



BRUNA VIEIRA FARIOLI

**IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE FISIOTERAPIA EM UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO: ANÁLISE DO IMPACTO NAS RECONSULTAS E INTERNAÇÕES
DOS PACIENTES ATENDIDOS**

CANOAS, 2022

BRUNA VIEIRA FARIOLI

**IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE FISIOTERAPIA EM UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO: ANÁLISE DO IMPACTO NAS RECONSULTAS E INTERNAÇÕES
DOS PACIENTES ATENDIDOS**

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

Orientador: Rafael Fernandes Zanin

Co-orientador: Jefferson Marlon Monticelli

CANOAS, 2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F227i Farioli, Bruna Vieira.
Implantação de um serviço de fisioterapia em unidade de pronto atendimento: análise do impacto nas reconsultas e internações dos pacientes atendidos [manuscrito] / Bruna Vieira Farioli – 2022.
46 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano) – Universidade La Salle, Canoas, 2022.
“Orientação: Prof. Rafael Fernandes Zanin”
“Co-Orientador: Prof. Jefferson Monticelli”

1. Medicina. 2. Fisioterapia. 3. Serviços. 4. Atendimento ao paciente.
I. Zanin, Rafael Fernandes. II. Monticelli, Jefferson. II. Título.

CDU: 615.8


Bibliotecário responsável: Michele Padilha Dall Agnol de Oliveira - CRB 10/2350

BRUNA VIEIRA FARIOLI

**IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE FISIOTERAPIA EM UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO: ANÁLISE DO IMPACTO NAS RECONSULTAS E INTERNAÇÕES
DOS PACIENTES ATENDIDOS**

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

BANCA EXAMINADORA



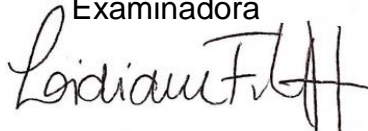
Prof. Dr. Rafael Fernandes Zanin
Presidente da Banca e Orientador



Prof. Dr. Jefferson Marlon Monticelli
Coorientador



Prof.ª Dr.ª Juliana da Silva
Examinadora



Prof.ª Dr.ª Lidiane Isabel Filippin
Examinadora



Prof.ª Dr.ª Luciane Dalcanale Moussalle
Examinadora



Prof. Dr. Marcelo Curth
Examinadora

Canoas, 28 de setembro de 2022.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao La Salle pela possibilidade de bolsa de estudos, sem ela seria muito difícil concluir essa etapa.

Agradeço aos meus professores orientadores, que além de me auxiliarem no mestrado, me auxiliaram pessoalmente. Agradeço imensamente aos Professores Jefferson e Rafael.

Agradeço à minha sócia Cássia, que sempre esteve ao meu lado e trouxe a oportunidade do mestrado para mim, logo quando estava precisando de um incentivo para olhar mais para a minha carreira.

Agradeço à minha colega Larissa que esteve ao meu lado e ao lado da minha sócia na implantação do nosso serviço.

Agradeço imensamente à minha família pela realização do mestrado. Aos meus pais e sogros por ter dado suporte para ficar com a minha filha durante os dias de aula.

Agradeço ao meu esposo Pedro Ramos Lima por sempre estar ao meu lado, sempre me apoiar e nunca desistir de mim, sem você não seria possível.

RESUMO

As operadoras de saúde cada vez mais estão tentando minimizar custos e qualificar o serviço para os seus beneficiários. Os beneficiários querem ter um atendimento personalizado e resolutivo pelo que estão pagando e as operadora de saúde querem fazer isso da maneira rápida, eficaz e com menor custo possível. Atendendo as demandas de uma operadora de saúde, a partir da implantação do serviço de fisioterapia em uma unidade de pronto atendimento de baixa complexidade, fora do ambiente hospitalar, foram identificados os impactos do atendimento de fisioterapia para a redução das queixas principais dos pacientes atendidos e os eventuais impactos nos custos da operação pela redução de reconsultas ou de possíveis internações, em casos de maior gravidade. Como parte da implantação do serviço, foi disponibilizado quadro profissional para atuação em duas áreas de especialização, musculoesquelética e cardiorrespiratória. No atendimento de musculoesquelética, chamada de Traumato ao longo da pesquisa, foi realizado um único atendimento com o objetivo de reduzir a demanda por reconsultas e exames desnecessários. No caso do atendimento na área cardiorrespiratória, dentro da Enfermaria, foi designado profissional para atendimento durante todo o período de permanência do paciente, fazendo uso de diferentes técnicas, incluindo o uso de ventilação mecânica não invasiva (VNI). Encerrada a implantação, foram coletados dados referentes aos três meses anteriores ao período de implantação e aos três meses subsequentes para identificar os impactos da implantação para os pacientes e para a operadora de saúde. A partir dos dados, foi identificado o perfil etária, sexual e por queixa principal dos pacientes atendidos. Na Traumato, dos 969 pacientes atendidos, 63,46% eram do sexo feminino, com média de idade de 47,6 anos e queixa de dor lombar em 34,88% dos casos. Na Enfermaria, dos 167 pacientes atendidos, 58,83% eram do sexo feminino, com média de idade de 47,3 anos e quadro de infecção das vias áreas superiores em 35,32% dos casos. Na Traumato, após um único atendimento de fisioterapia para resolução daqueixa principal, houve redução significativa de 64% no número de reconsultas, enquanto na Enfermaria, não houve redução significativa no número de altas, na análise dos pacientes atendidos pelo uso de VNI. Os resultados apontam possível redução nos custos da operadora de saúde, em virtude dos altos custos com permanência em enfermaria ou em unidade de terapia intensiva (UTI) e despesa com consultas, quando comparado com as despesas do SUS.

Palavras-chave: pronto atendimento, fisioterapia, impacto, reconsultas, internações.

