

Fisioterapia no Departamento de Emergência: Uma Revisão Sistemática

Gabryella Fernandes Silva, Isabelle de Oliveira Rós Gomes*, Vinicius Eike Uema Kitasato.

Departamento de Fisioterapia, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autor correspondente.

E-mail: isabellerosgomes@hotmail.com (IOR Gomes).

Palavras-chave:

1. Fisioterapia
2. Emergência
3. Departamento de Emergência

Resumo

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Os serviços de emergência (SE) são essenciais no sistema de saúde, atuando como a principal porta de entrada para pacientes com risco de vida que necessitam de atendimento rápido. A alta demanda e o fluxo constante nesses serviços indicam a necessidade de abordagens interdisciplinares para otimizar o tempo de atendimento e melhorar a eficiência do serviço. Dentro desse contexto, o papel do fisioterapeuta tem se mostrado fundamental para estabilizar pacientes, prevenir mortes e reduzir custos hospitalares, destacando sua contribuição desde a admissão e monitoramento de pacientes, até a interpretação de exames, intervenções respiratórias e monitoramento e suporte ventilatório. O presente estudo tem como objetivo revisar a literatura para compreender e analisar o papel do fisioterapeuta no serviço de emergência, identificando as principais intervenções e abordagens terapêuticas utilizadas, bem como avaliar os impactos dessa atuação na recuperação do paciente e otimização dos recursos do sistema de saúde.

CONTEÚDO: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura abrangendo abordagens como avaliação, aplicação de testes de desempenho, exercícios físicos e educação em saúde para o paciente realizadas em diferentes complexidades. Por outro lado, embora as intervenções tenham reduzido o tempo de espera e permanência no departamento de emergência, otimizaram a qualidade do atendimento, reduzindo internações e readmissões hospitalares. Os exercícios hospitalares supervisionados mostraram melhora na capacidade física e funcional, nível de ansiedade e bem-estar emocional, mas sem melhora na qualidade de vida relacionada à saúde. Além disso, o treinamento de força e resistência mostrou melhora na força muscular, percepção de dispnéia, capacidade funcional e cognitiva e dor. Esses achados ressaltam a importância da participação do fisioterapeuta no time de resposta rápida, bem como suas abordagens.

CONCLUSÃO: Intervenções de fisioterapia em atendimento de emergência podem trazer melhorias significativas em eficiência e qualidade para condições específicas, como dor musculoesquelética. Incentivar mais pesquisas é essencial para sustentar a expansão da fisioterapia em departamentos de emergência.

Destaques:

1. Fisioterapia intervenções provado para ser eficaz em gerenciando dor musculoesquelética.
2. Pacientes com dor lombar aguda que apresentaram melhora na funcionalidade e autogestão.
3. Em casos de vertigem, o uso de manobras de reposicionamento e o teste HINTS foram eficazes em diferenciando entre periférico e vertigem central.
4. Na prevenção de quedas, principalmente em pacientes idosos, exercícios focados em mobilidade e equilíbrio promoveram uma redução significativa no risco de quedas e melhorou autonomia.
5. Serviços de fisioterapia também estão presentes frente a desfechos clínicos como dispneia.
6. Em pacientes com multicomorbidades a avaliação e intervenção precoces reduziram a duração da estadia no DE.

Introdução

Os departamentos de emergência (DE) desempenham um papel essencial no sistema de saúde. Dentro de um hospital, esses ambientes são referidos como uma porta de entrada para pacientes que apresentam complicações físicas e biológicas e que necessitam de cuidados, pois correm risco iminente de morte. A prestação de serviços ocorre de forma ininterrupta (24 horas por dia) e, por esse motivo, os DEs são frequentemente procurados pelos usuários do sistema de saúde (ALMEIDA et al., 2017).

A demanda expressiva e imprevisível corrobora o fato de que os DE enfrentam desafios crescentes, muitas vezes maiores do que a capacidade disponível. A superlotação nos serviços de emergência hospitalar é o fenômeno mundial mais frequentemente relatado por organizações de saúde ao redor do mundo e tem impacto direto e negativo na qualidade, segurança e agilidade do atendimento prestado, decorrente de fatores do nível da Atenção Primária, como recursos limitados e escassez de profissionais especializados, associados ao crescimento de doenças crônicas, bem como ao envelhecimento populacional (LIMA et al., 2015/ SILVA et al., 2023).

Nesse contexto, o trabalho interdisciplinar, que envolve cuidados integrados e colaborativos, tem se mostrado uma abordagem promissora para otimizar o fluxo e reduzir o tempo de permanência dos pacientes no SE, uma vez que as intervenções são implementadas com maior agilidade, contribuindo para avanços clínicos mais positivos (WEN et al., 2023).

O fisioterapeuta desempenha papel fundamental na equipe interdisciplinar dos setores de Urgência e Emergência, contribuindo para a estabilização dos pacientes, prevenção de óbitos e redução de custos hospitalares (SOUZA et al., 2023).

A fisioterapia previne e trata distúrbios físicos funcionais causados por diversas condições, como traumas e agudizações de doenças crônicas. No DE, o fisioterapeuta atua de forma diversificada, desde a admissão e acompanhamento, até a interpretação de exames e utilização de intervenções como ventilação mecânica invasiva (VMI) e ventilação não invasiva (VNI), além de técnicas respiratórias. No entanto, a literatura é escassa e não apresenta informações detalhadas a respeito das condutas fisioterapêuticas neste serviço (GONÇALVES, 2019/ MARTINS et al, 2022).

Diante deste cenário, o objetivo geral deste estudo é compreender e analisar a atuação do fisioterapeuta no DE, destacando as principais intervenções e abordagens terapêuticas utilizadas, bem como os impactos dessa atuação na recuperação dos pacientes e na otimização dos recursos do sistema de saúde.

Metodologia

Esta é uma revisão sistemática conduzida de acordo com as diretrizes delineadas pelo PRISMA (Itens de Relatórios Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Meta-Análises), acessíveis em: [PRISMA](#). Os artigos incluídos abordaram os seguintes aspectos: (1) ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte, estudo qualitativo, métodos mistos (2) limitados a anos de publicação entre 2019 e 2024; (3) estudos com populações incluindo crianças, adultos ou idosos com mais de 60 anos de idade. Foram excluídos artigos de revisão, artigos com mais de 10 anos, artigos duplicados, acesso restrito (pago), estudo de caso, estudo piloto, revisões sistemáticas e meta-análises. Os estudos excluídos também relacionavam tratamentos de equipe multidisciplinar que não eram fisioterapia.

Estratégia de busca

A busca foi conduzida através das bases de dados PubMed e Web of Science. Os termos de busca utilizados foram (“Physiotherapy” AND “Emergency” OR “Emergency Department”), e a busca foi conduzida de outubro a novembro de 2024.

Coleta e Análise de Dados

Inicialmente, os descritores foram inseridos nas bases de dados, resultando em um total de 111 artigos (Tabela 1). A triagem dos dados foi realizada nas etapas: título, identificação de duplicatas, resumos e leitura do texto completo, considerando critérios de inclusão e exclusão, resultando em 10 artigos sobre descrição de condutas fisioterapêuticas em distúrbios musculoesqueléticos, distúrbios vestibulares e quedas.

Estes incluíram 4 artigos sobre conduta fisioterapêutica em distúrbios musculoesqueléticos, 2 sobre conduta fisioterapêutica em distúrbios vestibulares, 2 sobre conduta fisioterapêutica em quedas, 2 sobre conduta fisioterapêutica em cardiopulmonar e 1 sobre conduta fisioterapêutica em multimorbidade. A Figura 1 mostra o fluxograma do processo de extração de dados para os artigos incluídos no estudo.

