, como demonstrado na fala da participante 5:

“[...] foi uma relação difícil. Fomos os primeiros a implantar esse serviço, então não tínhamos maturidade e experiência. Logo, era difícil a prescrição e a estabilidade em termos de relacionamento. A equipe era muito competente e queria (fazer acontecer), porém o sistema era um problema, não ocorria a prescrição, havia divergência entre os números do sistema e os executados pela equipe. Fazíamos a evolução, porém o sistema levantava números distintos de prescrição. [...]” (participante 4)

Essa situação impediu que se pudesse fazer uma análise e um diagnóstico da assistência que foi prestada, dificultando tanto a identificação de problemas precoces quanto a correção destes. Macedo *et al* (2021) corrobora esse fato

quando conclui, na sua revisão, que a construção dos indicadores passa pelo adequado preenchimento dos dados dos pacientes para que haja adequada manutenção da qualidade do gerenciamento e assistência à saúde.

Outra barreira importante mencionada por alguns participantes, foi o manejo dos pacientes pediátricos, onde houve uma maior resistência da equipe médica em relação ao encaminhamento dos pacientes:

“[...] a maior barreira foi na parte da pediatria, pois a médica direcionava para aspirar o paciente e nem deixava a gente avaliá-los [...] tentávamos conversar com os médicos, apresentava o nosso trabalho, mas sempre tinha muita resistência [...]” (participante 6)

Como já mencionado anteriormente, a inserção do fisioterapeuta em unidades de emergências hospitalares já é uma prática comum, sendo também uma realidade no contexto da pediatria. Entretanto, a UPA estudada não se encaixa nesse perfil, uma vez que não está vinculada a nenhum hospital. Por esse fato acreditamos que os pediatras não possuíam a rotina de encaminhar os seus pacientes para serem atendidos pela fisioterapia.

Cano *et al* (2015) identificou que o fisioterapeuta, no setor de emergência pediátrica, através de seus conhecimentos pode auxiliar no alívio de sintomas respiratórios causados por acúmulo de secreção pulmonar e no manejo de suporte ventilatório, contribuindo para uma alta precoce, e em casos menos complexos evitando internação hospitalar.

A falta de espaço físico foi citada como um desafio, pois interferia no posicionamento da equipe dentro da unidade por não haver uma identificação e referência adequada, estando associada também a dificuldade inicial de apresentação da equipe, conforme relato da participante 3:

“[...] Não tínhamos uma sala identificada que permitisse o reconhecimento, além do trabalho de formiguinha humano. Dentro da enfermaria é difícil, mas a identificação do material era a mesma da enfermaria [...]” (participante 3)

Essa questão é corroborada pela fala da participante 8:

“[...] tínhamos a necessidade de uma sala própria, pois chegava o

médico e tínhamos que deixar a sala para o médico realizar o atendimento dele. Isso ocorreu duas vezes. Acho que se tivéssemos dado sequência no trabalho, logo iríamos conseguir” (participante 8)

5.3 Proposta de aprimoramento

5.3.1 Proposta de melhorias na infraestrutura das unidades

Quando questionados com relação a sugestão de melhorias na infraestrutura da unidade, os participantes identificam pontos relacionados a gestão que poderiam auxiliar na redução dos processos extremamente burocratizados, como já citados anteriormente. A participante 2, exalta em sua fala a atuação dos gestores da operadora de saúde desde o início da implantação:

“[...] A parte da gestão deveria ter apresentado a todos os médicos o que a fisio estava fazendo ali. Faltou essa parte da operadora de assumir essa responsabilidade, facilitando o serviço e evitando os problemas decorridos. Isso ocorre não somente no PA, mas em outros locais que precisamos explicar porque estamos ali.” (participante 2)

Esse fato está em desacordo com o que traz alguns estudos relacionados a atuação de gestores de serviço de saúde. Duarte (2019) cita que é papel gestor trabalhar questões de transdisciplinaridade, necessitando deste a articulação adequada entre as respostas organizacionais às transformações desse ambiente.

A participante 3 também salienta a importância de se determinar inicialmente os dados que serão utilizados como indicadores para que se possa avaliar eficiência e eficácia só serviço proposto:

“Nas primeiras análises não se tinha o mesmo entendimento da operadora e da fisio em como contabilizar e analisar os dados. Deveria ter um glossário para uniformizar a compreensão a partir dos dados e gerar a solução esperada[...] hoje estou experimentando outra situação de *sturtup* que me deparo quando apresento para os médicos: dados, muitos dados. O inovador é sempre ‘pisar em ovos’ e viemos de uma formação em que as medidas são testadas, retestadas, mas tínhamos isso muito empírico. Se eu falar que a fisio vai reduzir o número de quedas, isso não existe hoje e é difícil do médico acreditar. Não somente ele, mas para quem precisávamos vender como gerador de demanda, pensando na origem do paciente” (participante 3)

Conforme Ribeiro (2006), entender os conceitos de efetividade, eficácia e eficiência para implementação de um serviço é de suma importância, pois permite a análise de indicadores ligados diretamente com a intencionalidade da proposta de prestar um atendimento com algum grau de resolutividade de acordo com o contexto no qual o fisioterapeuta será inserido.

Sendo assim, a construção de um serviço de atendimento na área da saúde deve conter um planejamento adequado que abrange desde a seleção dos profissionais com a qualificação necessária até estrutura do serviço, ambos de acordo com o perfil do paciente que será atendido. Deve compreender, também, conhecimentos referentes a gestão de custos baseados nas atividades realizadas. (Santos; Raupp, 2017).

Essa falta de um planejamento inicial relacionado a definição dos dados a serem coletados visando a construção de indicadores pode estar associado ao ineditismo deste formato de serviço, conforme mencionado pelas próprias participantes, tanto para a própria equipe de fisioterapia quanto para a operadora de saúde.