ABSTRACT

Health operators are increasingly trying to minimize costs and qualify the service for their beneficiaries. Beneficiaries want to have personalized and resolute care for what they are paying, and healthcare providers want to do this as quickly, effectively and at the lowest possible cost. Given the demands of a health care provider, from the implementation of the physiotherapy service in a low-complexity emergency care unit, outside the hospital environment, the impacts of physiotherapy care were identified in reducing the main complaints of patients attended and impacting operational costs due to reduction of re-consultations or possible hospitalizations, in cases of greater severity. As part of the service implementation, a professional staff was made available to work in two areas of specialization, musculoskeletal and cardiorespiratory. In the musculoskeletal care, called Trauma throughout the research, a single consultation was performed with the objective of reducing the demand for re-consultations and re-examinations. In the cardiorespiratory area, within the Infirmary, a professional was designated for care throughout the patient's stay, using different techniques, including the use of non-invasive mechanical ventilation (NIV). After the implementation was completed, data were collected from three months prior to the implementation period and from three subsequent months to identify the impacts of the implementation for patients and for the health care provider. From the data, the age, sexual and main complaint profile of the patients treated was identified. In Trauma, of the 969 patients seen, 63.46% were female, with an average age of 47.6 years and low back pain complaint in 34.88% of the cases. In the Infirmary, of the 167 patients seen, 58.83% were female, with an average age of 47.3 years and a complaint of upper airway infection in 35.32% of the cases. In Trauma, after a single physiotherapy visit to resolve the main complaint, there was a significant reduction of 64% in the number of re-consultations, while in the Infirmary, in the analysis of patients treated by the use of NIV, there was no significant reduction in the number of discharges. The results point to a possible reduction in the costs of the health care provider, due to the high costs of permanence in the ward and expenses with consultations, when compared to the expenses of the SUS.

Keywords: emergency care, physical therapy, impact, re-appointments, hospitalizations.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro geral de pacientes atendidos.....	28
Tabela 2 - Tabulação cruzada, formato 2x2, dos pacientes da Traumato.....	30
Tabela 3 - Resultado do teste chi-quadrado para os pacientes de Traumato	30
Tabela 4 - Tabulação cruzada, formato 2x2, dos pacientes da Enfermaria	32
Tabela 5 - Resultado do teste chi-quadrado para paciente da Enfermaria	33
Tabela 6 - Relação comparativa de custeio entre operadora de saúde/SUS.....	34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes de Traumato por sexo	28
Gráfico 2 - Distribuição pacientes Traumato por queixa principalmente	29
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes da Enfermaria por sexo.....	31
Gráfico 4 - Perfil de motivos dos pacientes da Enfermaria.....	32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha temporal de coleta e implantação.....25

LISTA DE FIGURAS

PNAU	- Política Nacional de Urgência
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
UBS	- Unidade Básica de Saúde
COFFITO	- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
OMS	- Organização Mundial da Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
ANS	- Agência Nacional de Saúde
AVE	- Acidente Vascular Encefálico
DPOC	- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EAP	- Edema Agudo de Pulmão
TCE	- Traumatismo Crânicoencefálico
AACR	- Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
ATS	- Australasian Triage Scale
CTAS	- Canadian Triage & Acuity Scale
ESI	- Emergency Severity System
MTS	- Manchester Triage System
POP	- Procedimento Operacional Padrão
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	- Conselho Nacional de SaúdeVM - Ventilação Mecânica
VNI	- Ventilação Não Invasiva
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO TEÓRICA.....	16
2.1 Demanda do serviço de pronto atendimento e emergência	16
2.2 Inserção do profissional fisioterapeuta na unidade de pronto atendimento	17
2.3 Relação entre serviços de atuação do fisioterapeuta em unidade de pronto atendimento e redução dos custos operacionais	18
2.4 Relação entre perfil do paciente e a classificação de risco	19
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo geral.....	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4 METODOLOGIA.....	23
4.1 Delineamento da pesquisa	23
4.2 Descrição da unidade de pronto atendimento	23
4.3 Descrição dos serviços prestados na implantação.....	24
4.4 Coleta de dados.....	25
4.5 Análise dos dados	26
4.6 Considerações éticas.....	26
5 RESULTADOS.....	28
6 DISCUSSÃO	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
8 PRODUTO TÉCNICO	41
REFERÊNCIAS.....	42
ANEXO A – FLUXOGRAMA IMPLANTAÇÃO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA.....	46

1 INTRODUÇÃO

As operadoras de saúde cada vez mais estão tentando minimizar custos e qualificar o serviço para os seus beneficiários. Os beneficiários, por sua vez, querem ter um atendimento personalizado e resolutivo pelo que estão pagando a saúde suplementar. Enquanto o beneficiário deseja acabar com uma dor, a operadora de saúde quer fazer isso da maneira mais rápida, eficaz e com menor custo possível. Os serviços de pronto atendimento e de emergência são muito procurados pois apresentam um leque de recursos maior que as unidades básicas de saúde (MARQUES, 2007).

A falta de resolutividade nos atendimentos prestados nas unidades básicas de saúde, em clínicas e outros serviços acaba sobrecarregando as unidades de pronto atendimento. Nos casos mais brandos, não se possui a garantia do atendimento de qualidade devido a essa sobrecarga. Por exemplo, pacientes que possuem quadro clínico de dor crônica, ao serem receitados medicamentos, acabam retornando ao pronto atendimento porque não houve resolução do seu quadro, instalando um cenário de caos, com formação de filas infindáveis, sobrecarregando os profissionais e pecando mais uma vez na resolutividade (RAMOS, 2003 e ESPERANÇA, 2006).

A fisioterapia surgiu no Brasil como um curso técnico em São Paulo para, em 1929, tratar de pessoas acometidas por poliomielite (PEREIRA, 2006). Somente em 1969 a fisioterapia foi regulamentada pela necessidade da população brasileira que mudou seu perfil para trabalhadores que sofriam acidentes de trabalho na indústria, sendo necessária sua reinserção no mercado de trabalho além do surgimento de epidemias como a febre amarela, varíola, tuberculose e sífilis. Na década de 90, a formação de nível superior teve um aumento significativo, muito em contraste com o fim do regime militar e a nova fase da política da época, com isso aumentou consideravelmente o número de escolas de fisioterapia e no número de vagas desses cursos (SIMONI, 2015 e JÚNIOR, 2009).

