



ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS EMERGÊNCIAS NEUROLÓGICAS NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

THE PRACTICE OF PHYSIOTHERAPY IN NEUROLOGICAL EMERGENCIES OF THE URGENCY AND EMERGENCY UNIT

-  Roberta Aniceto França¹
-  Mayara Simões²
-  Isabel Aparecida Porcatti de Walsh³
-  Sérgio Antônio Zullo⁴
-  Luciana Duarte Novais Silva⁵
-  Raquel Annoni⁶
-  Vitória Helena Maciel Coelho⁷
-  Marilita Falangola Accioly⁸

Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital universitário do Triângulo Mineiro sob parecer nº 4.573.390 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 42399620.5.0000.8667.

Autor correspondente:

Marilita Falangola Accioly - Laboratório de Exploração Funcional dos Sistemas Cardiorpulmonar e Metabólico - Telefone: (34) 37006817 - Rua Vigário Carlos, nº100, segundo andar - Bairro: Nossa Senhora da Abadia - CEP38025-350 - Uberaba - MG marilita.accioly@uftm.edu.br

1. Fisioterapeuta Residente do Eixo Saúde do Adulto da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, Minas Gerais, Brasil.
roberta.anicetof@gmail.com

2. Fisioterapeuta da Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Coronariana e do Pronto Socorro Adulto do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, Minas Gerais, Brasil.
mayara.simoies@ebserh.gov.br

3. Professora Associada no Departamento de Fisioterapia Aplicada e do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, Minas Gerais, Brasil.
isabel.walsh@uftm.edu.br

4. Analista administrativo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) na filial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, Minas Gerais, Brasil.
sergio.zullo@ebserh.gov.br

5. Professora Associada no Departamento de Fisioterapia Aplicada da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, Minas Gerais, Brasil.
luciana.duarte.silva@uftm.edu.br

6. Professora Adjunta no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
rquannoni@eefito.ufmg.br

7. Professora Associada no Departamento de Fisioterapia Aplicada da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, Minas Gerais, Brasil.
vitoria.coelho@uftm.edu.br

8. Professora Associada no Departamento de Fisioterapia Aplicada e do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, Minas Gerais, Brasil.
marilita.accioly@uftm.edu.br

Cite como

Vancouver

França, RA, Simões, M, Walsh, IAP, Zullo, SA, Silva, LDN, Annoni, R, Coelho, VHM, Accioly, MF. Atuação da fisioterapia nas emergências neurológicas na Unidade de Urgência e Emergência. *Conscientiae Saúde* 2023;22(1):1-13, e23445. <https://doi.org/10.5585/22.2023.23445>

Introdução: O Pronto Socorro é destinado a prestar assistência cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Uma estratégia para atender as demandas desse serviço é a formação de equipes interdisciplinares.

Objetivos: Analisar a atuação fisioterapêutica nos pacientes com emergências neurológicas internados, identificar os recursos fisioterapêuticos utilizados e associar com o desfecho clínico do paciente.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional descritivo. A coleta de dados foi realizada por meio de análises dos prontuários fisioterapêuticos.

Resultados: O diagnóstico clínico mais prevalente foi de Acidente Vascular Encefálico isquêmico. As principais intervenções realizadas foram mobilização passiva e alongamentos. A comparação de proporções entre mobilização precoce e desfecho foi significativa, assim como entre desfecho e extubação.

Conclusões: A atuação do fisioterapeuta no Pronto Socorro é ampla, sendo realizada por meio de diversos recursos, principalmente mobilização precoce e manejo ventilatório, levando ao favorecimento do desfecho clínico do paciente. Contudo, mais pesquisas nessa área são necessárias.

Descritores: Pronto-Socorro. Fisioterapia. Neurologia. Acidente Vascular Encefálico.

Introduction: The Emergency Unit is assigned to provide assistance to health problems that require immediate care. One strategy to meet the demands of this service is the creation of interdisciplinary teams.

Objectives: To analyze the physiotherapeutic work in hospitalized patients with neurological emergencies, to identify the physiotherapeutic resources used and to associate them with the patient's clinical outcome.