Extração de dados

Na primeira etapa, dois revisores (GF e IO) revisaram títulos de forma independente para selecionar apenas aqueles que atendiam aos critérios de inclusão. As discrepâncias foram resolvidas por um terceiro revisor (VE). Na segunda etapa, dois revisores (GF e IO) analisaram os resumos e palavras-chave dos artigos selecionados anteriormente, retendo estudos que atendiam totalmente a todos os critérios e aqueles que atendiam parcialmente aos critérios, mas não tinham informações suficientes para determinar a relevância. As discrepâncias foram resolvidas por um terceiro revisor (VE). Os dados foram extraídos e registrados de forma independente por dois revisores (GF e IO), seguidos por verificações aleatórias de precisão pelo terceiro revisor (VE). As discrepâncias geradas pelos revisores GF e IO foram resolvidas pelo terceiro

revisor (VE). Os dados extraídos incluíram: nome(s) do(s) autor(es), ano de publicação, desenho do estudo, características da população, intervenção principal, coleta de dados e resultados.

Resultados

Foram reunidos no total 111 artigos das bases de dados PubMed e Web of Science de acordo com os descritores pré-definidos, 5 artigos foram removidos após serem identificadas como duplicatas ficando 106 estudos, 82 artigos foram excluídos com base no título, restando 24 artigos, 8 artigos foram excluídos com base no resumo e 16 estudos foram incluídos, 6 artigos foram excluídos por não correlacionarem nos critérios de inclusão do estudo, restando ao todo 10 artigos.

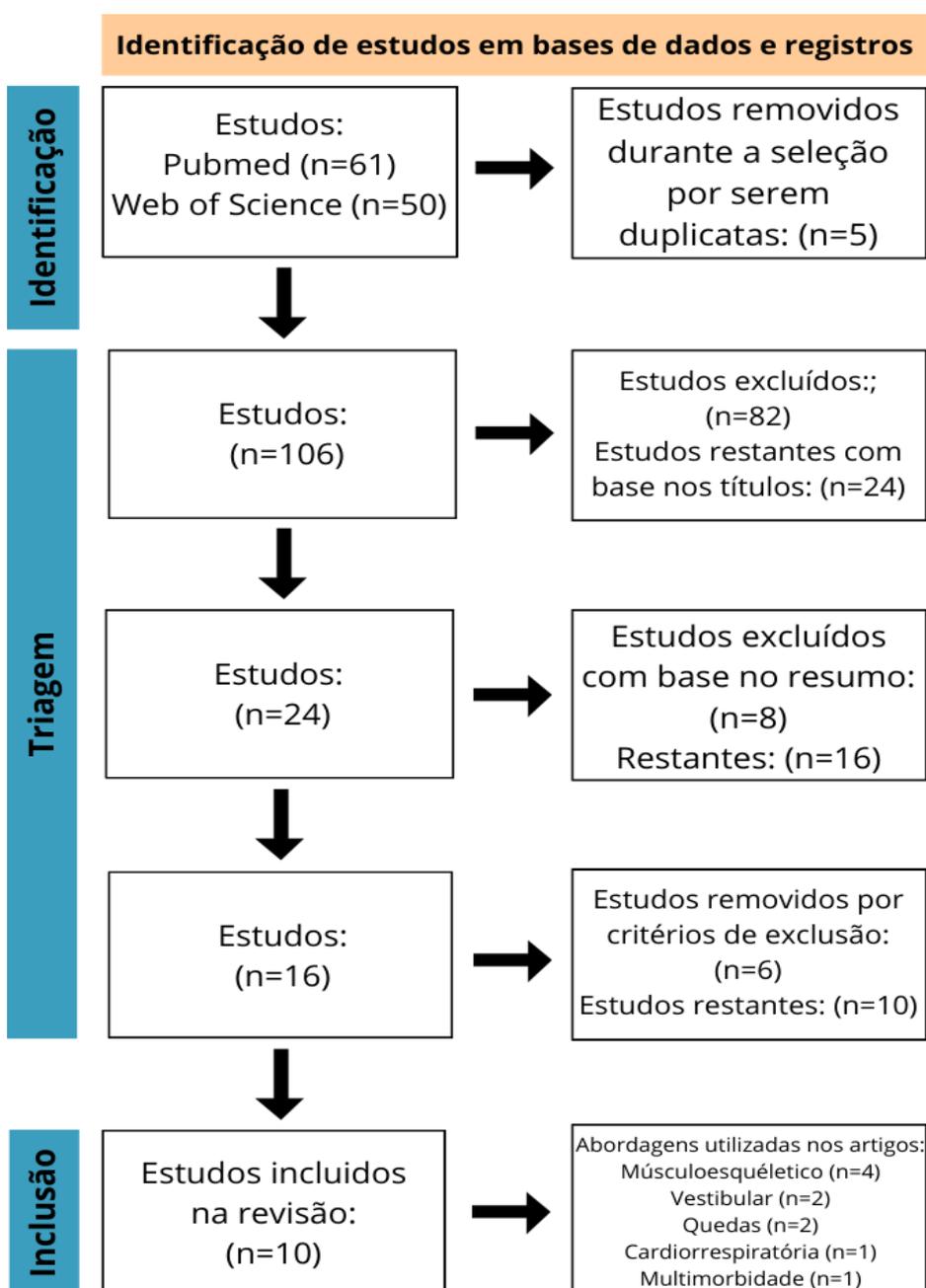


Figura 1. Fluxograma e processo de inclusão do estudo primário.

Características do estudo

No total, foram incluídos 10 estudos, com todas as características (autores/ano, delineamento do estudo, população, intervenção principal, variáveis do estudo e desfechos) descritas na Tabela 1. Especificamente, a seleção incluiu ensaios clínicos randomizados, estudo qualitativo, estudo de coorte, ensaio clínico monocêntrico, randomizado em blocos, controlado, aberto e de grupos paralelos. Adicionalmente, um artigo de cada foi incluído para um estudo de coorte retrospectivo multicêntrico compreendendo fases pré e pós-rotas, ensaio clínico monocêntrico, randomizado em blocos, controlado, aberto, de grupos paralelos, estudo prospectivo, aberto, randomizado, monocêntrico, controlado em paralelo de dois braços, estudo de implementação e ensaio clínico controlado randomizado em grupos escalonados multicêntrico com análise de custo.

Os estudos incluídos nesta revisão abordam a atuação da fisioterapia em departamentos de emergência, em diferentes condições clínicas e aplicando diferentes intervenções. Cada estudo tem suas próprias características, variando em termos de delineamento, populações e metodologias utilizadas.

Stewart et al. (2022) conduziram um estudo de coorte retrospectivo para avaliar o impacto da fisioterapia vestibular em pacientes com vertigem que buscaram atendimento no departamento de emergência. A intervenção incluiu triagem e avaliação por fisioterapeutas, além do uso do teste HINTS (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew) para diferenciar vertigem periférica de central e manobras de reposicionamento para vertigem posicional paroxística benigna. Este estudo envolveu adultos com 18 anos ou mais, evidenciando a importância da fisioterapia vestibular no manejo da vertigem no contexto de emergência.

Chrobok et al. (2024) conduziram um ensaio clínico controlado randomizado focado em pacientes com dor lombar inespecífica que se apresentaram no departamento de emergência. Os participantes foram divididos em dois grupos: um grupo experimental, que recebeu avaliação inicial, orientação e exercícios, e um grupo controle, que teve acesso apenas às informações em um livreto. As variáveis analisadas incluíram intensidade da dor, capacidade funcional e uso de analgésicos.

IP et al. (2022) exploraram a implementação da reabilitação vestibular em um hospital australiano por meio de um estudo de métodos mistos. Com foco na viabilidade da intervenção para pacientes com sintomas de vertigem, o estudo examinou barreiras e facilitadores para a adoção dessa prática em longo prazo, com atenção especial ao treinamento e aos recursos institucionais necessários para seu suporte.

Gagnon et al. (2021) investigaram o impacto da fisioterapia em pacientes com distúrbios musculoesqueléticos menores. Em seu ensaio clínico randomizado, os fisioterapeutas conduziram intervenções personalizadas, como aconselhamento e prescrição de medicamentos, enquanto o grupo de controle foi visto pelo médico do DE sem assistência direta de fisioterapia. A pesquisa

incluiu variáveis como dor, função e visitas subsequentes, com foco nos benefícios clínicos do atendimento fisioterapêutico em emergências.