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

et al., 2019). Neste sentido, o fisioterapeuta pode atuar na equipe multiprofissional assumindo casos mais simples, otimizando o atendimento de outrasequipes em casos mais graves (KINSELLA et al, 2018).

Com a pandemia da COVID-19, aumentaram ainda mais o campo de atuação dos profissionais da saúde, através da presença do fisioterapeuta como parte da equipe multidisciplinar em diversas salas vermelhas de unidades COVID-19 (BRANCO, 2020) e ainda tivemos a ampliação dos atendimentos com a possibilidade de teleatendimento, onde o profissional orienta e reabilita pacientes, sendo esses pacientes elegíveis de atendimento remoto (MADEIRA, 2021).

A fisioterapia tem sido bem difundida em clínicas e ambiente hospitalar, mas ainda é recente a inserção do fisioterapeuta no pronto atendimento. O serviço de fisioterapia no pronto atendimento apresenta vantagens como um atendimento mais rápido e eficiente, quando comparado com o atendimento clínico/hospitalar, menores índices de intubação orotraqueal, menor número de complicações e infecções (TAQUARI, 2013). O fisioterapeuta que atende na unidade de pronto atendimento tem o cuidado integral do paciente, favorecendo atendimentos e tratamentos precoces de diversas doenças, atuando em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo a prevenção, a promoção e a recuperação, com ênfase no movimento e na função (PAZ, 2019). Por outro lado, o quadro de não resolutividade no prontoatendimento pode acarretar maiores custos para a operadora de plano de saúde pela recorrência do problema e pelos custos extras com exames complementares, medicações e consultas com especialistas (SOUZA, 2010).

A dificuldade de inserção dos serviços de fisioterapia no ambiente hospitalar, de emergência e de pronto atendimento está associada, como observaram Kilner & Sheppard (2010), com a falta de consciência do papel do fisioterapeuta dentro da unidade de saúde pelas demais profissionais, achado que também Batista et al. (2018) relatou em seu estudo. Nesse sentido, é possível perceber que a busca pela definição das práticas dos fisioterapeutas nos diferentes ambientes de atendimento em saúde auxilia na gestão desses locais, conscientizando as demais profissões e estabelecendo o papel de cada profissional dentro de uma equipe multidisciplinar.

Entre as dificuldades de conscientização das diferentes profissionais sobre as vantagens das práticas em saúde de uma equipe multidisciplinar, está a ausência de uma abordagem técnica e profissional administrativa sobre os seus próprios negócios. Os profissionais da saúde, de uma forma geral, agem de maneira intuitiva na

concepção do próprio negócio e se abstêm de qualquer planejamento estratégico preliminar. Esse comportamento interfere diretamente nos resultados esperados, como qualidade do serviço prestado, adequada gestão de custos gerados e correta utilização dos recursos empregados (PARDINI, BRANDÃO e SOUKI, 2008). Entender os conceitos de efetividade, eficácia e eficiência para implementação de um serviço é de suma importância, pois permite a análise de indicadores ligados diretamente com a intencionalidade da proposta, permitindo aprimoramento dos objetivos e desenho de processos adequados (RIBEIRO, 2006).

Diante deste quadro, para a identificação das vantagens e desvantagens de uma equipe multidisciplinar com preocupações técnicas e práticas na área de administração e prestação de serviços de fisioterapia no ambiente do pronto atendimento, foi observada a implantação, em uma unidade de pronto atendimento de baixa complexidade (fora do ambiente hospitalar), o serviço de fisioterapia de maneira intermitente na cidade de Porto Alegre. Ressalta-se que esse tipo de serviço é incomum em unidades de saúde no Brasil, sendo uma realidade mais presente em países como Austrália e Estados Unidos (SCHULZ, 2016; ALKHOURI, 2019; FRUTH, 2016).

A partir da observação da implantação do serviço de fisioterapia em unidade de pronto atendimento, foi definida a seguinte questão de pesquisa: A implantação do serviço de fisioterapia reduziu o número de consultas médicas e reduziu o número de internações? Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto da atuação do profissional de fisioterapia na administração de unidade de pronto atendimento, traçando, no processo, o perfil etário/sexual dos pacientes atendidos durante todo o período de observação e implantação do serviço de fisioterapia.

Neste sentido, este estudo proporcionará informações importantes a esta lacuna, que tem sido explorada de forma insuficiente no campo da saúde.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 Demanda do serviço de pronto atendimento e emergência

As unidades de emergência são a porta de entrada para os hospitais e, em grandes centros habitacionais, são objeto de procura frequente de usuários, independente do nível ou critério de gravidade. Por esse motivo, foi observado um aumento expressivo de superlotações em emergências hospitalares, que são transformadas, muitas vezes, em leitos hospitalares regulares (SANTOS, 2003). Com o objetivo de reduzir esse quadro de superlotação, foi criada a Política Nacional de Urgência (PNAU) que visou, desde 1998, a regulamentação de urgências e emergências hospitalares e, em 2009, iniciou a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) (KONDER, 2015). Dentro desse quadro técnico, as UPAs são consideradas unidades de apoio, tanto para as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), quanto para as unidades hospitalares (FRANGO, 2018).

Ainda que o objetivo da PNAU não tenha sido alcançado em sua totalidade, na medida que a procura pelos serviços de urgência, emergência e pronto atendimento continuam causando superlotação, com demoras expressivas na prestação de serviços necessários, as UPAs, atualmente, possuem uma gama maior de recursos disponíveis do que as UBSs (MARQUES, 2007) e pacientes sentem-se melhor atendidos e amparados nas UPAs, já que existe a possibilidade do seu caso ser algo mais grave e mudar o quadro clínico em um curto espaço de tempo (BATISTA, 2018).