Methods: Retrospective, observational and descriptive study. The information was collected through analysis of physical therapy records.

Results: The prevailing clinical diagnosis was ischemic stroke. The main interventions performed were passive mobilization and stretching. The comparison between the proportions of early mobilization and outcome was significant, as well as between clinical outcome and extubation.

Conclusions: The work of the physical therapist in the Emergency Unit is vast, and it is carried out through several resources, mainly early mobilization and ventilatory management, aiding the patient's clinical outcome. However, more studies are necessary in this field.

Keywords: Emergency Medical Services. Physiotherapy. Neurology. Stroke.



Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde, o Pronto Socorro é um estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato, e funcionam 24 horas, contendo apenas leito de observação¹. O Pronto Socorro Adulto (PSA) do Hospital Público do Triângulo Mineiro, no município de Uberaba, é referência em assistência hospitalar de urgência e emergência para os pacientes dos 27 municípios que compõem a Macrorregião de Saúde Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais².

Uma estratégia para atender as demandas desse serviço é melhorar a força de trabalho e a qualidade do atendimento por meio da formação de equipes interdisciplinares de atendimento, como a inserção de fisioterapeutas³. No Brasil, a primeira experiência específica desses profissionais no setor de Urgência e Emergência aconteceu em 2000⁴ e sua atuação foi reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) em 2018⁵.

O papel do fisioterapeuta é bem diverso no âmbito de um PSA, atuando nos seguintes cuidados: admissão e avaliação; evolução diária no prontuário; interpretação de exames laboratoriais e radiológicos; auxílio nos procedimentos de ressuscitação cardiopulmonar e intubação orotraqueal; ajustes ventilatórios e mobilização precoce^{6,7}. Contudo, são escassas as pesquisas envolvendo esse campo da fisioterapia⁶.

Em 2019, o acidente vascular encefálico (AVE) foi a segunda principal causa de morte global. Os fatores de risco mais encontrados foram a pressão arterial sistólica elevada, índice de massa corporal alto, poluição ambiental e tabagismo⁸. No Brasil, nesse mesmo ano, o acometimento do AVE encontrou-se restrito a faixas etárias mais elevadas, sendo possível observar um padrão crescente de prevalência⁹.

Pacientes com lesão cerebral aguda frequentemente requerem ventilação mecânica. Esses pacientes podem apresentar insuficiência respiratória devido à perda de reflexos protetores das vias aéreas ou redução do *drive* respiratório e estão em risco de complicações pulmonares, como pneumonia e síndrome do desconforto respiratório agudo¹⁰. Além disso, pacientes que sofreram o AVE podem apresentar déficit na funcionalidade sensorial e cognitiva¹¹, com impacto nas atividades diárias e no desempenho do indivíduo. Dessa forma, é recomendado que o fisioterapeuta faça parte da equipe interdisciplinar responsável pelo manejo do atendimento desse perfil de paciente⁷.

Sendo assim, o objetivo primário deste estudo foi analisar a atuação fisioterapêutica nos pacientes com emergências neurológicas internados no Pronto Socorro Adulto de um hospital universitário do Triângulo Mineiro. Já o objetivo secundário foi identificar os recursos fisioterapêuticos utilizados nas emergências neurológicas e associar com o desfecho clínico do paciente.

Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo observacional descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital universitário do Triângulo Mineiro sob parecer nº 4.573.390 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 42399620.5.0000.8667.

A coleta de dados foi realizada por meio de análises dos prontuários fisioterapêuticos da unidade de Urgência e Emergência do referido hospital, sendo a população constituída de pacientes admitidos por qualquer emergência neurológica no período de janeiro a setembro de 2020. Para análise utilizou-se dados pessoais (sexo, idade, procedência e profissão); tipo de ventilação (espontânea ou mecânica); tempo de internação no Pronto Socorro Adulto (PSA); tempo de ventilação mecânica; desfecho (óbito, alta hospitalar, transferência); diagnóstico clínico, e intervenções fisioterapêuticas as quais o paciente foi submetido durante sua internação no PSA: mobilização precoce (alongamentos, mobilização passiva, exercícios faciais, exercícios ativos, exercícios ativo-assistidos, ortostatismo e deambulação), ventilação mecânica não-invasiva, técnicas de higiene brônquica e aspiração traqueal, técnicas de reexpansão pulmonar, extubação, desconexão da ventilação mecânica em paciente traqueostomizados, manejo da oxigenoterapia, auxílio no procedimento de intubação e na ressuscitação cardiopulmonar.