Com relação a infraestrutura, conforme mencionado anteriormente, a falta de um espaço físico específico para a fisioterapia pode ter interferido na identificação e visibilidade da equipe dentro da unidade. Sendo assim, os participantes apontam como melhoria na infraestrutura no setor de traumatologia e ortopedia uma sala com espaço adequado para o atendimento dos pacientes.

Na enfermaria, de uma forma geral, os participantes descreveram o espaço físico como sendo bom, sendo necessário alguns ajustes, melhorias e uma reorganização para contemplar o trabalho da fisioterapia. Tais melhorias são demonstradas pela participante 5:

“[...] eles não estavam preparados para manter alguém intubado, até porque deveriam encaminhar para alguma emergência (hospitalar). Às vezes a tomada não funcionava, em vez de ligar um aspirador portátil, ligavam o oxigênio. A estrutura não era tão bem adaptada dessa operadora, principalmente da parte de gases. Mas eu não achava o espaço tão ruim, inclusive cogitamos ter mais pessoas na equipe, pois o fluxo tinha aumentado[...]” (participante 5)

A participante 4, inclusive entende que a melhoria das estruturas deveriam

se estender a outras unidades da mesma operadora, a fim que a continuidade da qualidade no tratamento dos pacientes fosse garantida:

“[...] estivemos visitando as unidades de fisio e são muito ruins. Então isso refletia no nosso trabalho, pois os pacientes acabavam voltando para a nossa unidade, o serviço de fisioterapia externo não era resolutivo, com péssima estrutura de equipamentos, muito velhos e atendimento muito rápido, até pior que o SUS[...]” (participante 4)

Gill; Stella; McManus (2019) reforçam a necessidade de que os gestores e preocupem com as estruturas dos serviços de saúde, não somente com os profissionais, mas também com sistemas organizacionais e ambientes físicos apropriados, considerando ainda que esses requisitos também interferem na percepção e satisfação dos clientes que utilizam esse serviço.

5.3.2 Processos de atendimentos ideais

Quando questionados sobre como acreditam que deveriam ser os processos de atendimento dos pacientes, os participantes entendem que a fim de exercer sua autonomia um novo fluxo de atendimento a partir de um entendimento maior da demanda recebida na unidade deveria ser estruturado.

Conforme Piccoli *et al* (2013) identificar o momento de maior demanda, bem como a classificação de risco, permite direcionar e determinar o número de profissionais mais adequados. Ou seja, em um dia específico foi identificado um aumento na demanda de atendimento, e considerando que esses pacientes receberam a classificação verde, poderiam ser atendidos por um serviço de baixa complexidade, evitando assim impacto nos atendimentos de maior complexidade.

Outro dado que foi relatado durante a entrevista foi o fato de que alguns pacientes consultavam com frequência pela mesma queixa principal, demonstrando que não recebiam o tratamento adequado. Acosta; Pelegrini; Lima (2011) realizaram uma revisão integrativa sobre a percepção dos profissionais da saúde sobre os usuários frequentes das urgências e emergências, e em um dos resultados encontrados foi visto que a qualidade da atenção dada a esses pacientes diminuía a medida que a equipe já conhecia a queixa.

Ao contrário do que trouxe o autor acima, a equipe estudada tinha como objetivo dar uma atenção de maior qualidade e dar o devido encaminhamento para um tratamento que fosse mais adequado, conforme demonstra a fala da participante 8:

“[...]muitos retornavam porque não sabiam o que fazer em casa, continuavam cometendo os mesmos erros. Então era um ciclo que não se conseguia quebrar. Nós conseguíamos falar o que era certo e errado nas situações do dia a dia e ainda encaminhado para o tratamento mais efetivo [...]” (participante 8).

A participante 4, trouxe em sua fala “eram pacientes crônicos em termos de queixa principal e múltiplas passagens pelos médicos, sem resolutividade...”, demonstrando assim a presença recorrente de pacientes associada a um atendimento ineficiente.

No estudo de Acosta; Pelegrini; Lima (2011), também foi visto que a qualidade da atenção dada a esses pacientes diminuía a medida que a equipe já conhecia a queixa, não realizando uma escuta adequada. Ficando evidente que o atendimento a esse tipo de paciente pode também impactar no aumento de demanda das unidades de emergência. A participante 6 mostra na sua fala:

“[...] os pacientes, principalmente da ortopedia, ficavam muito agradecidos pelo fim da dor que sentiam. Eles se sentiam muito acolhidos, até porque isso faz parte do atendimento, realizar um bom acolhimento e dar orientações adequadas para que o paciente não precise voltar[...]” (participante 6).

Em outro estudo Sutton *et al* (2015) verificou em uma coorte de 1320 pacientes que foram atendimentos por fisioterapeutas sob o modelo de contato primário, que não houve nenhum registro de eventos adversos. Os autores caracterizaram “evento adverso” como reapresentação na emergência em um prazo de 28 dias, reclamações dos pacientes ou qualquer outro tipo de incidente relatado em prontuário. Concluindo, assim, que esse modelo de atendimento pode ser seguro e eficaz para ser aplicado.

Goodman *et al* (2018), ao aplicar uma pesquisa de satisfação com pacientes que haviam recebido o primeiro atendimento com fisioterapeutas especialistas em dores agudas musculoesqueléticas, recebeu como relato que esses profissionais

pareciam seguros ao lidar com o seu problema, e ainda orientavam como fazer para não piorar os sintomas, além de acolherem suas preocupações.

Shulz *et al* (2016) também viu em sua pesquisa, que os pacientes que recebiam um atendimento fisioterapêutico especializado tinham uma maior satisfação ao receber orientações mais adequadas para a sua condição de saúde. Confirmando assim que o fisioterapeuta, como parte integrante da equipe multidisciplinar, também é responsável pelo adequado encaminhamento a exames e terapias necessárias, sendo uma forma de garantir o cuidado integral, facilitando as ações pertencentes a atenção primária. (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Outro ponto que foi trazido durante a entrevista como uma forma de melhorar a autonomia dos fisioterapeutas, principalmente no setor de traumatologia e ortopedia, foi uma nova proposta de fluxo de atendimento, onde o paciente após triagem era encaminhado diretamente para a equipe de fisioterapia.