Apesar do crescimento anual da procura por atendimentos em unidades de urgência e emergência, quase metade dos casos possuem características de semi-urgência ou não-urgência (USCHER-PINES et al, 2013), que poderiam ser tratados, diante dos recursos disponíveis, em UPAs (FRUTH; WILEY, 2016), se os profissionais que prestam o atendimento tivessem formação continuada visando o exame clínico de pacientes, o que diminuiria a solicitação desnecessária de exames complementares (SOARES, 2011; GRUCHY; GRANGER; GORELIK, 2015).

Com o início da pandemia da COVID-19, o fluxo mudou no Brasil. Foi feita medida de isolamento, a chamada quarentena e criado centros de triagem para suspeitos de COVID-19. Esses centros eram localizados em hospitais específicos e em pronto atendimentos (como no caso de diversos planos de saúde), além de hospitais de campanha que foram feitos preventivamente devido ao quadro altamente

contagioso da COVID-19 (GUIMARÃES, 2020).

2.2 Inserção do profissional fisioterapeuta na unidade de pronto atendimento

De acordo com a Resolução de nº 501, de 26 de dezembro de 2018, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), o fisioterapeuta está apto para atuar em emergências como parte da equipe de resposta rápida, pois tem o conhecimento para o manejo de oxigenioterapia, ventilação mecânica invasiva e não invasiva.

Conforme Matsumura et al (2018), até setembro de 2016, havia no Brasil o registro de 206.170 profissionais cadastrados entre os 16 conselhos regionais de fisioterapia. Esses profissionais se concentram principalmente nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Apesar desse quadro expressivo e do Brasil atingir a recomendação mínima de profissionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomenda a necessidade de 1 fisioterapeuta para cada 1,5 mil habitantes de um determinado país a presença de profissionais de fisioterapia em UPAs ainda é inicial e em localidades de grandes centros urbanos, como Porto Alegre, está em fase embrionária.

É importante destacar que apesar da Resolução n. 7, de 24 de Fevereiro de 2010, do Ministério da Saúde, exigir a presença de 1 fisioterapeuta a cada 10 leitos de unidade de terapia intensiva, essa resolução não é aplicável a outros setores de unidades de saúde, muito menos para UPAs onde a inserção do profissional de fisioterapeuta está longe de atingir níveis consideráveis, apesar da inserção do profissional de fisioterapia ser justificada em razão do grande número de quadros clínicos graves, com comprometimento respiratório, que necessitam do manejo rápido e precoce para a melhor resolução dos casos (PICCOLI, 2013).

As dificuldades no processo de inserção dos fisioterapeutas em áreas de urgência, emergência e em UPAs são observadas por Moreira et al (2016), que aponta os estágios iniciais no processo de inserção e, em parte, estão associadas com o fato de a resolução, do COFFITO, que regulamenta a aptidão do fisioterapeuta para atuação em emergências e pronto atendimentos ser de 2018, menos de 5 anos da data do presente estudo.

A ausência de profissionais de fisioterapia na área de urgência, emergência e pronto atendimento, fora do ambiente hospitalar, encarece os custos das operadoras

de saúde e sobrecarrega outros setores, porque, através do profissional de fisioterapia, é possível identificar o perfil populacional e as morbidades mais frequentes, minimizando a utilização de recursos desnecessários (FRÉZ, 2011; MACHADO, 2008; GONCALVES, 2014).

Ainda, a assistência fisioterapêutica, quando disponível nas primeiras horas, em casos de dor aguda ou afecções respiratórias, consegue evitar o agravamento do quadro clínico e evoluções desfavoráveis aos pacientes, além de gerar menor custo aos operadores de saúde, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS), quando comparados com uma internação hospitalar (RIBEIRO, 2006).

Paz et al. (2019) destaca que a atuação do fisioterapeuta em UPAs pode reestruturar o modelo de cuidado integralizado, favorecendo o tratamento precoce de diversas morbidades.

Isso posto, é possível afirmar que o projeto de implantação de serviço de fisioterapia em unidade de pronto atendimento, fora do ambiente hospitalar, possui uma característica inovadora e trata-se de modalidade de serviço que não possui literatura semelhante, ou cujos relatos e observações estão em estágios iniciais, especialmente em razão do quadro sanitário único decorrente do início da pandemia de COVID-19, em que os profissionais de fisioterapia foram solicitados para fazer parte de corpo clínico das unidades feitas, como hospitais de campanha ou Emergências COVID, preparados para suprir a demanda das pessoas contaminadas pelo SARS-COV2 (GUIMARÃES, 2020 e PEREIRA, 2021).

2.3 Relação entre serviços de atuação do fisioterapeuta em unidade de pronto atendimento e redução dos custos operacionais

Como todos os demais profissionais de uma equipe multidisciplinar, a atuação do fisioterapeuta na área da urgência, emergência e pronto atendimento, permite uma visão ampla e geral do paciente. A atuação do fisioterapeuta em unidade de emergência está associada a redução de internação hospitalar, redução do tempo de espera dos pacientes, o aumento da satisfação pessoal do paciente e com o atendimento em geral (CORDEIRO, 2017; STEPHEN, 2013; GUENGERICH, 2013 e HARDING, 2015).

Como parte de uma visão técnica/profissional da atuação de equipe multidisciplinar em emergência e UPAs, o planejamento de práticas que visam a

redução de custos operacionais de um plano de saúde implica no aprimoramento na qualidade final do serviço (MENESES, 2013). Quanto mais clientes/pacientes satisfeitos com o tratamento e menor o seu custo, melhor para a operadora de plano de saúde e para o SUS e, dentro da estrutura do próprio SUS, já há necessidade de avaliação econômica da viabilidade de projetos para que melhore o orçamento no âmbito da saúde pública (LARANJEIRA, 2013).

A Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, da Agência Nacional de Saúde (ANS), preconiza que o prazo máximo para consultas com especialistas não ultrapasse 14 dias úteis, mas, muitas vezes, as operadoras de saúde não conseguem cumprir esse prazo, deixando o cliente insatisfeito e com quadro clínico de dor. A ANS, inclusive, estabeleceu multa para a operadora de saúde, caso o paciente não tenha alternativa e não consiga ser atendido dentro do prazo estabelecido. Caso a operadora não consiga cumprir a normativa e não tenha alternativa para atender o cliente no prazo determinado, esse pode consultar um prestador não credenciado e pedir reembolso para a operadora. Para o cliente, esse quadro é bastante desgastante, pois além de precisar do serviço especializado, precisa procurar alternativa fora do quadro de prestadores de sua operadora de saúde e, para a operadora, gera o risco desnecessário de pagamento de multa e necessidade de realizar pagamento para prestador de serviço fora do seu quadro de profissionais habilitados.