Para composição da amostra foram selecionados os participantes que atendiam os seguintes critérios de elegibilidade: idade acima ou igual a 18 anos; sexos feminino e masculino e internação devido emergência neurológica.

Foram excluídos os pacientes que não tinham evoluções no sistema computacional AGHU - Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários.

Para as variáveis quantitativas foram calculadas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão), e para as variáveis categóricas foram calculadas suas distribuições de frequência. Foi aplicado o teste de comparação de proporções para verificar a presença de associação entre as variáveis categóricas, sendo considerado o nível de

significância crítica de 0,05. O processamento dos dados foi realizado pelo software *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.

Resultados

A amostra do estudo foi constituída por 211 participantes, sendo o sexo masculino com 54% dos casos (61,7± 15,5 anos), e o sexo feminino com 46% dos casos (66,8 ± 14,9 anos). A maioria dos participantes eram procedentes de Uberaba (47,9%), e nos prontuários de 72,5% dos participantes não havia informações sobre suas profissões. O diagnóstico clínico mais prevalente foi de AVE isquêmico (47,4%). A média de dias de internação no PSA foi de 6,3±5,7 dias. O principal desfecho foi a transferência para enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (65,4%), seguido pelo óbito (25,6%). Além disso, 9% dos participantes obtiveram alta hospitalar. Na Tabela 1, encontra-se a caracterização da amostra.

Tabela 1 - Caracterização da amostra

	Média±Desvio Padrão
Idade	
Feminino	66,8±14,9
Masculino	61,7±15,5
	Total (porcentagem)
Sexo	
Masculino	114 (54,0%)
Feminino	97 (46,0%)
Procedência	
Uberaba	101 (47,9%)
Iturama	16 (7,6%)
Araxá	14 (6,6%)
Conceição das Alagoas	11 (5,2%)
Demais cidades	69 (32,7%)
Profissão	
Aposentado	33 (15,6%)
Trabalhador rural	8 (3,8%)
Demais profissões	17 (8,1%)
Não informado	153 (72,5%)
Diagnóstico	
AVE isquêmico	100 (47,4%)
Encefalopatia anóxica pós PCR	37 (17,5%)
AVE hemorrágico	33 (15,6%)
Hemorragia subaracnoidea	20 (9,5%)
TCE grave	16 (7,6%)
Estado de Mal Epiléptico	3 (1,4%)
Trauma raqui-medular	2 (0,9%)
Desfecho	
Transferência (intra-hospitalar e extra-hospitalar)	138 (65,4%)
Óbito	54 (25,6%)
Alta hospitalar	19 (9,0%)
	Média±Desvio Padrão
Quantidade de dias de internação no PSA	6,3±5,7

AVE: acidente vascular encefálico; PCR: parada cardiorrespiratória; TCE: traumatismo cranioencefálico; PSA: Pronto Socorro Adulto.

Fonte: Autoria própria.

Na Tabela 2, estão descritos os dados relacionados à ventilação pulmonar. A maioria dos pacientes (53,6%) foram admitidos em ventilação espontânea, sendo que 21,2% evoluíram para intubação orotraqueal (IOT). Quanto ao tempo de ventilação, aproximadamente 68,8% permaneceram intubados de um a sete dias, sendo que 16,3% foram extubados. Dos pacientes que evoluíram para traqueostomia (TQT), 85,8% ficaram em ventilação mecânica por até sete dias.