“[...] eu acho que se não tivesse a necessidade de passar pelo médico antes. Se não tivesse essa obrigatoriedade, seria melhor, pois muitas vezes era indicado o paciente ir para tomar alguma medicação que, se passasse conosco, não seria necessário. Acho que teríamos que atender desde a porta da frente[...]” (participante 7).

“[...]inclusive os pacientes ganhariam tempo, sem ter que ir até a enfermaria para receber essa medicação[...]” (participante8)

Houve uma proposta de implantar esse novo formato de serviço na unidade, porém com o início da pandemia de COVID-19 no início do ano de 2020, não houve a possibilidade de executá-lo, conforme relatado pela participante 4:

“[...] eu acho que a ideia daria certo de fazer a triagem mas precisaríamos ter mais autonomia para avaliar os pacientes, principalmente àqueles que estavam voltando por novas queixas. Então era um trabalho efetivo, mas precisaríamos ter autonomia para fazer que funcionasse[...]” (participante 4).

Ao observar o serviço de fisioterapia estudado, podemos identificar que na enfermaria era utilizado um modelo colaborativo, pois os fisioterapeutas avaliavam os pacientes concomitantemente às equipes médicas e de enfermagem, mas necessitando de prescrição médica para realizar alguma

conduta. Já no consultório de traumatologia e ortopedia o modelo secundário era o praticado, uma vez que todos os pacientes eram encaminhados pela equipe médica.

No seu estudo, Henderson *et al* (2020) analisaram os atendimentos realizados sob a perspectiva dos modelos colaborativo e primário nos desfechos tempo de atendimento, taxas de encaminhamento para ortopedistas e encaminhamento para analgesia, em comparação com o modelo secundário. E identificaram que os pacientes atendidos sob o modelo primário tiveram menos encaminhamento a ortopedistas por dores musculoesqueléticas simples, e utilizaram recursos não-farmacológicos para analgesia, utilizando assim menos medicamentos.

Juneja *et al* (2020) analisaram a implantação de um serviço de fisioterapia em dois hospitais dinamarqueses e descreveram inicialmente os procedimentos que seriam realizados pelos profissionais. Observaram que com o passar do tempo, houve melhorias na unidade devido ao atendimento dos fisioterapeutas, que foram conquistando espaço e novas funções. Destacaram também que foram pioneiros com esse formato de trabalho, ou seja, não tinham nenhuma outra referência que pudesse nortear o trabalho no início.

A participante 3 trouxe também a preocupação em relação a geração de custos com o serviço de fisioterapia.

“[...] eu quero falar uma coisa que a gente não falou que é custo. A gente não tinha como comparar a gente com a gente mesmo. Agora, se fossemos apresentar para a operadora poderíamos argumentar que reduziria medicamentos, reconsultas, sessões de fisio. Então, onde tem valor monetário, onde isso gera valor? Então é uma fisio individual ou de grupo? Em algum lugar tem que dar lucro[...]” (participante 3).

Fruth; Wiley 2016, ao avaliar a percepção de médicos com relação ao serviço de fisioterapia em um departamento de emergência, também relatou uma preocupação com o aumento do custo com a inclusão do fisioterapeuta na equipe, Sugerindo, como uma forma de reduzir essa preocupação, incluir a triagem direta do paciente para o fisioterapeuta, como uma forma de reduzir o número de reconsultas pelo mesmo motivo, reduzir exames de imagem e uso de medicamentos para analgesia.

6 DISCUSSÃO

Descrever a atuação do fisioterapeuta em uma UPA torna-se desafiador pelo fato das unidades serem diferentes entre si em muitos aspectos como: perfil de paciente atendido, forma de organização das demais equipes assistenciais, além legislação e cultura em que essa unidade está inserida, uma vez que as funções exercidas pela fisioterapia diferem entre si em países diferentes.

Contudo, essas características não podem servir de barreira para que se possa sempre buscar melhorias tanto nos campos de atuação profissional, quanto na busca por uma maior qualidade assistencial. Levantar questionamentos quanto a novas formas de se trabalhar permite que novas oportunidades apareçam, acarretando em uma melhora do posicionamento do fisioterapeuta enquanto membro da equipe multiprofissional.

Ao analisar como a equipe estudada iniciou o serviço, vemos que as outras equipes da unidade não sabiam exatamente o que esperar dos fisioterapeutas, e por isso foi necessário um posicionamento diferenciado desta desde o início, apresentando e reforçando os seus conhecimentos. Lefmann; Shepperd (2014) também encontraram esse mesmo comportamento de outros profissionais. Isso reforça o quanto a produção de conhecimento, como esta pesquisa, se faz necessária para a construção de uma autonomia e identidade profissional dos fisioterapeutas

Faria; Santos (2011) destacam no seu estudo que, historicamente, há um problema enfrentado pelas profissões da saúde que é a hierarquização da tomada de decisão com relação ao paciente, não só relacionado a cargos de gestão, mas também ao ato de cuidar. Essa hierarquização acabou gerando um distanciamento dos médicos com o cuidado dos pacientes, enquanto o foco se tornava apenas o cuidado da doença. Houve, então, um crescimento das demais áreas que investiam exatamente nesse ato de cuidar, visando suprir essa necessidade. Sendo assim, essa é uma barreira que ainda está presente na organização desse ato de cuidar, evitando que o exercício da atividade profissional implique dominação e subordinação.