O serviço de fisioterapia em pronto atendimento, atuando com protocolos específicos, pode diminuir essa demanda por consultas, resolvendo o problema do cliente/paciente, que não precisará procurar especialista para o seguimento de tratamento, e resolvendo o problema da operadora de saúde, evitando o risco pelo não cumprimento de normativa pública e a necessidade de reembolsar consulta com profissional não habilitado.

Especialmente no quadro de pandemia, a atuação de profissional em pronto atendimento poderia evitar a necessidade de inserção do paciente em ambiente hospitalar, com aumento dos riscos de infecções inesperadas, e facilitar o remanejamento dos profissionais da operadora de saúde para áreas onde a atuação especializada é mais necessária, como é o caso da resposta a quadro de saúde pública em estágio pandêmico que demandam atuação profissional altamente preparada e especializada (GUIMARÃES, 2020 e PEREIRA, 2021).

2.4 Relação entre perfil do paciente e a classificação de risco

Entender o perfil do paciente, como parte da população que será atendida, é de suma importância para traçar planos de atendimento e tratamento mais preciso para essa população, reduzindo a necessidade de reconsultas e aplicação de tratamentos ineficazes, além de reduzir os custos possíveis para as operadoras de plano de saúde (SÁ, 2012).

Há uma grande variedade no perfil de pacientes atendidos em emergências e UPAs, com um grande número de procuras por causas circulatórias em pacientes idosos e por motivo de acidentes em pacientes mais jovens (SOARES, 2011). Dado semelhante foi observado por Golçalves et al. (2014), quando analisou o perfil de 15 pacientes atendidos em um hospital de Minas Gerais, onde as principais causas de internação foram Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico ou hemorrágico com 10,48%, sepse de foco pulmonar com 10,48%, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) exacerbada com 8,58%, insuficiência respiratória aguda com 9,53% e Edema Agudo de Pulmão (EAP) com 9,53%.

Silva et al. (2017), identificou o perfil dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento Ibirapuera do Hospital Israelita Albert Einstein, de dezembro de 2012 a junho de 2013, com idade média de 39,4 anos; onde 59,3% eram do sexo feminino; e cujas principais queixas foram náusea e vômitos (22,30%), dor de garganta (15,24%), dor abdominal (14,30%) e tosse (13,01%).

Já Rosa et al. (2011) relatou uma amostra de 47 pacientes, coletadas durante 2 meses de 2009, e demonstrou que a maioria dos pacientes eram do sexo masculino (74,5%), com idades entre 31 e 60 anos, e os diagnósticos principais foram de traumas leves (31,9%), seguidos por ferimentos por arma de fogo (12,7%) e AVE (8,5%). Resultados semelhantes foram encontrados por Ponte et al (2019), com maior prevalência do sexo masculino (66%) entre os pacientes atendidos, com média de idade de 58 anos, e diagnósticos de AVE (46%), traumatismo cranioencefálico (TCE) (16%) e politraumatismo (11%).

Pereira et al. (2019) fez um levantamento de dados dos pacientes que procuraram o serviço de emergência entre os anos 2000 e 2019, os estudos incluídos eram em língua portuguesa na íntegra. O perfil encontrado em sua maioria foi do sexo masculino de 20 à 39 anos e de 40 à 59 anos, com a queixa principal variando entre febre, tosse, diarreia, dor de garganta, de ouvido, acidentes de trânsito.

A partir do início da pandemia da COVID-19, o perfil dos pacientes que procuraram serviço de emergência foi alterado. Com muitos países fazendo

isolamento, foi observada redução nas áreas consideradas eletivas, como consultas ambulatoriais e cirurgias, no primeiro semestre de 2020 (BJORNSEN, 2020). Na Austrália, especificamente, houve aumento de leitos para atender a população que contraiu o vírus, com um aumento considerável de atendimentos em urgência e emergência (SUTHERLAND, et al, 2020).

Em 2004, o Brasil implantou o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) diminuir o risco de morte evitáveis colocando uma classificação por risco de vida e não por ordem de chegada. Os protocolos mais utilizados para a classificação de risco, nos serviços de urgência/emergência, em nível mundial, são: o Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage & Acuity Scale (CTAS), Índice de Gravidade de Emergência (ESI – Emergency Severity Index) e o Manchester Triage System (MTS). Cada um classifica o risco de gravidade em 5 níveis e cabe a cada instituição analisar qual a melhor escala para ser utilizada (SILVA, 2017). De acordo com a gravidade da escala se preconiza atendimento médico imediato ou até 30 minutos de espera (segundo a ESI) ou até mesmo sem tempo para espera (o que é o caso da MTS).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a implantação de um serviço de fisioterapia no número de reconsultas médicas e de internação.

3.2 Objetivos específicos

- a) Analisar o perfil etária/sexual e de queixa principal dos clientes atendidos;
- b) Analisar a variação no número de reconsultas com médicos (geral ou especialista) com a mesma queixa principal após a implantação do serviço de fisioterapia;
- c) Analisar a variação no número de internações de pacientes atendidos no pronto atendimento após a implantação do serviço de fisioterapia;
- d) Analisar a possível redução das despesas/custos de operação da operadora de saúde com o número de reconsultas/internações após a implantação do serviço.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da pesquisa

O estudo caracterizou-se por ser um estudo transversal retrospectivo realizado a partir da análise de dados da implantação do serviço de fisioterapia em uma unidade de pronto atendimento na cidade de Porto Alegre.