Matifat et al. (2023) conduziram um ensaio clínico randomizado multicêntrico que comparou o atendimento de fisioterapeutas e médicos em pacientes com queixas musculoesqueléticas menores, incluindo análise de custos. Os fisioterapeutas realizaram diagnósticos e planejamento de intervenções, enquanto o grupo controle recebeu atendimento de emergência padrão. As variáveis avaliadas incluíram intensidade da dor, impacto nas atividades diárias, satisfação do paciente e custos do atendimento

Larsen et al. (2021), em um estudo de coorte, analisaram dados de mais de 57.000 admissões, com foco nos efeitos da fisioterapia respiratória em pacientes admitidos em unidades de trauma e emergência. As variáveis incluíram idade, diagnósticos respiratórios e tempo de internação hospitalar, com o objetivo de avaliar o impacto da fisioterapia na funcionalidade e mobilidade respiratória.

Blondin et al. (2024) usaram um método qualitativo para explorar a experiência de pacientes com distúrbios musculoesqueléticos entrevistando-os sobre percepções e satisfação com o atendimento por fisioterapeutas no departamento de emergência.

Blandin et al. (2024) investigaram, por meio de um ensaio clínico prospectivo, o impacto da fisioterapia em idosos com histórico de quedas. O estudo incluiu avaliações motoras e sessões de reabilitação para mobilidade e equilíbrio, observando como essas intervenções reduziram o tempo de permanência no DE e a necessidade de revisitas.

Cassarino et al (2021) este ensaio clínico randomizado e controlado avaliou o impacto da avaliação e intervenção precoces por uma equipe dedicada de profissionais de saúde e assistência social no DE sobre a qualidade, segurança e eficácia clínica do atendimento de idosos.

Goldberg et al (2020) determinou se uma intervenção de prevenção de quedas iniciada pelo departamento de emergência (DE) pode reduzir as visitas subsequentes ao DE relacionadas a quedas e todas as causas e hospitalizações em adultos mais velhos.

Como referenciado anteriormente, a qualidade metodológica dos estudos varia. Ensaio clínico randomizados, como os de Chrobok et al., Gagnon et al., Matifat et al. e Blandin et al., oferecem alto rigor devido ao controle experimental e à randomização dos participantes. No entanto, esses estudos são limitados pela falta de acompanhamento de longo prazo, o que reduz a validade externa, especialmente para condições crônicas. A inclusão da análise de custos no estudo de Matifat et al. aumenta a relevância dos resultados para a prática clínica ao fornecer uma visão econômica da intervenção. Estudos de coorte, como os de Stewart et al. e Larsen et al., embora limitados por sua natureza retrospectiva e suscetibilidade ao viés de seleção, fornecem dados abrangentes e permitem

uma análise mais contextual das intervenções de fisioterapia no cenário de emergência. Estudos qualitativos e de implementação, como os de IP et al. e Blondin et al., fornecem dados contextuais importantes sobre práticas institucionais, satisfação do paciente e percepção da expertise dos fisioterapeutas. Esses estudos, no entanto, não têm controles rigorosos e têm limitações na inferência causal e na mensuração direta da eficácia clínica. Os resultados das variáveis avaliadas refletem a especificidade de cada intervenção. No estudo de Stewart et al., a fisioterapia vestibular aumentou a frequência das avaliações vestibulares e reduziu significativamente o tempo de espera para atendimento, indicando uma melhora na eficiência e na qualidade do serviço para pacientes com vertigem. Chrobok et al. observaram uma leve melhora na funcionalidade em pacientes com dor lombar, embora sem redução significativa na intensidade da dor, sugerindo que uma única sessão de fisioterapia pode ter impacto limitado em condições crônicas. IP et al. relataram uma alta taxa de resolução dos sintomas de vertigem, mas apontaram a necessidade de maior capacitação e recursos institucionais para garantir a sustentabilidade da intervenção. Gagnon et al. encontraram resultados positivos nos desfechos de dor e menor uso de recursos médicos entre pacientes tratados por fisioterapeutas, evidenciando o potencial da fisioterapia para reduzir a carga sobre o sistema de saúde em emergências. Matifat et al. observaram redução acentuada na intensidade da dor e interferência nas atividades diárias em pacientes tratados por fisioterapeutas, além da redução de custos, sugerindo que as intervenções de fisioterapia são clinicamente e economicamente vantajosas. O estudo de Larsen et al. destacou a eficácia da fisioterapia respiratória na melhora da mobilidade e funcionalidade respiratória em pacientes com infecções pulmonares e exacerbações de DPOC, sugerindo que pacientes idosos podem se beneficiar substancialmente dessas intervenções. Blondin et al. evidenciaram a satisfação do paciente com o atendimento fisioterapêutico no DE, o que pode impactar positivamente na adesão ao tratamento. Blandin et al., por outro lado, observaram melhoras na mobilidade e equilíbrio em idosos com histórico de quedas, reduzindo o tempo de internação e a necessidade de revisitas ao DE, demonstrando o potencial preventivo das intervenções fisioterapêuticas.

Stewart, et al, (2022)	Um estudo de coorte retrospectivo multissite compreendendo fases pré e pós-via.	Todas as pessoas com 18 anos que se apresentaram ao pronto socorro com distúrbio vestibular (vertigens e tonturas).	O artigo aborda a intervenção de fisioterapia vestibular como parte de um caminho clínico para manejo de vertigem em departamentos de emergência (ED). Essa intervenção incluiu a triagem e avaliação vestibular por fisioterapeutas, uso do teste HINTS (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew) para diferenciar vertigem periférica de central, e manobras de reposicionamento de partículas para casos de vertigem posicional paroxística benigna (VPPB).	As variáveis do estudo incluem indicadores de qualidade e eficiência do atendimento no manejo da vertigem no departamento de emergência (ED). Entre elas estão a qualidade do atendimento com a avaliação de frequência de realização de avaliações vestibulares por fisioterapeutas, uso do teste HINTS (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew), realização de testes posicionais para vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), avaliação do equilíbrio e mobilidade, prescrição	Os resultados do estudo mostraram que a implementação de uma avaliação clínica para manejo de vertigem no departamento de emergência (ED), incluindo a fisioterapia vestibular, teve impactos significativos na qualidade e eficiência do atendimento, pois houve um aumento significativo na realização de avaliações vestibulares por fisioterapeutas (de 11% para 38%). A utilização do teste HINTS subiu de 5% para 32% após a implementação da avaliação clínica. Outras avaliações, como o teste de impulso cefálico e o teste de nistagmo, também aumentaram

				<p>de manobras de reposicionamento de partículas e seguimento de fisioterapia vestibular pós-avaliação. Incluem também a eficiência do atendimento com a análise do tempo de espera para a primeira avaliação após a chegada ao ED, frequência de admissões hospitalares e internações durante a noite, tempo total de permanência no ED e no hospital, taxas de readmissão ao ED e reinternações hospitalares em até 30 dias e ocorrência de eventos adversos, como fraturas ou acidentes vasculares cerebrais (AVCs).</p>	<p>em frequência. O uso de manobras de reposicionamento de partículas em casos de VPPB aumentou de 8% para 15%. Pacientes que passaram pela avaliação vestibular tiveram maior especificidade e diagnóstica (65% versus 34% no grupo sem essa intervenção). O tempo de espera para a primeira avaliação foi significativamente reduzido, de uma média de 25 horas para 4,6 horas. O tempo de permanência no ED diminuiu, em média, de 3,9 para 3,2 horas. Pacientes que receberam avaliação de fisioterapia vestibular tiveram maior probabilidade de serem admitidos ao hospital e</p>
--	--	--	--	---	---