Todo esse processo ainda gera impacto nos serviços onde outras profissões

entram justamente nesse processo do cuidar, reforçando os conceitos de humanização da saúde. Por mais que esse movimento seja inevitável, ainda há muito que se evoluir. Na unidade estudada, não foi diferente, pois observando os relatos dos participantes, podemos ver que a autonomia e reconhecimento do fisioterapeuta que atuou nesse serviço foi sendo construído ao longo do tempo. Cabe aqui salientar que, mesmo havendo uma maior aceitação após o período inicial, os atendimentos fisioterapêuticos seguiam acontecendo somente sob prescrição médica.

Estudos como o de Leffman; Sheppard (2014) e Kim *et al* (2018) mostram que com o desenvolvimento do trabalho da equipe de fisioterapia é possível que melhorias nos processos possam ser implementadas com o tempo. Em ambas as pesquisas, os fisioterapeutas iniciaram sua atuação a partir de um modelo de atendimento secundário, havendo uma transição para o modelo colaborativo, onde o fisioterapeuta participava da tomada de decisões no tratamento dos pacientes.

A conquista do espaço e confiança da equipe multidisciplinar, foi apontada pelos participantes como um facilitador para atuação da fisioterapia. Essa melhora na relação com as demais equipes também foi demonstrada no estudo de Leffmann; Sheppard (2014), fazendo com que os conhecimentos dos fisioterapeutas pudessem somar efetivamente na força de trabalho da unidade, fato que é ratificado por Fruth; Wiley (2016) como uma forma de melhoria na qualidade assistencial, uma vez que haja uma comunicação efetiva estabelecida o pressuposto principal para o funcionamento da equipe multidisciplinar é garantido.

Apesar dos esforços dos fisioterapeutas em sempre exaltar a importância do seu trabalho, todos os participantes citaram uma grande dificuldade de trabalhar com médicos pediatras, havendo uma resistência bem grande em direcionar os pacientes para realizarem atendimento com a fisioterapia. Estudos mostram o impacto da fisioterapia em emergência pediátrica, listando inúmeros benefícios como manejo adequado de disfunção ventilatória moderada a grave e alívio de sintomas respiratórios leves, como obstrução nasal, por exemplo (CANO *et al*, 2015). Entretanto, tais estudos divergem da presente pesquisa, pois as unidades descritas são prioritariamente hospitalares, diferente desta UPA.

A equipe exaltou o bom relacionamento com as gestoras da empresa terceirizada, considerando este como um ponto positivo no decorrer do trabalho, o que é confirmado pela literatura como um ponto importante com influência direta na qualidade assistencial, reduzindo níveis de estresse ocupacional (GARCIA; MARZIELE, 2021). Entretanto, o mesmo não foi apontado em relação a gestão da operadora de saúde, devido a não ter havido nenhuma forma de preparo da unidade para receber a equipe de fisioterapia, e também por ter ocorrido alguns problemas relacionados a dificuldade de comunicação dos gestores com as outras equipes da própria operadora.

Um adequado alinhamento dos gestores e equipe é imprescindível para que questões organizacionais e de sistema sejam resolvidas de forma mais eficiente. Duarte *et al* (2019) entende que um dos principais desafios das lideranças nesses ambientes é saber articular área financeira e de investimentos, com o desenvolvimento de tecnologias e ainda incorporar essas inovações na qualidade assistencial, sob a luz da eficiência e sustentabilidade.

A partir da descrição do funcionamento da unidade, dos apontamentos das barreiras encontradas e dos pontos positivos, os participantes conseguiram elencar propostas de aprimoramento de novos serviços. Assim como na UPA deste estudo, ao implantar seu serviço de fisioterapia Juneja *et al* (2020) não tinham um outro modelo que pudessem utilizar como referência, o que fez com que suas análises de desempenho fossem feitas a partir de um estudo interno baseado nos seus próprios registros. Entretanto, conforme relato dos entrevistados, houve uma dificuldade importante em buscar e computar os dados gerados pela equipe estudada. Essa dificuldade foi atribuída a divergências entre o que o sistema apontava e os procedimentos que a equipe realmente realizava.

Essa falta de dados é apontada por Kilner; Shepperd (2010) como uma das causas do papel do fisioterapeuta não ser tão bem definido nas unidades de emergência fazendo com que esse profissional corra o risco de desempenhar sempre as mesmas funções e não conquistar novos espaços. Além disso, a seleção de dados e indicadores equivocados, pode aumentar a quantidade de processos burocráticos, bem como atrasar ajustes e melhorias no serviço (SILVA; SANTOS; BONILHA, 2014). Logo, um adequado planejamento prévio em relação

aos indicadores que serão usados para avaliação e análises de desempenho foi considerada uma etapa importante antes de iniciar o trabalho.

Outro ponto importante que foi trazido pelos participantes foram alguns ajustes no espaço físico da unidade, devendo abranger uma sala específica para a fisioterapia no setor de traumatologia e ortopedia, enquanto na enfermaria, melhorias relacionadas a infraestrutura de parede de gases (oxigênio e ar comprimido), materiais adequados para manejo de pacientes com urgências de origem respiratória, também foram citadas. Muitos estudos que descrevem a implantação de serviços de fisioterapia pelo mundo não relatam especificamente os materiais que seriam importantes utilizar, nem dados de espaço físico como metragem ideal ou algo do gênero. Porém, estudos como de Leffmann; Shepperd (2014); Gill; Stella; McManus (2019) mostram que ter um espaço onde a fisioterapia pode ser identificada como parte integrante da equipe é importante e tem impactos positivos na autonomia dos fisioterapeutas, e impactando também na satisfação dos pacientes.