4.2 Descrição da unidade de pronto atendimento

A unidade de pronto atendimento pertencia a uma operadora de plano de saúde da cidade de Porto Alegre, funcionando fora do ambiente hospitalar, local ideal para um projeto inovador e pioneiro que visou a promoção da atuação dos profissionais de fisioterapia, exclusivamente, em pronto atendimento.

A implantação desse serviço tinha como proposta ofertar um tipo de atendimento até então não realizado no país, com atendimento de fisioterapia forado ambiente hospitalar, visando resolução da queixa principal em um único atendimento por paciente na área de traumatologia e prevenindo piora do quadro dos pacientes da enfermaria, enquanto os pacientes estivessem sendo atendidos. O projeto tinha como objetivo atender a queixa principal do paciente, reduzir o número de consultas médicas, diminuir o número de exames desnecessários, uso de analgésicos e diminuir o número de internações hospitalares.

Essa unidade de pronto atendimento funcionava 24 horas por dia e o serviço de fisioterapia era realizado das 8h às 20h, todos os dias. Possuía uma enfermaria, onde era realizado atendimento a pacientes com risco maior de agravo a saúde, que poderiam necessitar de internação, de aplicação de medicações, uso de ventilação mecânica invasiva e não invasiva e aerosolterapia. Também possuía ambulatório para diversas especialidades, incluindo clínico geral, traumatologia, pediatria, onde eram realizados exames de baixa complexidade, e sala de gesso.

contrato da empresa de gestão em saúde, responsável pela implantação do serviço de fisioterapia junto ao pronto atendimento da operadora de saúde teve vigência de três meses, razão pela qual, para a coleta de dados sobre a população estudada, foi escolhido o período de cinco meses, permitindo a verificação dos impactos da implantação do serviço pela totalidade do período contratado e compará-

la com os três meses anteriores à implantação.

4.3 Descrição dos serviços prestados na implantação

A implantação do serviço de fisioterapia ocorreu a partir da necessidade da gestão da operadora de plano de saúde, proprietária do pronto atendimento, preocupada com a baixa resolução das queixas principais relatadas pelos seus pacientes, que se mostravam insatisfeitos com os serviços prestados e precisavam retornar para reconsultas e exames, aumentando os custos da operadora.

A partir dessa necessidade e do contato inicial da gestão do pronto atendimento, a empresa contratada para a implantação realizou um breve estudo do perfil dos pacientes da unidade de pronto atendimento para levantar as principais patologias e as áreas de especialização em que o serviço de fisioterapia poderia atuar, traçando o planejamento inicial para, a partir da implantação, atuar de maneira direta e precisa diante da necessidade da operação de saúde.

Dentro do plano de implantação, visando atender os pacientes nos horários de maior demanda por serviços de fisioterapia, os atendimentos foram prestados por um período total de 12 horas diárias, 6 horas no período da manhã e 6 horas no período da tarde, dentro do horário de funcionamento do pronto atendimento, que funcionava 24 horas por dia. Para a prestação dos serviços, foram introduzidas quatro profissionais, dois no período da manhã e dois no período da tarde, que prestavam atendimento na área de musculoesquelética, denominada nesse estudo como “Traumato”, e na área de enfermagem, dentro da especialização cardiorrespiratória, denominada nesse estudo como “Enfermagem”, com um profissional responsável por área de especialização e turno de prestação do serviço.

Para os atendimentos na Traumato, foram escolhidas práticas assertivas para a melhora da queixa principal em um único atendimento, com utilização de técnicas como: como liberação miofascial, mobilização neural e articular, exercícios ativos e *dry needling*. Caso fosse necessário mais de um único atendimento, o paciente era encaminhado para uma clínica conveniada, no entanto, a meta da implantação do serviço era prover um único atendimento, com a finalidade de reduzir os custos com reconsultas médicas.

Os motivos da consulta médica que levavam ao encaminhamento para atendimento de fisioterapia, o que chamamos de queixa principal, foram classificados

em 6 grupos, sendo eles: 1) dor lombar; 2) dor cervical; 3) dor dorsal; 4) dor em membros superiores (englobava tendinites, síndrome do túnel do carpo...); 5) dor em membros inferiores (tendinites, entorses de tornozelo, lesões ligamentares...); e 6) outros (retirada de gesso, por exemplo).

Para os atendimentos na Enfermaria, foram escolhidas práticas idênticas às praticadas em uma enfermaria hospitalar, com todos os cuidados necessários para atender as complexidades de cada paciente, sem limite no número atendimentos prestados e focado na atuação prática necessária para cada enfermidade. Para tanto, o fisioterapeuta que atuasse nos dois ambientes teria que seguir técnicas específicas e seguir protocolos do serviço através dos procedimentos operacionais padrão (POPs) para que fosse mantido um padrão de atendimento.

4.4 Coleta de dados

A coleta foi realizada através de registro em prontuário, de forma retrospectiva, de uma população aleatória simples, composta por todos os pacientes que receberam atendimento de fisioterapia durante cinco meses.

Foram analisados dados incluídos em prontuário dos pacientes nos três meses anteriores ao início do primeiro atendimento e acompanhados nos três meses posteriores.



Fonte: produção própria da autora (2022).

Foi verificado o impacto dos atendimentos de fisioterapia prestados e realizada análise dos dados segundo a amostra abrangente da totalidade dos pacientes atendidos no serviço de fisioterapia.

Os dados foram coletados junto ao setor de faturamento e comparados com o mesmo período sem o serviço de fisioterapia (três meses anteriores a implantação do serviço). Os indicadores de custos foram definidos para avaliar os objetivos que o estudo se propõe: descrever a implantação do serviço de fisioterapia em uma unidade de pronto atendimento na cidade de Porto Alegre, analisar a variação quantitativa nas reconsultas pela mesma queixa principal e traçar o perfil etário/sexual por queixa principal dos pacientes que utilizaram o serviço.