Tabela 2 - Dados relacionados à ventilação pulmonar

	Total (porcentagem)
Tipo de ventilação na admissão	
Espontânea	113 (53,6%)
Mecânica	98 (46,4%)
Mudança de ventilação durante a internação	
Evolução para IOT	24 (21,2%)
Evolução para TQT	14 (6,6%)
Duração da ventilação mecânica com IOT	
1-7 dias	84 (68,8%)
8-14 dias	26 (21,3%)
15-21 dias	10 (8,2%)
Extubação	
	20 (16,3%)
Duração da ventilação mecânica com TQT	
1-7 dias	12 (85,8%)
8-14 dias	1 (7,1%)
15-21 dias	1 (7,1%)

IOT: intubação orotraqueal; VM: ventilação mecânica; TQT:traqueostomia

Fonte: Autoria própria.

A maioria dos participantes (89,1%) receberam atendimento fisioterapêutico durante sua internação no PSA, sendo que as principais intervenções realizadas foram mobilização passiva (54,8%) e alongamentos (35,6%). A maioria dos participantes em ventilação espontânea não fizeram uso de oxigenoterapia (87,2%) durante a internação no PSA, e não apresentaram indicação de ventilação mecânica não invasiva (VNI) (93,1%). A aspiração do tubo orotraqueal foi o procedimento de higiene brônquica mais realizado (55,9%), já as manobras higiene brônquica mais prevalentes tanto dos pacientes com ventilação mecânica invasiva quanto em ventilação espontânea foram a vibrocompressão torácica (26,6%) e aceleração do fluxo expiratório (25,5%). Cerca de 43,6% dos prontuários não especificaram qual manobra de higiene brônquica foi realizada. Em relação às manobras de reexpansão pulmonar, 28,2% dos participantes não realizaram. A maioria dos participantes (71,4%) que evoluíram para traqueostomia foram desconectados da ventilação mecânica. A equipe de



fisioterapia participou de 10,1% das intubações e 4,7% de ressuscitação cardiopulmonar dos participantes admitidos, conforme descrição dos prontuários. As intervenções fisioterapêuticas estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3 - Intervenções fisioterapêuticas realizadas no PSA

	Total (porcentagem)
Atendido pelo serviço de fisioterapia	
Sim	188 (89,1%)
Não	23 (10,9%)
Mobilização precoce	
Mobilização passiva	103 (54,8%)
Alongamentos	67 (35,6%)
Exercícios Metabólicos	41 (21,8%)
Sedestação beira leito	38 (20,2%)
Exercício ativo	32 (17,0%)
Exercício ativo-assistido	28 (14,9%)
Ortostatismo	13 (6,9%)
Deambulação	8 (4,3%)
Exercícios faciais	2 (1,1%)
Não realizou	65 (34,5%)
Oxigenoterapia	
Não utilizou	164 (87,2%)
Catéter nasal	36 (19,1%)
Máscara de reinalação parcial	8 (4,2%)
Máscara de Venturi	4 (2,1%)
Macronebulização	10 (5,3%)
VNI	
Não utilizou	175 (93,1%)
Pressão positiva em dois níveis	7 (3,7%)
Pressão positiva contínua	0 (0,0%)
RPPI	2 (1,1%)
Modo não especificado em prontuário	4 (2,1%)
Aspiração das vias aéreas	
Não realizou	75 (39,9%)
Aspiração nasotraqueal	10 (5,3%)
Aspiração TOT	105 (55,9%)
Aspiração TQT	14 (7,4%)
Manobras de higiene brônquica	
Não especificada em prontuário	82 (43,6%)
Não realizou	52 (27,7%)
Vibrocompressão torácica	50 (26,6%)
AFE	48 (25,5%)
Estímulo verbal de tosse	21 (11,2%)
Estímulo manual da tosse	16 (8,5%)
PEEP-ZEEP	9 (4,8%)
Tosse assistida	4 (2,1%)
<i>Huffing</i>	2 (1,1%)
<i>Bag squeezing</i>	1 (0,5%)
Manobras de reexpansão pulmonar	
Não realizou	53 (28,2%)
Não especificada em prontuário	55 (29,3%)
Exercícios respiratórios	54 (28,7%)
TEP no VM	52 (27,7%)
Manobra de pressão negativa	28 (14,9%)
Fluxo dirigido	3 (1,6%)