Já a principal melhoria que foi relatada pelos participantes, foi a proposta de um novo fluxo de atendimento onde, os pacientes não necessitassem de encaminhamento médico para receber avaliação de um fisioterapeuta, e também dentro da enfermaria, esse profissional pudesse atuar de forma mais colaborativa com a equipe médica. Essa forma de trabalho já se mostrou viável em outros lugares do mundo, tendo como principais resultados alcançados: maior satisfação dos pacientes, menor tempo de espera dentro da unidade, menor tempo de espera até receber a primeira analgesia, relatos positivos de outras equipes (médicos e enfermagem) que trabalharam com fisioterapeutas na equipe, menor uso de analgésicos opioides e menor solicitação de exames de imagem, melhorando assim o fluxo de atendimento na unidade, apresentando impacto positivo em relação a dados de superlotação e qualidade assistencial (PICCOLI *et al*, 2013; GOODMAN *et al*, 2018; SCHULZ *et al*, 2016, HENDERSON *et al*, 2020; JUNEJA *et al*, 2020; GILL; STELLA; MCMANUS, 2019; FRUTH; WILEY, 2016; SUTTON *et al*, 2015). Além disso, esse novo fluxo de atendimento sugere uma melhora na gestão dos custos envolvidos (FRUTH; WILEY, 2016), bem como se mostrou segura com um baixo índice de retorno dos pacientes e poucos

relatos relacionados a erros de diagnóstico ou de condutas (SUTTON *et al*, 2015).

Os participantes desta pesquisa relataram que o fluxo de atendimento que havia já estabelecido poderia interferir nos resultados dos tratamentos fisioterapêuticos, fazendo com que iniciasse o planejamento de uma atuação mais colaborativa dentro da enfermaria, enquanto no consultório de ortopedia e traumatologia poderia ser implantado um modelo de atendimento de contato primário. Entretanto, ambos projetos foram apenas iniciados, não sendo possível dar continuidade em função do encerramento do contrato entre a operadora de saúde e a empresa prestadora de serviço.

No Brasil, os relatos relacionados a rotina dos fisioterapeutas na emergência descrevem a atuação em unidades em sua maioria hospitalares (PAZ *et al*, 2019; ALVES *et al* 2018; CANO *et al*, 2020) divergindo da unidade estudada, sendo essa independente. Caso algum paciente necessitasse de internação hospitalar, a própria operadora de saúde entrava em contato com a rede hospitalar conveniada e providenciava a transferência.

A partir dos relatos dos participantes entendemos a importância do trabalho da equipe multidisciplinar e o quanto as relações entre as profissões impactam na vida dos pacientes e também no conhecimento construído em cada área da saúde. Entendemos também, que é necessário se criar indicadores de desempenho para assim avaliar e aprimorar a qualidade do trabalho a ser executado.

Especificamente na fisioterapia, acreditamos que nossos resultados exaltam o potencial que a profissão ainda tem a explorar. Ao compararmos nossa atuação com outros lugares do mundo, percebemos que temos a possibilidade de expandir a autonomia desse profissional sem invadir outras áreas, crescendo à nível de espaço e posicionamento tanto no campo da gestão, quanto no ato de cuidar dos pacientes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção dessa pesquisa aconteceu a partir da experiência vivida pelos participantes, associado a motivação de explorar novas possibilidades de trabalho do fisioterapeuta. Acreditamos que analisar a forma como a sua atuação ocorreu poderá contribuir para instigar outros fisioterapeutas a entender sua profissão adicionando outras perspectivas.

No primeiro objetivo específico, descrevemos a rotina dos profissionais dentro da unidade, bem como buscamos entender como eram os atendimentos e como era o relacionamento dos fisioterapeutas com outras equipes da unidade. Os fisioterapeutas, após se uniformizarem, se apresentavam para o restante da equipe assistencial, o que permitiu que fosse construído um bom relacionamento ao longo do tempo com os outros profissionais. Já os atendimentos se davam somente após encaminhamento médico, tanto no consultório de traumatologia e ortopedia quanto na enfermaria,

O segundo objetivo específico buscou analisar o que os fisioterapeutas identificaram como um fator positivo do seu trabalho na UPA. Conforme apontado pelos participantes, inicialmente a competência e o relacionamento entre os profissionais da equipe de fisioterapia permitiu uma maior confiança para desenvolver o trabalho, assim como a disponibilidade de materiais, que também foi apontado como um facilitador.

Inicialmente uma situação que foi apontada como uma barreira, e com o passar do tempo facilitou a atuação, foi o ganho de autonomia e espaço que aconteceu a partir do momento que a equipe multiprofissional foi conhecendo o trabalho e entendendo os benefícios e importância da equipe de fisioterapia.

No terceiro objetivo específico, buscamos analisar o que a equipe identificou como uma barreira ou dificuldade para que o trabalho fosse desenvolvido. Os participantes citaram: o excesso de burocracia necessária para que o paciente tivesse acesso à equipe de fisioterapia (prescrição médica através de uma autorização via sistema que precisava ser impressa e encaminhada a outra recepção), essa mesma burocracia também era responsável por dificultar o encaminhamento ao tratamento fisioterapêutico a longo prazo; o fato de ser um

serviço inédito no Brasil também foi apontado como uma barreira pois dificultou o planejamento antes da implantação do serviço; e a falta de espaço físico adequado principalmente para o ambulatório de traumatologia e ortopedia, prejudicando a visibilidade e identificação da equipe principalmente no início do projeto.

Diferente do que foi apontado no segundo objetivo específico, não houve um avanço no espaço conquistado com relação ao manejo de pacientes pediátricos, sendo considerado esse fato como uma barreira importante para atuação da equipe dentro da enfermaria.

No quarto objetivo específico pretendeu-se, a partir da percepção dos participantes, propor melhorias para a criação de novos serviços. Antes da implantação propriamente dita, a presença da gestão da unidade se fez necessária tanto para preparar a unidade para receber a equipe nova quanto para preparar o sistema para que os dados permitissem a geração de indicadores fidedignos para avaliação de desempenho. Foi ressaltado ainda que a definição de tais indicadores deve ser feita previamente, para que não ocorra a perda de nenhum dado. Outra melhoria se refere a um espaço físico adequado para que os procedimentos possam ser realizados de forma efetiva e eficiente. Esse cuidado com o espaço físico deve se estender também a unidades ambulatoriais permitindo que os tratamentos sejam alinhados em relação a qualidade e eficácia.