Entre os indicadores de custos apresentados foram levados em consideração consultas médicas de clínico geral e especialista, valor de internação em enfermaria e unidade de tratamento intensivo com utilização ou não de ventilação mecânica não-invasiva.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram apresentados por medidas de posição e dispersão adequadas para cada variável, respeitando os preceitos de normalidade. A análise estatística foi realizada de acordo com a respectiva variável, para variáveis com distribuição normal serão realizados testes paramétricos como teste *t* pareado. Para dados não paramétricos, foi realizado o teste Chi-quadrado de Pearson e o teste de Fisher para duas amostras independentes, sendo $P < 0.05$ considerado para significância estatística. As análises foram processadas usando o SPSS versão 26.0 (SPSS, Chicado, IL).

4.6 Considerações éticas

Os dados da pesquisa foram obtidos de uma unidade de pronto atendimento de Porto Alegre em parceria com uma empresa de atendimentos de fisioterapia da região metropolitana de Porto Alegre, conforme termos de anuência em anexos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, relativa à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com projeto aprovado na Plataforma Brasil com o número do CAAE 52817221.4.0000.5307. Esta pesquisa não trouxe malefícios aos sujeitos, respeitando sua autonomia, justiça e equidade.

Por se tratar de uma pesquisa com base em prontuários médicos, foi dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi encaminhado um documento à coordenação do serviço onde foi realizada a pesquisa; após a autorização, a pesquisa foi submetida para apreciação do CEP, sendo a pesquisa iniciada somente após a aprovação do CEP.

Os direitos dos pacientes envolvidos foram assegurados, bem como a instituição em questão, estando livres de qualquer forma de risco. Os dados coletados dos prontuários foram mantidos sob total sigilo pelos pesquisadores, garantindo o anonimato dos participantes e não havendo nenhuma forma de identificação destes. Estes mesmos dados serão mantidos em local seguro e sigiloso durante um período mínimo de cinco anos, sendo destruídos após este período.

5 RESULTADOS

O estudo levantou dados no período de cinco meses de funcionamento do serviço de fisioterapia na unidade de pronto atendimento, fora do ambiente hospitalar. Foram obtidos dados do total de 1.140 pacientes (**Tabela 01**). Três pacientes foram a óbito e, portanto, foram excluídos do estudo. Para melhor apresentarmos os dados, dividimos esses pacientes em duas áreas de atendimento, pacientes da Traumato (969 pacientes) e pacientes da Enfermaria (167 pacientes).

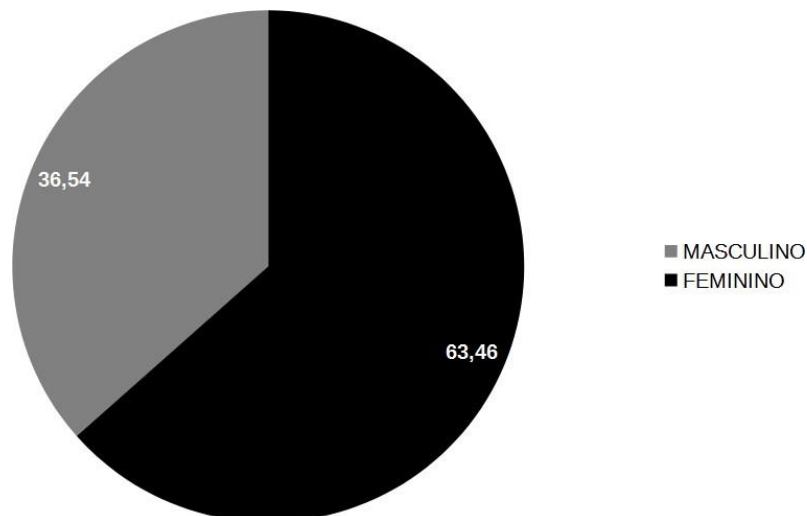
Tabela 01 - Quadro geral de pacientes atendidos

Quadro Geral de Pac	ientes Atendidos
Área de atendimento	Nº de pacientes
Pacientes da Traumato	969
Pacientes da Enfermaria	167
Total	1140

Fonte: produção própria da autora (2022)

Nos pacientes da Traumato, observamos a média de idade de 47,6 anos (mínimo de 10 anos e máximo de 88 anos de idade). Destes, 63,46% eram do sexo feminino e 36,54% do sexo masculino (**Gráfico 01**).

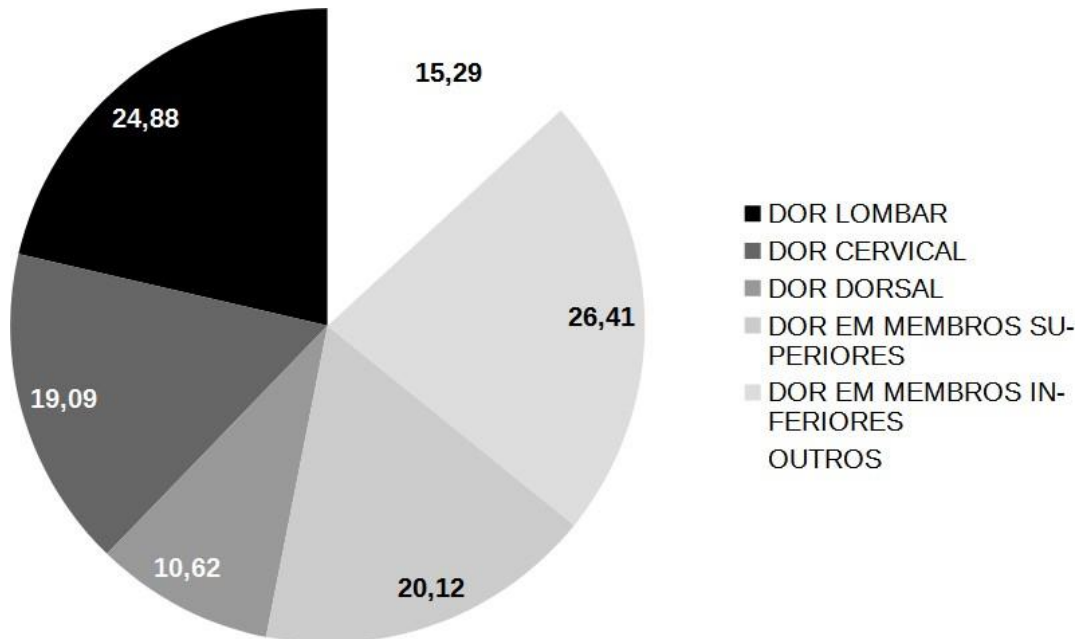
Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes de Traumato por sexo



Fonte: produção própria da autora (2022)

Entre as queixas principais: 34,88% dos pacientes se queixava de dor lombar; 19,09% de dor cervical; 10,62% de dor dorsal; 20,12% de dor nos membros superiores, 26,41% de dor nos membros inferiores e 15,29% consultou por outros motivos (**Gráfico 02**).