					<p>permaneceram internados por mais tempo, com um tempo médio de permanência hospitalar de 13 horas em comparação a 5 horas para aqueles que não receberam essa avaliação. A intervenção foi associada a uma melhor qualidade do atendimento, devido à maior frequência de avaliações vestibulares e diagnósticos específicos, embora tenha aumentado a taxa de admissões hospitalares para casos mais complexos.</p>
<p>Chrobok, et al, (2024)</p>	<p>Ensaio clínico monocêntrico, randomizado em blocos, controlado, aberto e de grupos paralelos.</p>	<p>Pacientes que sofrem de lombalgia inespecífica com 18 anos ou mais.</p>	<p>A intervenção conduzida por fisioterapeutas para o tratamento de pacientes com dor lombar inespecífica inclui coleta de histórico sobre a dor, verificação de sinais de alerta, revisão de questionário</p>	<p>O estudo avaliou a eficácia de uma intervenção fisioterapêutica em pacientes com dor lombar inespecífica (LBP). As variáveis independentes incluíram dois grupos: o grupo de intervenção, que recebeu</p>	<p>O efeito da fisioterapia foi pequeno, com apenas uma melhora mínima na incapacidade usando o ODI e nenhuma redução na dor. Apesar do tamanho do efeito muito pequeno, as intervenções fisioterapêuticas devem ser investigadas</p>

			<p>s preenchidos pelo paciente (Índice de Incapacidade e de Oswestry - ODI e STarT-Back Screening), realização de um teste de desempenho das costas usando a Escala de Desempenho das Costas (BPS) para avaliar a condição física do paciente, educação do paciente, informações sobre o curso esperado da condição e instruções para autogerenciamento, como minimizar o repouso na cama, permanecer ativo e caminhar, alterar frequentemente de posição, evitar longos períodos sentado ou em pé, entrega de um livreto escrito com instruções e explicações</p>	<p>uma abordagem fisioterapêutica com avaliação inicial, educação sobre a condição e exercícios específicos; e o grupo de controle, que recebeu apenas um livreto informativo, sem intervenção prática. Foram avaliadas a intensidade da dor lombar, medida pela Escala Numérica de Classificação (NRS); a capacidade funcional, avaliada pelo Índice de Incapacidade e de Oswestry (ODI); o risco de cronificação da dor, mensurado pela ferramenta STarT-Back Screening; e o desempenho físico, avaliado pela Back Performance Scale</p>	<p>em coortes maiores e com uma intervenção estendida, incluindo educação do paciente, exercícios e outras modalidades fisioterapêuticas.</p>
--	--	--	--	--	---

			<p>dos exercícios (virar na cama e ficar sentado, sentar para ficar de pé e agachamentos dinâmicos na parede). Além de incentivo para que o paciente seguisse as recomendações. A intervenção foi realizada presencialmente à beira do leito, durando em média 19 minutos.</p>	<p>(BPS). Além disso, o uso de analgésicos foi monitorado em termos de duração, e dados demográficos e sinais vitais foram coletados para caracterizar os participantes. O estudo também considerou variáveis de controle, como critérios de inclusão e exclusão, que garantiram que apenas pacientes com LBP inespecífica fossem incluídos. Após a intervenção, os participantes foram acompanhados em consultas com fisioterapeutas e por meio de entrevistas telefônicas, nas quais foram coletados dados adicionais sobre a dor, uso de</p>	
--	--	--	--	---	--

				recursos médicos e capacidade de trabalho.	
IP, et al, (2022)	<p>Estudo de implementação utilizou uma avaliação retrospectiva de processo de métodos mistos para entender como a síndrome vestibular operava em um departamento de emergência australiano.</p>	<p>Populações idosas, adultas, pediátricas e de maternidade. Aproximadamente 250 pacientes se apresentam no departamento de emergência do hospital diariamente, com sintomas de tontura.</p>	<p>Foram utilizadas manobras como o teste de Dix-Hallpike e o teste de rolamento supino, além de técnicas de reposicionamento canalítico, a síndrome vestibular periférica (SVP) demonstra uma taxa de resolução dos sintomas entre 67% e 89%, superior à resolução espontânea. Estudos observacionais indicam que a reabilitação vestibular liderada por fisioterapeutas resulta em redução significativa de tontura e vertigem, com melhorias na mobilidade que se mantêm por três meses pós-alta. Apesar da eficácia</p>	<p>Taxa de resolução dos sintomas: percentual de pacientes que apresentam quadro de sintomas de vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) após o tratamento com técnicas de reposicionamento.</p>	<p>Uma série de barreiras e facilitadores para o processo de implementação foram identificados pelos participantes, alguns dos quais abrangeram vários domínios da estrutura i-PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) para a organização de pesquisas. O relacionamento entre a equipe multiprofissional foi um facilitador essencial para a implementação, juntamente com uma percepção geral de que o SVP era aceitável e viável. A principal barreira identificada foi a falta de capacidade</p>

			<p>comprovada, SVP não é aplicada rotineiramente e em serviços de emergência, e há uma lacuna na implementação e sustentabilidade dessa prática a longo prazo. A necessidade de pesquisas sobre o papel dos fisioterapeutas nesse contexto é evidente, com sugestões de que sua integração pode ser uma abordagem eficaz. O estudo em questão visa avaliar a viabilidade da síndrome vestibular periférica em um departamento de emergência, buscando compreender os processos necessários para sua implementação eficaz.</p>		<p>para entregar e facilitar essa inovação dentro da força de trabalho da fisioterapia e dos destinatários multidisciplinares.</p>
--	--	--	---	--	--

<p>Gagnon, et al, (2021)</p>	<p>Ensaio clínico randomizado controlado</p>	<p>Pacientes com idades entre 18 e 80 anos com distúrbios musculoesqueléticos.</p>	<p>As intervenções foram recomendadas com base na análise clínica e no diagnóstico do fisioterapeuta, incluindo aconselhamento, auxílios técnicos, exames de imagem, medicamentos prescritos ou de venda livre e consultas com outros profissionais de saúde. Não houve acompanhamento pelo fisioterapeuta: cada participante foi encorajado a consultar um fisioterapeuta fora do pronto socorro, se considerado necessário. Após cada consulta, o fisioterapeuta preencheu um formulário padronizado contendo um resumo da avaliação inicial, incluindo o diagnóstico, e o tratamento clínico</p>	<p>As principais variáveis incluem resultados clínicos como dor, interferência da dor na função e uso de recursos. Também retorno de consulta, medicamentos, exames diagnósticos, consultas complementares. Eles foram analisados usando estatística descritiva e comparados entre grupos usando dois fatores análises de variância, log-linear análise e qui-quadrado testes.</p>	<p>Pacientes que se apresentaram com distúrbios musculoesqueléticos no pronto socorro com acesso direto a um fisioterapeuta tiveram melhores resultados clínicos e usaram menos serviços e recursos do que aqueles no grupo de cuidados habituais após a alta do pronto socorro e até 3 meses após a alta.</p>
------------------------------	--	--	---	--	--

			<p>recomendado. O fisioterapeuta também preencheu a nota clínica usual no prontuário médico do paciente. O formulário e uma cópia da nota foram então acrescentados à solicitação de consulta do pronto socorro. O médico de emergência era livre para seguir as recomendações do fisioterapeuta ou não, mas era encorajado a consultar e discutir com o fisioterapeuta, se julgasse relevante.</p>		
<p>Matifat, et al, (2023)</p>	<p>Estudo controlado randomizado multicêntrico de cluster escalonado com uma análise de custo.</p>	<p>Pacientes que apresentam queixas relacionadas a distúrbios musculoesqueléticos (por exemplo, dor nas costas, entorse articular, osteoartrite, dor muscular ou tendinopatia).</p>	<p>- Braço experimental (Intervenção do Fisioterapeuta - APP: Os pacientes recebem atendimento exclusivo de fisioterapeutas (PTs), que realizam avaliação e intervenção independentes, incluindo diagnóstico e</p>	<p>As variáveis sociodemográficas incluem idade, sexo, gênero, nível de educação, renda familiar e status de vida (com quem o paciente vive. Enquanto as variáveis clínicas,</p>	<p>Os pacientes atendidos pelo fisioterapeuta relataram uma redução mais acentuada na intensidade da dor e na interferência da dor nas atividades diárias. Em média, a intensidade da dor no grupo</p>