Desconexão da ventilação mecânica TQT	10 (71,4%)
Auxílio na intubação	19 (10,1%)
Auxílio na RCP	9 (4,7%)

VNI: ventilação não invasiva; RPPI: respiração com pressão positiva intermitente; TOT: tubo orotraqueal; TQT: traqueostomia; AFE: Aceleração do fluxo expiratório; TEP: técnica de expansão pulmonar; VM: ventilação mecânica; RCP: ressuscitação cardiopulmonar

Fonte: Autoria própria.

Na Tabela 4, estão apresentadas as frequências de cada modalidade de mobilização precoce, extubação, desconexão de acordo com o desfecho clínico do participante. A comparação de proporções entre mobilização precoce e desfecho foi significativa para o exercício ativo, exercício ativo-assistido, sedestação beira leito, ortostatismo e deambulação. Também foi significativo para alta e transferência entre desfecho e extubação. Além disso, foi observado uma comparação significativa entre a desconexão da VM e a transferência.

Tabela 4 - Comparação de proporções entre realização de mobilização precoce, extubação, desconexão de acordo com o desfecho clínico

	Alta n=19	Transferência n=138	Óbito n=54	<i>Valor-p</i>
Tipos de mobilização precoce				
Exercícios faciais	5,2%	0,7%	0,0%	0,23
Metabólicos	5,2%	23,1%	14,8%	0,11
Exercício ativo-assistido	10,5%	17,3%*	3,7%	0,02*
Deambulação	15,7%*	3,6%	0,0%	0,00*
Alongamentos	21,0%	33,3%	31,4%	0,60
Ortostatismo	26,3%*	5,0%	1,8%	0,00*
Mobilização passiva	31,5%	49,2%	53,7%	0,26
Exercício ativo	47,3%*	15,2%	3,7%	0,00*
Sedestação beira leito	47,3%*	20,2%	1,8%	0,00*
Extubação				
Extubados	26,3%*	10,1%*	1,8%	0,00*
Desconexão da ventilação mecânica - TQT				
Desconectados	0,0%	5,7%*	3,7%	0,00*

*Nível de significância de 0,05

Fonte: Autoria própria.

Todos os participantes que evoluíram para IOT foram atendidos pelo serviço de fisioterapia, apresentando significância entre as duas variáveis (Tabela 5).



Tabela 5 - Comparação de proporções entre atendimento fisioterapêutico e evolução para IOT

	Não evoluiu para IOT n=89	Evoluiu para IOT n=24	Valor-p
Atendidos	36,7%	12,7%*	0,00*

*Nível de significância de 0,05

Fonte: autoria própria.

Discussão

Por meio desse estudo foi possível verificar a atuação do profissional de fisioterapia na Unidade de Urgência e Emergência no hospital estudado, setor no qual ele pode fazer uso de diversas técnicas e recursos, complementando a assistência do paciente neurológico. Não foram encontradas, em nossas pesquisas na literatura, estudos que avaliassem o atendimento da fisioterapia nas emergências neurológicas no Pronto Socorro. A revisão realizada por Ferreira *et al* (2019)¹² concluiu que a principal condição clínica atendida por esse profissional nesse setor foi a de origem musculoesquelética.

Optamos por analisar as emergências neurológicas, visto que o hospital universitário do Triângulo Mineiro é referência na região para o tratamento de eventos neurológicos. O AVE isquêmico foi o diagnóstico mais prevalente em nossa amostra, sendo o tipo mais comum no Brasil¹³. No nosso estudo, a maioria dos indivíduos eram homens, indo ao encontro com dados obtidos por Souza *et al* (2021)¹⁴. Há maior porcentagem de incapacidade funcional em homens em comparação a mulheres¹⁵ e apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de mortalidade, os homens não procuram os serviços preventivos, o que leva ao agravamento das morbidades¹⁶.