Ainda como proposta de melhoria, os participantes citaram como processo de atendimento ideal, a atuação da equipe como profissional de primeiro contato, onde a partir de critérios previamente definidos, os pacientes seriam atendidos diretamente pelo fisioterapeuta, visando reduzir o uso de medicações para analgesia e a realização de exames de imagem desnecessários. Nessa mesma proposta, após o atendimento, caso o fisioterapeuta identifique a necessidade de consulta com o médico o paciente receberá o encaminhamento, bem como a necessidade de realizar um tratamento a longo prazo. Durante todo o período, os atendimentos pelos fisioterapeutas eram realizados somente após de avaliação e prescrição médica.

A partir do que foi identificado pelos participantes nos objetivos específicos, entendemos que atingimos o objetivo geral da proposta de pesquisa, entendendo

a percepção dos fisioterapeutas sobre a sua atuação nesta UPA.

Como não foi encontrado relatos desse formato de trabalho no Brasil, destacamos a importância deste estudo pelo seu pioneirismo. Na literatura nacional, identificamos estudos descrevendo a atuação do fisioterapeuta em unidades de emergência e urgência em unidades prioritariamente hospitalares. A busca do referencial teórico para este estudo começou antes do início da pandemia fazendo com que essa busca fosse mais restrita, tendo em vista que o profissional de fisioterapia teve o seu trabalho exaltado nas emergências durante a pandemia com pacientes com disfunção respiratória grave pela infecção do novo coronavírus, estudos foram realizados demonstrando os efeitos positivos de ter esse profissional nas unidades.

Salientamos que esses estudos existentes são referentes a pacientes que tenham problemas respiratórios, cardiológicos ou de origem neurológica. Mesmo após a pandemia não localizamos pesquisas com pacientes com dores agudas musculoesqueléticas como os pacientes que foram atendidos pelos participantes neste serviço. Por isso entendemos que essa pesquisa é importante para que se inicie uma discussão sobre essa nova oportunidade de trabalho.

Assim como outros estudos, como de Leffmann;Shepperd (2014) e Farias; Santos (2011), esta pesquisa ratificou a necessidade de uma afirmação da autonomia profissional de fisioterapeutas dentro dessas unidades. Os relatos das participantes relacionados a resistência inicial dos outros profissionais, a necessidade de demonstrar os benefícios da fisioterapia para conquistar espaços, demonstra o quanto é importante a produção de conhecimento na área.

Após o período em que estive nessa unidade, a equipe foi capaz de identificar a possibilidade de novos fluxos de atendimento visando melhorias na qualidade assistencial, baseando-se também em estudos já realizados em outros países. A legislação do Conselho Federal de Fisioterapia já reafirma que fisioterapeutas podem atuar como profissionais de primeiro contato, entretanto, no dia a dia esse posicionamento ainda é difícil devido a questões hierárquicas e culturais onde a tomada de decisões sobre a saúde do paciente ainda é centralizada no médico.

Após essa pesquisa, algumas limitações foram identificadas, pois alguns

fatores que não foram abordados podem interferir na percepção dos fisioterapeutas. Primeiro, não há dados com relação aos níveis de satisfação dos pacientes, esses seriam importantes para os profissionais pudessem identificar fragilidades do seu trabalho dentro da unidade, permitindo assim um reajuste e um novo direcionamento para melhorias futuras.

Segunda limitação importante é se ter mais dados em relação a criação de indicadores. A maior parte dos estudos que descrevem a implantação e funcionamento de novos formatos de serviços de fisioterapia, avaliam além de satisfação do cliente, outros indicadores como tempo de espera, tempo de permanência dentro da unidade, retornos pela mesma queixa principal, possíveis erros de diagnóstico também chamados de eventos adversos. Acreditamos que avaliar esses dados associados a relatos dos profissionais pode gerar dados mais consistentes para que outros serviços possam ser construídos baseados em assistência de alta qualidade.

Terceiro, salientamos que nessa pesquisa não foram incluídas, nas perguntas que foram utilizadas na entrevista, informações relacionadas à formação acadêmica dos profissionais que atuaram na UPA. Como já mencionado anteriormente, no Brasil ainda não há relatos de serviços fisioterapêuticos de primeiro contato, principalmente em pacientes com dores agudas musculoesqueléticas. Logo, como não sabemos exatamente quais as competências necessárias, não temos abordagens específicas nos cursos de aperfeiçoamento e pós-graduação da área. Todos os estudos que descrevem a atuação dos fisioterapeutas como profissionais de primeiro contato, exaltam a necessidade de uma formação específica e direcionada para exercer tal função.

Assim como mencionamos limitações, é relevante destacar vias para estudos futuros. Primeiro, informações sobre o perfil dos pacientes atendidos também são relevantes. No presente estudo não houve questionamento com relação a isso. Entendemos que, assim como mostrado na literatura, para construir um serviço de alta qualidade assistencial é necessário conhecer os clientes identificando os principais motivos que os levam a buscar este tipo de atendimento. Com isso, é possível criarmos protocolos de atendimento mais eficazes, agregando também na construção de competências exigidas para os

fisioterapeutas. Segundo, são necessários mais estudos que abordem tanto dados de indicadores de desempenho, quanto dados que auxiliem na descrição e fundamentação de competências dos fisioterapeutas. A construção desse conhecimento permite a ampliação profissional da fisioterapia, abrindo novas oportunidades de trabalho e reafirmando a identidade da classe.

8 PRODUTO TÉCNICO

Como produto técnico, foi construído uma capacitação direcionada para fisioterapeutas que atuarem em serviços de pronto atendimento, atendendo pacientes com queixas de dores agudas musculoesqueléticas, semelhantes ao serviço deste estudo. Entendemos que este treinamento se faz necessário para padronizar o trabalho da equipe envolvida e assim melhorar a qualidade do serviço prestado.