			<p>planejamento de intervenções (ex.: educação e exercícios). Os PTs também podem recomendar exames de imagem, medicamentos e definir a alta do paciente (como hospitalização, acompanhamento ambulatorial ou alta sem acompanhamento). Um médico independente e está disponível para apoio e intervenções médicas, se necessário.</p> <p>- Braço de controle (Cuidado Usual): Pacientes recebem atendimento padrão fornecido por um médico do pronto-socorro, que realiza a avaliação, tratamento e alta de forma independente, podendo encaminhar pacientes para fisioterapia</p>	<p>incluem dados antropométricos, área corporal afetada (ex.: pescoço, costas, membros superiores ou inferiores), motivo da consulta (tipo de dor ou lesão), nível de classificação na Escala Canadense de Triagem e Acuidade (CTAS), duração dos sintomas, tipo de transtorno (traumático ou não), uso de auxílios para caminhar e presença de comorbidades. Nas variáveis psicológicas, foi analisada a pontuação no Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9) para triagem e avaliação de depressão. Outros desfechos como interferência da dor nas</p>	<p>atendido por fisioterapeutas (PT), diminuiu 6 pontos em uma escala de dor, enquanto o grupo de cuidados usuais pela equipe de médicos (CLT), apresentou uma redução de 4,1 pontos. Em relação à interferência nas atividades cotidianas, o grupo PT teve uma redução média de 3,4 pontos, comparado a uma redução de 2,6 pontos no grupo CTL. Ambos os resultados mostraram-se clinicamente relevantes e persistiram ao longo de 1 e 3 meses.</p>
--	--	--	---	--	--

			<p>ambulatorial ou outros especialistas conforme necessário.</p> <p>- Critérios para modificação de intervenções : Não há critérios específicos para mudanças, já que a intervenção é pontual. Participantes com condições fora do escopo de MSKD são excluídos do estudo e recebem cuidados usuais.</p> <p>- Estratégias para adesão e cuidados concomitantes: Participantes devem manter um diário de tratamento para registrar adesão e outros cuidados de saúde buscados no período de acompanhamento, sem restrições adicionais aos cuidados permitidos.</p>	<p>atividades funcionais (avaliada pela escala de interferência de dor do Brief Pain Inventory– Short Form), níveis de incapacidade e auto relatada, conforme o questionário específico para a área do corpo afetada: Índice de Incapacidade e do Pescoço (NDI) para o pescoço; Índice de Incapacidade e de Oswestry (ODI) para a coluna; Quick DASH para membros superiores; Lower Extremity Functional Scale (LEFS) para membros inferiores e Satisfação do paciente com o atendimento (avaliada pelo questionário VSQ-9). E por fim, as variáveis como</p>	
--	--	--	---	---	--

				exames de imagem e laboratoriais solicitados, plano de tratamento recomendado (ex.: tratamento conservador, medicamentos, cuidados fisioterapêuticos), restrições de medicamentos (incluindo analgésicos e opioides), encaminhamentos para outros profissionais de saúde, ocorrência de eventos adversos, retornos ao pronto socorro para a mesma queixa e custos associados ao atendimento e aos serviços de saúde utilizados durante o estudo.	
Larsen, et al, (2021)	Estudo de coorte.	Apenas pacientes adultos (18 anos ou mais) com a categoria "distúrbios respiratórios"	A fisioterapia respiratória foi fornecida em 145 (7,1%) admissões, e o tratamento consistiu	As variáveis investigadas como possíveis preditores de declínio funcional foram idade	Os serviços de fisioterapia atuais compreendem a proporção de pacientes

		<p>(dispneia) foram incluídos neste estudo, formando a coorte do estudo de 2048 contatos com pacientes feitos por 1673 indivíduos.</p>	<p>principalmente em pressão expiratória positiva, pressão positiva contínua 'intermitente' nas vias aéreas (menos de 15 minutos), deambulação ou mudança de posição, etc. Em relação às transferências para uma enfermagem hospitalar, a fisioterapia respiratória foi fornecida em mais 412 (20,1%) admissões durante o restante da hospitalização. Outros serviços de fisioterapia prestados no ED foram registrados em relação a 44 (2,2%) admissões. Os serviços consistiam principalmente em treinamento de atividade para melhorar o funcionamento físico (por exemplo, sentar e levantar, caminhar e</p>	<p>(<60, 60–70, 70–85, ≥85 anos), diagnóstico de infecções pulmonares ou exacerbação de DPOC e tempo de internação hospitalar (≥6 dias).</p>	<p>que receberam fisioterapia respiratória ou outras intervenções de fisioterapia. A definição de fisioterapia respiratória era intervenção que visa otimizar a ventilação e limpar a secreção pulmonar para melhorar a troca gasosa e melhorar a dispneia. A fisioterapia respiratória compreende uma variedade de técnicas de respiração, técnicas de huffing e cuffing, deambulação, mudança de posição e exercícios para mobilidade das extremidades superiores e do tórax.</p>
--	--	--	--	---	---

			<p>subir escadas), bem como avaliação da necessidade de auxílios (andador, bengala, banco de banho, etc.). Em relação às transferências para uma enfermaria hospitalar, esses outros tipos de serviços de fisioterapia foram fornecidos em 283 (13,8%) admissões adicionais durante a hospitalização.</p>		
<p>Blondin, et al, (2024)</p>	<p>Estudo qualitativo.</p>	<p>Os pacientes elegíveis para participar do estudo foram tem 18 anos ou mais e apresentaram queixas relacionadas a distúrbios musculoesqueléticos menores comuns (por exemplo, dor nas costas, entorse articular, osteoartrite, dor muscular ou tendinopatia).</p>	<p>Entrevistas individuais semiestruturadas foram conduzidas por telefone ou virtualmente usando a plataforma Zoom.</p>	<p>As variáveis apresentaram-se na coleta de dados.</p>	<p>Um total de 11 participantes foram entrevistados, incluindo sete mulheres e quatro homens. A maioria dos pacientes foi categorizada como Prioridade 4 no CTAS - Escala Canadense de Triagem e Acuidade - (n= 8, 72,7%). Mais da metade dos participantes</p>

					<p>sentiu dor por menos de 24 h e cerca de 72% dos pacientes esperaram menos de 2 h antes de serem avaliados. Três temas abrangentes relacionados à experiência dos pacientes com o modelo APP no DE foram formalizados a partir da análise temática: (1) Experiência e satisfação com o cuidado, (2) Percepção da expertise dos APPs no DE e (3) Relevância e benefícios do novo modelo de cuidado. Os participantes relataram uma experiência muito positiva no ED e, em geral, aprovaram o novo modelo de cuidado.</p>
Blandina, et al, (2024)	Estudo prospectivo, aberto, randomizado, monocêntrico, controlado em paralelo	Pessoas com 75 anos ou mais, admitidos com queixa principal de "queda".	A intervenção fisioterapêutica envolve avaliação motora e uma sessão diária de reabilitação até a alta.	Método de agregação: 'Grupo PT' (receberam fisioterapia) e 'nenhum grupo PT' (não receberam fisioterapia).	A partir das características dos pacientes na admissão no pronto socorro (sexo e idade, nível de índice de gravidade da

	de dois braços.		Foram realizados testes clínicos, como One Leg Balance Test (OLBT); teste de Romberg; tinetti Performance Oriented Mobility Assessment (TPOMA); teste Time Up and Go (TUG); teste Stop Walking When Talking (SWWT) e exercícios a fim de trabalhar a mobilidade e equilíbrio (olhos abertos e fechados); exercícios de marcha (com ou sem dispositivo de assistência) e educação do paciente.		emergência e diagnóstico primário), foram aplicadas as seguintes condutas: orientação do paciente na alta do DE (primária) e o tempo de permanência no ED ou hospital (secundária); o número de revisitas ao ED para queixas de queda (dentro de 7 dias); acompanhamento (relato nº de quedas após alta).
Cassarino, et al, (2021)	Ensaio clínico randomizado controlado .	Idosos com idade ≥ 65 anos com problemas nos membros, quedas, adulto doente, dor nas costas, problemas urinários ou problemas de ouvido e facial.	Grupo experimental : avaliados por um ou mais membros da equipe dedicada multiprofissional composta por um fisioterapeuta sênior, um terapeuta ocupacional sênior e um	As variáveis envolveram a coleta de dados e o Questionário de Satisfação do Paciente (PSQ-18) de 18 itens.	Um total de 392 pacientes foram inicialmente identificados como elegíveis e 353 foram inscritos no estudo: 176 no grupo de intervenção (equipe HSCP) e 177 no grupo de controle