Com nossos achados, podemos verificar que 46,4% dos participantes foram admitidos em ventilação mecânica. Frequentemente, pacientes neurológicos necessitam desse suporte com o objetivo de proteger as vias aéreas¹⁷, corrigir os padrões respiratórios desregulados e manter a pressão arterial de oxigênio e gás carbônico dentro dos limites fisiológicos, fornecendo um mecanismo para controlar indiretamente a perfusão cerebral¹⁰.

A média de dias de internação no PSA foi 6,3±5,7, sendo que o ideal seria a permanência na emergência até a estabilização do quadro clínico¹⁸. Aletreby *et al* (2021)¹⁹ concluíram que o retardo da admissão do pronto socorro para a unidade de terapia intensiva (UTI) é fator de risco independente para mortalidade neste setor, sendo que as razões incluem a crescente necessidade de admissões no Pronto Socorro de pacientes mais idosos, frágeis e complexos, além de existir uma competição por leitos de UTI com as enfermarias e o centro cirúrgico¹⁹, como também a

superlotação dos prontos-socorros e das UTI, especialmente nos serviços públicos de saúde em países de renda média ou baixa²⁰.

Uma minoria dos participantes não foi atendida pelo serviço de fisioterapia (10,9%), isso pode ter ocorrido pelo número insuficiente desses profissionais para atender a alta demanda do setor, sendo necessária a priorização dos pacientes com maior classificação de risco, ou melhor prognóstico.

A pesquisa apresentou diferenças em relação ao desfecho e mobilização precoce, que é geralmente definida como atividade intensiva fora do leito composta por sentar, realizar ortostatismo e deambular o mais cedo possível²¹. A mobilização precoce é eficaz na prevenção da ocorrência de fraqueza adquirida na UTI, diminuição no tempo de internação e melhora da mobilidade funcional²², sendo recomendado que os pacientes que tiveram AVE realizem essas atividades 24 horas após o início do quadro, se não houver contraindicações e que todos os pacientes admitidos no hospital com AVE agudo devem ser submetidos a uma avaliação inicial, realizada por profissionais de reabilitação, como os fisioterapeutas, o mais rápido possível após a admissão⁷.

Possivelmente, os participantes que conseguiram realizar os maiores níveis de mobilização precoce (ativo, ortostatismo, deambulação) não possuíam contraindicações de realizar intervenções como instabilidade clínica, baixo nível de oxigênio, fratura ou lesão de membro inferior²³. Assim como os participantes com estado clínico mais grave provavelmente realizavam níveis mais baixos da mobilização precoce e com maior probabilidade de um desfecho desfavorável. No entanto, nosso estudo não confirma essa hipótese.

A manobra de higiene brônquica mais utilizada foi a vibrocompressão (26,6%), dado também encontrado por Matilde *et al* (2018)²⁴. Segundo os mesmos autores, a escolha do fisioterapeuta por determinada técnica se baseia principalmente na experiência profissional individual, e não corroboram a prática baseada em evidências.

A comparação entre a extubação e o desfecho clínico foi significativa. Esse processo é complexo, pois tanto a falha de extubação quanto o atraso dela aumentam a morbidade e mortalidade. Além disso, não há escores validados para orientação na tomada de decisão²⁵.

O presente estudo também demonstrou significância entre desconexão da ventilação mecânica e transferência do PSA. A traqueostomia traz vantagens como diminuição do espaço morto das vias aéreas, redução das lesões faríngeas e a necessidade de sedativos, além de proporcionar mais conforto para o paciente²⁶. Porém, o momento ideal da realização da traqueostomia em pacientes com AVE ainda não está estabelecido na literatura^{26,27}. Dentre as

atribuições do fisioterapeuta no setor de Urgência e Emergência, o auxílio no processo de IOT se faz para garantir adequada oxigenação e ventilação, ajustar os parâmetros iniciais de ventilação mecânica e aspiração de secreções²⁸. A nossa pesquisa demonstrou que houve uma baixa participação desse profissional nesse tipo de procedimento, pois ainda se faz necessário incentivar e treinar a equipe para tal situação.