O conteúdo das aulas foi construído a partir dos relatos dos participantes, associado ao referencial teórico desta pesquisa, considerando também o ineditismo dessa nova forma de trabalho dentro da fisioterapia.

A capacitação será composta por seis horas/aula dividida em dois encontros de três horas cada, podendo ser ministrado de forma *on line* ou presencial. Os principais temas abordados serão as competências necessárias para atuar nesse tipo de serviço, e norma de condutas dos colaboradores. Será entregue aos participantes, um polígrafo como material didático para acompanhamento dos conteúdos.

Segue abaixo descrição do conteúdo programático dos encontros.

Encontro 1: Competências do fisioterapeuta do pronto atendimento

Conteúdo:

- Perfil do paciente com queixa de dores de origem musculoesquelética que procuram um serviço de pronto atendimento com indicação de atendimento fisioterapêutico.
- Conhecimentos técnicos para o fisioterapeuta que irá atuar na área de traumatologia e ortopedia, abrangendo formas de avaliação do paciente com dores musculoesqueléticas.

Duração: 3h/aula

Encontro 2: Norma de condutas dos colaboradores do serviço de fisioterapia no pronto atendimento

Conteúdo:

- Uso de EPIs (Equipamento de Proteção Individual)
- Relacionamento no ambiente de trabalho
- Atendimento de excelência ao cliente
- Privacidade e segurança da informação
- Padronização e Registro dos dados em prontuários

Duração: 3h/aula

O principal objetivo desta capacitação é, além de padronizar o atendimento, reforçar o compromisso com as atitudes e condutas fisioterapêuticas com os pacientes e com os demais profissionais. Acreditamos que dessa forma asseguramos a busca por excelência, reforçando a autonomia e o posicionamento dos fisioterapeutas como parte de uma equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

ACOSTA,AM., PELEGRINI,AHW.,LIMA, ALDS. Percepção dos profissionais de saúde sobre os usuários frequentes dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. **Enfermagem foco**, v. 2, n. 2, p. 141-144, 2011. Disponível em <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2011.v2.n2.114>. Acesso em: 13 abril. 2022.

ALVEZ, FC. *et al.* Atuação do fisioterapeuta em urgência e emergência: uma análise de condutas em uma unidade de pronto atendimento. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 9, n. 3, p. 43–52; DEZ 2018. Disponível em <https://cpcrjournal.org/article/5ef0fb8d0e88258c1bc092e1/pdf/assobrafir-9-3-43.pdf>. Acesso em 28 nov.2020.

ALKHOURI, H. *et al.* Impact of the primary contact physiotherapy practitioner role on emergency department care for patients with musculoskeletal injuries in New South Wales. **EMA - Emergency Medicine Australasia**, v.32, n. 2, p. 202–209, 2019. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13391>. Acesso em 10 abril,2020

BATISTA, R. E. A.; PEDRUZZI, M. Collaborative interprofessional practice in emergency services: Specific and shared functions of physiotherapists. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n.2, p. 1685–1695, 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0755>. Acesso em 10 out, 2020

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BJORNSEN, L.P. Patients visits to an emergency department in anticipation of the COVID-19 pandemic. **Tidsskrift for Den norske legeförening** v.140, n.8, 2020 Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32463204>. Acesso em 23 abril 2021.

BURNS, T. R. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. **International Emergency Nursing**, v.35, p. 51–55, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.06.001>. Acesso em 17 dez.2020.

CANO,D.V.B. *et al.* Impacto da atuação da fisioterapia respiratória no setor de emergência pediátrica **ConScientiae Saúde**, vol. 14, núm. 1, 2015, pp. 134-139, 2015 DOI:10.5585/ConsSaude.v14n1.5153. Acesso em 25 mai 2022.

CHEN W; WATERS TM; CHANG CF. Insurance impact on non urgent and primary care-sensitive emergency department use. **Am J Manag Care**. v. 21, n. 3. p. 210-217, 2015. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180001>. Acesso em abr 2021.

DUARTE, R.G. *et al.* O desenvolvimento da competência transversal dos gestores dos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 53, p. 1-5,,2019 . <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001292>. Acesso em 29 mai 2022.

FARIA, Lina; SANTOS, Luiz A. As profissões de saúde: uma análise crítica do

cuidar. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, p.227-240, dez. 2011, <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500012>. Acesso em 10 out 2020.

FRANGO, B.C.T.M.; Batista, R.E.S.; CAMPANHARO, C.R.V.; OKUNO, M.K.P., LOPES, M.C..T. Associação do perfil de usuários freqüentes com as características de utilização de um serviço de emergência. **Rev Min Enferm**.v. 22, p. 1-8 2018 <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180001>. Acesso em 25 abril de 2020.

FRUTH, S. J., & WILEY, S. Physician impressions of physical therapist practice in the emergency department: Descriptive, comparative analysis over time. **Physical Therapy**, v. 96, n. 9, p.1333–1341, 2016. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150306>. Acesso em 24 set 2020.

GARCIA, G.P.A.; MARZIELE, M.H.P. Satisfação, estresse e esgotamento profissional de enfermeiros gestores e assistencialistas da Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**.v. 55: 2021 doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019021503675>. Acesso em 29 mai 2022

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>, Acesso em 18 set 2021

GILL, S. D., STELLA, J., & McMANUS, L. Consumer preferences regarding physiotherapy practitioners and nurse practitioners in emergency departments—a qualitative investigation. **Journal of Interprofessional Care**, v. 33, n 2, p.209–215, 2019. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1538104>. Acesso em 24 set 2020

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, **Antropologia e Saúde collection**. ISBN: 978-85-7541-378-4.2005, 143 p. <https://doi.org/10.7476/9788575413784> Acesso em 09 abril 2021.