			<p>assistente social médico sênior.</p> <p>Grupo Controle: cuidados de rotina fornecidos pela equipe médica e de enfermagem durante a estadia no DE.</p> <p>As intervenções prescritas pela equipe do HSCP foram baseadas na avaliação subjetiva e objetiva dos pacientes e incluíram: a prescrição de auxílios à mobilidade e equipamentos de ADL; fornecimento de programas de exercícios em casa; educação de estratégias de autogerenciamento e encaminhamento para caminhos de cuidados alternativos, conforme considerado apropriado.</p>		<p>(cuidados usuais de ED). A avaliação e intervenção precoces pela equipe do HSCP reduziram a duração da estadia no DE e a incidência de admissão hospitalar entre adultos mais velhos quando comparados ao tratamento usual do DE. Os pacientes no grupo de intervenção relataram maior satisfação com o tratamento recebido no DE do que no grupo de controle, melhor função no acompanhamento de 30 dias e 6 meses, melhor mobilidade (30 dias) e melhor autocuidado (30 dias e 6 meses). Enquanto os pacientes no grupo de intervenção tiveram menos admissões hospitalares não</p>
--	--	--	---	--	--

					programadas do que aqueles no grupo de controle, mas nenhuma diferença significativa foi observada em termos de revisitas ao DE ou admissões em casas de repouso.
Goldberg, et al, (2020)	Ensaio clínico randomizado controlado .	Idosos com 65 anos elegíveis dentro de 7 dias de uma queda.	<p>Grupo intervenção: recebeu uma breve consulta personalizada e estruturada de farmácia e fisioterapia (sessões de 20 minutos) no ED com comunicação automatizada de suas recomendações aos médicos de atenção primária dos participantes .</p> <p>Intervenções fisioterapêuticas: avaliação à beira do leito; avaliação da marcha, equilíbrio e força dos membros inferiores. E o grupo controle continuou somente</p>	As variáveis envolveram o formulário de extração de dados e entrevista.	<p>Dos 478 pacientes do ED avaliados para elegibilidade ao estudo, 284 foram elegíveis para inclusão e 110 consentiram em participar. Dos 55 participantes no braço de intervenção, 54 receberam a intervenção de farmácia e 46 concluíram a intervenção de fisioterapia. 73% das recomendações de farmácia foram seguidas e 68% das recomendações de fisioterapia foram seguidas. Houve redução das visitas subsequente</p>

			com o tratamento comum.		s ao pronto-socorro, relacionadas ou não a quedas.
--	--	--	-------------------------	--	--

Tabela 1. Características dos estudos incluídos.

Discussão:

Neste estudo, foram identificadas intervenções conservadoras quanto à participação do fisioterapeuta, como membro de uma equipe multiprofissional no DE, e seus impactos nos desfechos clínicos relacionados aos distúrbios musculoesqueléticos, vestibulares, respiratórios, quedas e multicomorbidade.

Abaixo, apresentamos as variações das abordagens supracitadas, de forma estruturada:

Abordagens musculoesqueléticas:

Diante dos achados dos nossos artigos, enfatizamos o desfecho dor, pois este é um sintoma incapacitante e observar o papel da fisioterapia no seu manejo é construtivo.

População e Intervenções:

Quatro estudos analisados abordaram diferentes condições crônicas, traumáticas ou não, especialmente relacionadas à dor lombar. As populações estudadas variaram entre gêneros e faixa etária (18 a 80 anos), embora tenha permanecido a predominância de adultos jovens.

O estudo de Chrobok et al. (2024) fez uso de avaliação (incluindo questionários como o Oswestry Disability Index - ODI e STarT - Back Screening and Back Performance Scale - BPS), exercícios e transferências (virar na cama e sentar, sentar para levantar, agachamento dinâmico na parede) e educação em saúde (informações sobre o curso esperado da condição e instruções para autogestão). Embora a fisioterapia não tenha apresentado dados significativos relacionados à dor, ela se mostrou benéfica em termos de melhora, mesmo que mínima, da incapacidade. Gagnon et al. (2021) demonstraram que, embora os pacientes não fossem tratados pelo fisioterapeuta do ND – eles eram encorajados a procurar o profissional fora do ambiente hospitalar – após cada consulta, o fisioterapeuta preenchia um formulário padronizado contendo um resumo da avaliação inicial, incluindo o diagnóstico, e o tratamento clínico externo recomendado. Os pacientes que tiveram acesso direto a um fisioterapeuta obtiveram melhores resultados clínicos e utilizaram menos serviços e recursos do que aqueles no grupo de cuidados habituais após a alta do departamento de emergência e até 3 meses após a alta. Matfati et al. (2023) randomizaram sua população, de modo que, no braço experimental, os pacientes receberam atendimento exclusivo de um fisioterapeuta, que realizou avaliação, diagnóstico e planejamento de intervenções (exercícios e educação em saúde), podendo recomendar exames de imagem, medicamentos e definir alta (hospitalização, encaminhamento ambulatorial ou alta sem acompanhamento). Os pacientes atendidos pelo fisioterapeuta relataram redução mais acentuada na intensidade da dor e na interferência da dor nas atividades diárias. Larsen et al. (2021) consideraram admissões em centro de trauma. Entre outros serviços de fisioterapia prestados no DE, houve treinamento de atividades para melhorar o funcionamento físico (por exemplo, sentar e levantar, andar e subir escadas), bem como avaliação da necessidade

de auxílios (andador, bengala, banco de banho, etc.). Mais uma vez, a fisioterapia se mostrou benéfica para essa população. Blondin et al. (2024) conduziram entrevistas semiestruturadas individuais, por telefone ou virtualmente, usando a plataforma Zoom. Os participantes relataram uma experiência muito positiva no DE e, em geral, aprovaram o novo modelo de atendimento. Por fim, Cassarino (2021) randomizou sua população, de modo que, no grupo experimental, os pacientes foram avaliados por uma equipe multidisciplinar. O fisioterapeuta prescreveu auxílios à mobilidade, programas de exercícios em casa, estratégias de autogerenciamento e encaminhamentos. Os pacientes pertencentes ao grupo de intervenção relataram maior satisfação com o tratamento recebido e tiveram menos internações hospitalares.

Relevância das intervenções:

Essas descobertas estão de acordo com a revisão sistemática de Karlsson et al. (2020). Mesmo fora do contexto hospitalar, ou seja, o DE, os resultados encontrados sugerem que há evidências de certeza muito baixa a moderada de que a terapia por exercícios de qualquer tipo pode resultar em pouca ou nenhuma diferença importante na dor ou incapacidade em pacientes adultos com dor lombar aguda.

Por outro lado, discordam da revisão de métodos de Boscato e Paiva (2022), pois afirmam que a fisioterapia é o melhor método de tratamento para dor lombar, sendo superior ao uso de medicamentos, principalmente para dores agudas.

Abordagens vestibulares:

Diante dos achados dos nossos artigos, enfatizamos o desfecho da disfunção do sistema sensorial, uma vez que sua influência na integração entre os demais sistemas do corpo está estritamente relacionada ao controle postural, de modo que observar o papel da fisioterapia é construtivo.

População e Intervenções:

Dois estudos analisados abordaram sintomas como vertigem e tontura. As populações estudadas variaram entre gêneros e faixas etárias, embora a predominância de adultos jovens tenha permanecido.