Uma limitação do estudo foi que alguns dados não foram incluídos ou especificados nos prontuários. Dados sobre a identificação e a profissão do paciente precisam ser contemplados para suprir totalmente as necessidades do atendimento no ambiente hospitalar²⁹. A falta da descrição adequada de qual técnica fisioterapêutica foi utilizada impossibilitou uma melhor interpretação dos dados encontrados.

Conclusão

A atuação do fisioterapeuta no Pronto Socorro pode ser realizada de uma forma ampla, onde há o acompanhamento do paciente desde a admissão até o desfecho final, sendo realizada por meio de diversas técnicas e recursos como de higiene brônquica, expansão pulmonar e principalmente mobilização precoce e manejo ventilatório, o que levam ao favorecimento do desfecho clínico do paciente de perfil neurológico. Contudo, mais pesquisas nessa área ainda são necessárias.

Conflito de interesse

Não há qualquer tipo de conflito de interesse na elaboração deste manuscrito.

Referências

1. Ministério da Saúde. Terminologia básica em saúde [Internet]. 2 ed. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985 [acesso em 18 de set de 2020]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0112terminologia1.pdf>.
2. Unidade de Urgência e Emergência [Internet]. Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro [acesso em 18 de set de 2020]. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/pronto-socorro>
3. Cassarino M, Robinson K, Quinn R, Naddy B, O'Regan A, Ryan D, et al. Effectiveness of early assessment and intervention by interdisciplinary teams including health and social care professionals in the emergency department: protocol for a systematic review. *BMJ open*, 2018 Jul 16;8(7):e023464. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023464>
4. Silva CCM, Santos IM. A importância da fisioterapia no setor de urgência e emergência: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development* [Internet]. 2019 Oct 8;5(10):18335–43. <https://doi.org/10.34117/bjdv5n10-092>
5. Resolução nº501 de 26 de dezembro de 2018 – Reconhece a atuação do Fisioterapeuta na assistência à Saúde nas Unidades de Emergência e Urgência [Internet]. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO [acesso em 18 de set de 2020]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=10570>.
6. Mastroantonio EM, Moraes Junior SL. O Fisioterapeuta como Membro da Equipe Multidisciplinar no Pronto Socorro. *Journal of Health Sciences*. 2018 Mar;20(1):34. <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2018v20n1p34-39>
7. Boulanger J, Lindsay M, Gubitz G, Smith E, Stotts G, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care. *International Journal of Stroke*. 2018 Jul 18;13(9):949–84. <https://doi.org/10.1177/1747493018786616>.
8. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020 Dec 22;76(25):2982–302. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>.
9. Lobo PGGA, Zanon VB, Lara D, Freire VB, Freire CA, Andrade JVB et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil no ano de 2019, uma análise sob a perspectiva da faixa etária. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021 Feb;4(1):3498-505. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-272>
10. Robba C, Poole D, McNett M, Asehnoune K, Bösel J, Bruder N, et al. Mechanical ventilation in patients with acute brain injury: recommendations of the European Society of Intensive Care Medicine consensus. *Intensive Care Medicine*. 2020 Nov 11;46(12):2397–410. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06283-0>.