GONÇALVES, A.S. Perfil Clínico dos Pacientes atendidos pelo serviço de fisioterapia na unidade de urgência e emergência de um hospital público de Minas Gerais. **ASSOBRAFIR Ciência**.v. 5, n. 3, p. 55-62, 2014 . Disponível em <https://www.cpcrjournal.org/article/5de00c870e882578204ce1d5>. Acesso em 30 abril.2021.

GRUCHY, A., GRANGER, C., GORELIK, A. Physical Therapists as Primary Practitioners in the Emergency Department: Six-Month Prospective Practice Analysis. **Physical Therapy**, v. 95, n.9, p.1207–1216, 2015. <https://doi.org/10.2478/v10199-012-0044-5>. Acesso em 29 out 2020.

HEHN, R., BUENO A.L.M., Perfil epidemiológico dos atendimentos de um pronto

atendimento privado no Sul do Brasil. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v10, p. 1-20, 2020 DOI: 10.5902/2179769237989. Acesso em 19 març 2020.

JUNEJA, H. et al. The Emergency Physiotherapy Practitioner (EPP)—a descriptive case study of development and implementation in two Danish hospitals. **European Journal of Physiotherapy**, v. 22, n.3, p. 155–162,2020. <https://doi.org/10.1080/21679169.2019.1578825> Acesso em 24 set 2020

KIM,H.S.,STRICKLAND,K.J., MULLEN, K.A., LEBEC, M.T. *Physical therapy in the emergency department: a new opportunity for collaborative care*. **American Journal of Emergency Medicine** v. 36, n. 8, p. 1492-1495 2018 <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.05.053> 0735-6757. Acesso em 29 set 2021.

KINSELLA, R. et al,. Management of patients brought in by ambulance to the emergency department: Role of the Advanced Musculoskeletal **Physiotherapist**. **Australian Health Review**, v. 42, n. 3, p. 309–315, 2018. <https://doi.org/10.1071/AH16094>. Acesso em 24 set 2020.

KONDER,M.T. O'DWYER,G. As Unidades de Pronto Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n. 2, p. 525-545, 2015 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200011> Acesso em 25 julho 2021.

LEFMANN,S.A.,SHEPPERD,L.A. Perceptions of emergency department staff of the role of phyiotherapists in the system: a qualitative investigation. **Physiotherapy** v. 100, p. 86-91, 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2013.08.004>, Acesso em 15 març 2022.

MACÊDO, A.G.A.O., *et al*. Utilização de indicadores de saúde no processo de gerenciamento hospitalar. **Saúde Coletiva**, v. 11), n.68, p. 7217-7226, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.>, Acesso em 10 maio, 2022

OLIVEIRA, Mirian; FREITAS, Henrique M.R. Focus Group – pesquisa qualitativa: resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planejamento. *Revista de Administração, São Paulo*. V. 33, n. 3, p. 83-91, julho/setembro, 1998.

PAZ, L. P. et al. Papel do fisioterapeuta em unidade de pronto atendimento e emergência. **Brazilian Journal of Health Review**, v.2, n.4, p. 3762–3773. <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-137>. Acesso em 10out 2020.

PICCOLI, A. et al. Indicações para inserção do profissional fisioterapeuta em uma unidade de emergência. **ASSOBRAFIR Ciência**, v.4, n.1, p. 33–41, 2013. Disponível <https://www.cpcrjournal.org/journal/assobrafir/article/5de02cd60e88253f794ce1d5> Acesso em 09 abril 2021.

Pinto Júnior D, Salgado P, Chianca TCM. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes

admitidos em um pronto atendimento. *Rev Latino-Am Enferm.* 2012

RIBEIRO, E.A.W., Eficiência Efetividade e Eficácia do planejamento dos gastos em saúde. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 2, n. 2, p.27-46, jun-2006 Acesso em 10 out 2020.

SANTOS, F. RAUPP, F.M., Gestão de custos aplicada ao setor de prestação de serviços fisioterapêuticos: um estudo de caso. **Rev Observatório de la Economia Latinoamericana, Brasil**, XXXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção- Perspectivas Globais para a Engenharia de Produção mayo-2017. Acesso em 10 out 2020.

SCHULZ, P. et al. Comparing patients outcomes for care delivered by advanced musculoskeletal physiotherapists with other health professionals in the emergency department – A pilot study. **Australian Emergency Nurse Journal** v. 19, n.4, p. 198-202, 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2016.06.001>, Acesso em 24 set 2020.

SILVA, MA, et al. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de campo grande (MS Brasil) na percepção dos usuários. *Comunicação Saúde Educação* v. 18, n.4, p. 75-86 DOI: 10.1590/1807-57622013.0264. Acesso em 20 out 2020

SOARES, P. C. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil Characteristics of the emergency health service demand in Southern Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1069–1079., 2011. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>. Acesso em 17 dez 2020.

SPRIVULIS P.C, SILVA J.A., JACOBS, LA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. **Mja**, v.184, n.5, p. 208–212, 2006. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00203.x>. Acesso em 17 dez 2020.

SUTHERLAND, K. et al. Impact of COVID-19 on healthcare activity in NSW, Australia. *Public Health Research & Practice* December Vol. 30, n. 4 • <https://doi.org/10.17061/phrp3042030>. Acesso em 23 abril 2021.

SUTTON,M., GOVIER,A.,PRINCE, S., MORPHETT, M. Primary-contact physiotherapists manage a minor trauma caseload in the emergency department without misdiagnoses or adverse events: an observational study. . **Journal of Physiotherapy** v. 61, p. 77–80 2015 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys..> Acesso em 10 out 2020

TEKWANI, K., et al. Emergency Department Crowding is Associated with Reduced Satisfaction Scores in Patients Discharged from the Emergency Department. **Western Journal of Emergency Medicine**, 1v.4, n.1, p.11–15, 2013. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.11.11456>. Acesso 24 set 2020

USCHER-PINES, L., et al. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. **Am J Manag Care**, v. 19, n.1, p.47–59,2013. Disponível <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156292/>. Acesso em 22 out 2020.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004.