O estudo de Stewart et al. (2022) abordou a intervenção de fisioterapia vestibular como parte de um caminho clínico para o tratamento da vertigem no DE. Essa intervenção incluiu triagem e avaliação vestibular por fisioterapeutas, uso do teste HINTS (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew) para diferenciar vertigem periférica de central e manobras de reposicionamento de partículas para casos de vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), trazendo benefícios aos pacientes, reduzindo o tempo de permanência no DE. IP et al. (2022) usaram manobras como o teste de Dix-Hallpike e o teste de rolamento supino, bem como técnicas analíticas de reposicionamento resultando em uma implementação bem-sucedida.

Relevância das intervenções:

Ao comparar os artigos supracitados com o de Kundakci et al. (2018), é possível observar diferentes abordagens. Enquanto os artigos analisados nesta revisão sistemática descrevem e comparam os resultados de dois estudos específicos sobre intervenções propostas por fisioterapeutas no DE, o artigo de comparação oferece uma revisão mais ampla e crítica, destacando as limitações metodológicas e contextuais nas pesquisas existentes sobre melhora na escala de sintomas de vertigem, risco de queda, equilíbrio e estado emocional.

Embora esta revisão destaque intervenções específicas e seus efeitos imediatos sobre a dor e outros sintomas, o texto comparativo está mais preocupado com a reabilitação vestibular e seu tratamento em pacientes adultos com tontura crônica, sugerindo a necessidade de mais estudos e uma implementação de protocolo de reabilitação mais eficaz.

Abordagens para quedas:

Diante dos achados dos nossos artigos, ressaltamos que idosos que sofrem quedas apresentam desfechos com complicações clínicas prevalentes e é construtivo observar o papel da fisioterapia.

População e Intervenções:

Três estudos foram analisados e um abordou dor lombar, problemas urinários e deficiência visual. As populações estudadas variaram entre os gêneros, mas não diferiram em termos de faixa etária (65 anos ou mais).

O estudo de Blandin et al. (2024) apresentou avaliação motora, testes clínicos (One Leg Balance Test, Romberg, Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment, Time Up and Go e Stop Walking When Talking), vários exercícios (mobilidade, equilíbrio e treinamento de marcha) e educação do paciente. Enquanto Cassarino (2021) randomizou sua população, de modo que, no grupo experimental, os pacientes foram avaliados por uma equipe multiprofissional. O fisioterapeuta prescreveu auxílios à mobilidade, programas de exercícios em casa, estratégias de autogestão e encaminhamentos. Os pacientes pertencentes ao grupo de intervenção relataram maior satisfação com o tratamento recebido, tiveram menos internações hospitalares, embora não tenha havido diferença significativa em termos de revisitas ou admissões em instituições de cuidados de longo prazo. Finalmente, Goldberg et al. (2020) randomizaram sua população, de modo que o grupo recebeu uma breve consulta personalizada e estruturada de farmácia e fisioterapia (sessões de 20 minutos) no DE, com comunicação automatizada de suas recomendações aos médicos de atenção primária dos participantes. As intervenções de fisioterapia incluíram avaliação à beira do leito, avaliação da marcha, equilíbrio e força (LL). Houve redução nas visitas subsequentes ao pronto-socorro, relacionadas ou não a quedas.

Relevância das intervenções:

Os resultados desses estudos corroboram os de Sherrington e Tiedemann (2015). Embora não retratem resultados obtidos em DE, asseguram que intervenções multifatoriais previnem quedas em idosos que vivem na comunidade de risco, bem como em grupos não rastreados, e reforçam que os fisioterapeutas estão muito bem posicionados para dar uma contribuição importante ao desafio global urgente de prevenir quedas em idosos. Apesar disso, acrescenta que há necessidade de uma maior compreensão da prevenção de fraturas em todos os grupos e de estratégias ótimas de prevenção de quedas em grupos de alto risco.

Ainda, Voscopoulos e Lema (2010) afirmam que em países em desenvolvimento há maior prevalência de dor lombar em mulheres idosas. É possível relacionar esse fato aos resultados do nosso estudo, uma vez que as admissões em serviços de emergência, além de estarem relacionadas a quedas nessa população, também convergem com distúrbios musculoesqueléticos.

Abordagens para distúrbios respiratórios:

Diante dos achados dos nossos artigos, ressaltamos que doenças respiratórias crônicas apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, que podem gerar incapacidades. Dessa forma, é construtivo observar o papel da fisioterapia no manejo de sintomas comuns a estas condições.

População e Intervenções:

Um estudo foi analisado e abordou o desfecho clínico dispneia. As populações estudadas variaram entre os gêneros e, faixa etária (60 a 85 anos ou mais).

O estudo de Larsen et al. (2021) registrou que a fisioterapia respiratória foi fornecida em 145 (7,1%) admissões, e o tratamento consistiu principalmente pressão expiratória positiva, pressão positiva contínua 'intermitente' nas vias aéreas (menos de 15 minutos), deambulação ou mudança de posição, etc. Em relação às transferências para uma enfermaria hospitalar, a fisioterapia respiratória foi fornecida em mais 412 (20,1%) admissões durante o restante da hospitalização. Outros serviços de fisioterapia prestados no DE foram protocolados em relação a 44 (2,2%) admissões. Eles compreendiam principalmente em treinamento de atividade para melhorar o funcionamento físico (por exemplo, sentar e levantar, caminhar e subir escadas), bem como avaliação da necessidade de auxílios (andador, bengala, banco de banho, etc.). Em relação às transferências para uma enfermaria hospitalar, esses outros tipos de serviços de fisioterapia foram fornecidos em 283 (13,8%) admissões adicionais durante a hospitalização.

Relevância das intervenções:

Os resultados corroboram com o de Ambrosy et al. (2016). Embora não retratem resultados obtidos em DE, asseguram que pacientes com declínio funcional, pós alta são mais suscetíveis a readmissão hospitalar. É possível

relacionar esse fato aos resultados do nosso estudo, haja vista que a readmissão dentro de 30 dias da alta hospitalar foi significativamente maior entre os pacientes com declínio funcional, mesmo que estes apresentem condições clínicas diferentes entre si. Ademais, ambos ressaltam a necessidade de novas pesquisas para desenvolver métricas confiáveis, quantitativas e centradas no paciente de forma a permitir avaliar a qualidade do atendimento na prática de rotina e a eficácia de novas terapias no contexto de ensaios clínicos.

Abordagens para multimorbidade:

Diante dos achados dos nossos artigos, ressaltamos que desfechos relacionados a multimorbidade geralmente apresentam impactos negativos na qualidade de vida dos pacientes, no risco de morte e nos serviços de saúde. Dessa forma, se faz construtivo observar o papel da fisioterapia.

População e Intervenções:

Um estudo foi analisado e abordou problemas nos membros, quedas, dor nas costas, problemas urinários ou problemas de ouvido/facial. As populações estudadas variaram entre os gêneros e, mas mantiveram predominância quanto a faixa etária (65 anos ou mais).

O estudo de Cassarino et al. (2021) apontou a randomização dos pacientes em grupo experimental e grupo controle. Os do grupo experimental foram avaliados por um ou mais membros da equipe dedicada do hospital (um fisioterapeuta sênior, um terapeuta ocupacional sênior e um assistente social médico sênior). Já o grupo controle permaneceu recebendo cuidados de rotina fornecidos pela equipe médica e de enfermagem durante a estadia no DE. As intervenções prescritas pela equipe dedicada do hospital foram baseadas na avaliação subjetiva e objetiva dos pacientes e incluíram (1) a prescrição de auxílios à mobilidade e equipamentos de ADL; (2) fornecimento de programas de exercícios em casa; (3) educação de estratégias de autogerenciamento; (4) encaminhamento para caminhos de cuidados alternativos, conforme considerado apropriado. A avaliação e intervenção precoces reduziram a duração da estadia no DE e a incidência de admissão hospitalar entre adultos mais velhos quando comparados ao tratamento usual do DE, bem como melhor função (no acompanhamento de 30 dias e 6 meses), melhor mobilidade (30 dias) e melhor autocuidado (30 dias e 6 meses) de forma que os pacientes no grupo de intervenção relataram maior satisfação com o tratamento recebido no DE do que no grupo de controle.