11. Einstad MS, Saltvedt I, Lydersen S, Ursin MH, Munthe-Kaas R, Ihle-Hansen H, et al. Associations between post-stroke motor and cognitive function: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2021 Feb 5;21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02055-7>
12. Ferreira GE, Traeger AC, Maher CG. Review article: A scoping review of physiotherapists in the adult emergency department. *Emerg Med Australas*. 2019 Feb;31(1):43-57. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12987>
13. Lotz RC, Welter CS, Ramos SA, Ferreira LE, Cabral NL, França PHC. ABO blood group system and occurrence of ischemic stroke. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2021 Dec;79(12):1070-5. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2020-0219>
14. Souza CDF de, Oliveira DJ de, Silva LF da, Santos CD dos, Pereira MC, Paiva JPS de, et al. Tendência da Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares no Brasil (1996-2015) e Associação com Desenvolvimento Humano e Vulnerabilidade Social. *Arq Bras Cardiol [Internet]*. 2021 Jan;116(1):89-99. <https://doi.org/10.36660/abc.20190532>
15. Morais JA de, Almeida IT, Perdigão FSO, Silva FAR de, Fagundes RR, Prudente COM. Melhora da independência funcional após internação para reabilitação de pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociências*. 2022 Jan 25; 30:1-20. <https://doi.org/10.34024/rnc.2022.v30.12363>
16. Carneiro VSM, Ajuto RNP, Alves KAP. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*. 2019 Fev; 23(1). <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v23i1.2019.6521>
17. Battaglini D, Gieroba DS, Brunetti I, Patroniti N, Bonatti G, Rocco PRM, et al. Mechanical ventilation in neurocritical care setting: A clinical approach. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2021 Jul;35(2):207-220. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.09.001>
18. Piccoli A, Werle RW, Kutchak F, Rieder MM. Indicações para inserção do profissional fisioterapeuta em uma unidade de emergência. *Assobrafir Cienc*. 2013 Abr;4(1):33-41. <https://doi.org/10.47066/2177-9333/ac.1341222>
19. Aletreby WT, Brindley PG, Balshi AN, Huwait BM, Alharthy AM, Madi AF, et al. Retardo na transferência do pronto-socorro para a unidade de terapia intensiva: impacto nos desfechos do paciente. Um estudo retrospectivo. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2021 Jan;33(1):125-37. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210014>
20. Santos FRQ, Machado MN, Lobo SMA. Resultados adversos de admissões tardias à unidade de terapia intensiva a partir do pronto-socorro. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020 Jan;32(1):92-98. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200014>
21. Xu T, Yu X, Ou S, Liu X, Yuan J, Chen Y. Efficacy and Safety of Very Early Mobilization in Patients with Acute Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sci Rep*. 2017 Jul 26;7(1):6550. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-06871-z>
22. Zang K, Chen B, Wang M, Chen D, Hui L, Guo S, Ji T, Shang F. The effect of early mobilization in critically ill patients: A meta-analysis. *Nurs Crit Care*. 2020 Nov;25(6):360-367. <https://doi.org/10.1111/nicc.12455>

23. Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, Jong A, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019. *Int J Stroke*. 2020 Oct;15(7):763-788. <https://doi:10.1177/1747493019897843>
24. Matilde INE, Eid RAC, Nunes AF, Ambrozini ARP, Moura RH, Carnieli-Cazati D, et al. Bronchial hygiene techniques in patients on mechanical ventilation: what are used and why? *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2018;16(1):eAO3856. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO3856>
25. Cinotti R, Pelosi P, Schultz MJ, Aikaterini I, Alvarez P, Badenes R et al. Extubation strategies in neuro-intensive care unit patients and associations with outcomes: the ENIO multicentre international observational study. *Ann Transl Med*. 2020 Apr;8(7):503. <https://doi.org/10.21037/atm.2020.03.160>
26. Premraj L, Camarda C, White N, Godoy DA, Cuthbertson BH, Rocco PRM, et al. Tracheostomy timing and outcome in critically ill patients with stroke: a meta-analysis and meta-regression. *Crit Care*. 2023 Apr 1;27(1):132. <https://doi:10.1186/s13054-023-04417-6>
27. Shen Y, Cao Q, Zhuo H, Hu M, Chen S. Early Versus Late Tracheostomy in Stroke Patients: A Retrospective Analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2022 Nov 17;18:2713-2723. <https://doi:10.2147/NDT.S388062>.
28. Paz LP, Melo NM de, Picharsky CC, Motter AA. Papel do fisioterapeuta em unidade de pronto atendimento. *Braz. J. Hea. Rev*. 2019 Aug; 2(4):3762-73. <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-137>
29. Todt SC, Palmeira IP, Dantas LRCF, Lyra CAM, Figueiredo MBG de A, Jesus CVF de, Lima SO. Instrumento para avaliação da qualidade de prontuários de admissão em unidades de urgência e emergência. *REAS*. 2020 Ago 12(11):e4071. <https://doi.org/10.25248/reas.e4071.2020>