Relevância das intervenções:

Os resultados corroboram com o de Bricca et al. (2020). Embora não retratem resultados obtidos em DE, asseguram que intervenções como a terapia por exercícios (plano de tratamento individualizado cujo propósito de restaurar a função física normal ou reduzir os sintomas causados por doenças ou lesões) reduziu o risco de eventos adversos graves, incluindo hospitalização e morte. Reforçando nossos achados quanto a diminuição do tempo de permanência no

DE, melhora da função, da mobilidade e do autocuidado, bem como diminuição de admissões hospitalares.

Conclusão

Os resultados mostram que a atuação do fisioterapeuta no serviço de emergência não tem beneficiado somente uma população, mas várias. Segundo a Portaria 2048 do Ministério da Saúde, a presença do fisioterapeuta é importante por sua contribuição no acompanhamento e reabilitação de complicações cardiorrespiratórias, neurológicas e musculoesqueléticas. O principal objetivo do atendimento fisioterapêutico é dar suporte rápido e eficiente às diferentes complexidades. A expertise desse profissional proporciona redução de agravos (ex.: admissão em unidade de terapia intensiva), de modo a corroborar com a evolução do time de resposta rápida, quando presente. O principal impacto do atendimento prestado por esse profissional está estritamente relacionado à melhor qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, limitações metodológicas, como a ausência de acompanhamento em longo prazo em ensaios clínicos e a falta de controle em estudos observacionais e qualitativos, sugerem que os resultados devem ser interpretados com cautela. Pesquisas futuras devem abordar essas limitações, incluindo ensaios clínicos em larga escala e análises econômicas que sustentem a expansão da fisioterapia no DE. Recomendamos que pesquisas futuras explorem os impactos dessa abordagem em diferentes contextos e populações, a fim de consolidar e aprimorar o conhecimento.

Referências bibliográficas

1. ALMEIDA, I. DA CN DE et al. Atuação da fisioterapia na Urgência e Emergência de um hospital referência em trauma e queimados de alta e média complexidade. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 1, pág. 791–805, 2017.
2. BLANDINA, Marie et al. Efeitos da administração de fisioterapia no curso do tratamento de idosos que sofrem quedas e se apresentam no departamento de emergência: Protocolo para um ensaio clínico randomizado. *PLoS one*, v. 19, n. 5, p. e0303362, 2024.
3. BLONDIN, Juliette et al. Pacientes apresentando distúrbios musculoesqueléticos no departamento de emergência: Um estudo qualitativo de suas experiências quando cuidados por fisioterapeutas de prática avançada na província de Québec. *Musculoskeletal Care*, v. 22, n. 3, p. e1914, 2024.
4. BOSCATO, Kelly Letícia; PAIVA, Letícia Martins. REVISÃO DE MÉTODOS PARA TRATAMENTO DA DOR LOMBAR. *REVISTA FOCO*, v. 1, pág. e0300-e0300, 2022.
5. CASSARINO, Marica et al. Impacto da avaliação e intervenção por uma equipe profissional de saúde e assistência social no departamento de emergência sobre a qualidade, segurança e eficácia clínica do atendimento a idosos: um ensaio clínico randomizado . *PLoS Medicine*, v. 18, n. 7, pág. e1003711, 2021.
6. CHROBOK, Leon et al. Fisioterapia no local em pacientes do departamento de emergência apresentando dor lombar inespecífica: um ensaio clínico randomizado. *Journal of Clinical Medicine*, v. 13, n. 11, p. 3149, 2024.
7. GAGNON, Rose et al. Fisioterapia de acesso direto para ajudar a gerenciar pacientes com distúrbios musculoesqueléticos em um departamento de emergência: resultados de um ensaio clínico randomizado. *Academic Emergency Medicine*, v. 28, n. 8, p. 848-858, 2021.
8. GOLDBERG, Elizabeth M. et al. Uma intervenção iniciada pelo departamento de emergência pode prevenir quedas subsequentes e uso

- de cuidados de saúde em adultos mais velhos? Um ensaio clínico randomizado. *Annals of emergency medicine*, v. 76, n. 6, p. 739-750, 2020.
9. GONÇALVES, ACS Perfil clínico dos pacientes atendidos pelo serviço de fisioterapia na unidade de urgência e emergência de um hospital público de Minas Gerais. *Fisioterapia Cardiorrespiratória , Cuidados Intensivos e Reabilitação*, v. 3, pág. 55–62, 2019.
 10. IP, Kelvin et al. Implementando fisioterapia vestibular especializada em um departamento de emergência: uma avaliação de processo. *Implementation Science Communications*, v. 3, n. 1, p. 63, 2022.
 11. KARLSSON, Marc et al. Efeitos da terapia de exercícios em pacientes com dor lombar aguda: uma revisão sistemática de revisões sistemáticas. *Revisões sistemáticas*, v. 9, p. 1-25, 2020.
 12. KUNDAKCI, Burak et al. A eficácia da reabilitação vestibular baseada em exercícios em pacientes adultos com tontura crônica: Uma revisão sistemática. *F1000Research*, v. 7, 2018.
 13. LARSEN, Karoline Stentoft Rybjerg et al. Declínio funcional em pacientes de departamento de emergência com dispneia: uma coorte baseada em registro. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 33, n. 1, p. mzab047, 2021.
 14. LIMA, C. de Almeida et al. “Qualidade dos prontos-socorros e serviços de atendimento de urgência: satisfação do usuário.” *Einstein (São Paulo, Brasil)* vol. 13,4 (2015): 587-93. doi:10.1590/S1679-45082015GS3347.
 15. MARTINS, G. DE S. et al. Abordagem fisioterapêutica e perfil dos pacientes atendidos na unidade cirúrgica de pronto-socorro de um hospital terciário do Distrito Federal. *Fisioterapia em Movimento* , v. 35, 2022.
 16. MATIFAT, E. et al. Cuidados avançados de fisioterapia em departamentos de emergência para pacientes com distúrbios musculoesqueléticos: um ensaio clínico controlado randomizado por cluster pragmático e análise de custos. *Trials*, v. 24, n. 1, p. 84, 2023.
 17. SHERRINGTON, Catherine; TIEDEMANN, Anne. Fisioterapia na prevenção de quedas em idosos. *Journal of physiotherapy*, v. 61, n. 2, p. 54-60, 2015.

18. SILVA E. et al. Predição precisa de visitas ao departamento de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *The International Journal of Health Planning and Management*. v.38, p. 904-917, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1002/hpm.3629>.
19. SOUZA, LCP; e outros. Atuação do Fisioterapeuta no Departamento de Urgência e Emergência: Uma Revisão de Literatura. *Revista Contemporânea*, v.3,n. 3, pág. 1448-1463, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N3-016.
20. STEWART, Vicky et al. A fisioterapia vestibular e um caminho clínico no departamento de emergência melhoram o tratamento da vertigem?. *OTO open*, v. 6, n. 3, p. 2473974X221119163, 2022.
21. VOSCOPOULOS, C.; LEMA, M. Quando a dor aguda se torna crônica?. *British journal of anaesthesia*, v. 105, n. suppl_1, p. i69-i85, 2010.
22. WEN C, et al. Efeitos de um modelo de gestão colaborativa da saúde em pessoas com insuficiência cardíaca congestiva: Uma revisão sistemática e meta-análise. *J Adv Nurs* . V 80. N (6). P 2290-2307. Junho de 2024.
23. AMBROSY, Andrew P. et al. Changes in dyspnea status during hospitalization and postdischarge health-related quality of life in patients hospitalized for heart failure: findings from the EVEREST trial. *Circulation: Heart Failure*, v. 9, n. 5, p. e002458, 2016.
24. Bricca A, Harris LK, Jäger M, Smith SM, Juhl CB, Skou ST. Benefits and harms of exercise therapy in people with multimorbidity: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Ageing Res Rev*. 2020 Nov;63:101166. doi: 10.1016/j.arr.2020.101166. Epub 2020 Sep 5. Erratum in: *Ageing Res Rev*. 2020 Dec;64:101190. doi: 10.1016/j.arr.2020.101190. PMID: 32896665; PMCID: PMC7116122.