Gráfico 2 - Distribuição pacientes Traumato por queixa principalmente



Fonte: produção própria da autora (2022)

Dos 969 pacientes da Traumato, 827 pacientes (83% da amostra) consultou o serviço 03 meses antes da implantação do serviço de fisioterapia e, destes, somente 232 consultaram pelo mesmo motivo três meses após a implantação do serviço, mostrando significância estatística.

Tabela 2 - Tabulação cruzada, formato 2x2, dos pacientes da Traumato

Fonte: produção própria da autora (2022).

Tabulação cruzada dos pacientes da Traumato				
		Consultou três 1	meses antes? 2	Total
Realizou reconsulta pelo mesmo sintoma 3 meses após o serviço?	1	232	20	252
	2	595	122	717
	Total	827	142	969

Nota: 1 = Sim; 2 = Não.

A partir dos dados distribuídos em uma tabela de contingência (**Tabela 02**), em que as colunas representam os indivíduos que realizaram consultas três meses antes da implantação e as linhas representam os indivíduos que realizaram consultas três meses após a implantação (onde 1 = “sim” e 2 = “não”), dos 969 pacientes atendidos na Traumato: a) 232 pacientes consultaram com o médico três meses antes da implantação do serviço e tiveram reconsultas pela mesma queixa principal três meses após a implantação (sim e sim); b) 595 pacientes consultaram três meses antes da implantação do serviço e não tiveram reconsultas pela mesma queixa principal três meses após a implantação (sim e não); c) 20 pacientes não consultaram com o médico três meses antes da implantação e consultaram três meses após a implantação (não e sim); e d) 142 pacientes não foram consultados e não tiveram reconsultas (não e não).

Tabela 3 - Resultado do teste chi-quadrado para os pacientes de Traumato

	Teste Chi-Quadrado		Sig. Assint. (2 lados)	Sig. Exat. (2 lados)	Sig. Exat. (1 lado)
	Valor	df			
Chi-Quadrado Person	12,289 ^a	1	0,000	0,001	0,000
Correção de Continuidade	11,574	1	0,001		
Probabilidade	13,691	1	0,000	0,000	0,000
Teste Exato de Fisher				0,000	0,000
N de casos válidos		969			

Fonte: produção própria da autora (2022).

a. 0 células (0,0%) esperam contagem inferior a 5. A contagem mínima esperada foi de 26,93

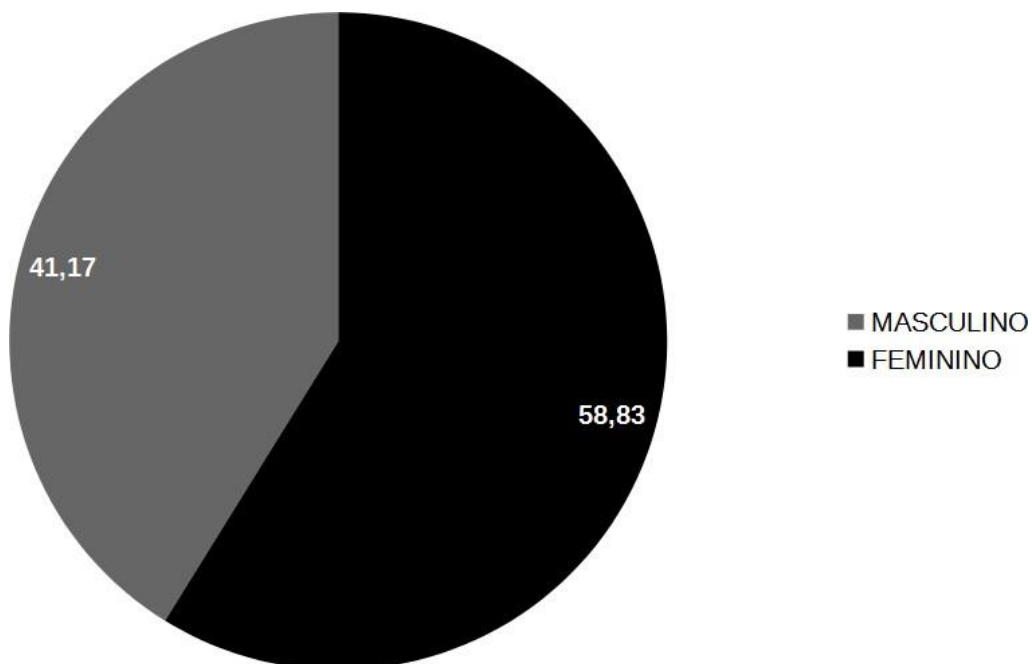
b. Computado apenas para uma tabela 2x2.

c. Para tabulação cruzada 2x2, é apresentado o resultado exato, ao invés dos resultados Monte Carlo
df = diferencialSig. Assint. = significância assintomática é o valor p dentro da aproximação chi-quadrado
Sig. Exat. = significância exata é o valor p exato usando a distribuição verdadeira

O teste chi-quadrado (**Tabela 03**) mostra que a redução do número de reconsultas pode estar relacionada com a prestação de serviço de fisioterapia em pronto atendimento e que entre aqueles que realizaram consultas médicas três meses antes da implantação do serviço de fisioterapia é provável que não precisaram realizar consultas três meses após a implantação do serviço.

Na Enfermaria, a média de idade dos pacientes atendidos foi de 47,3 anos (mínimo de 1 mês de vida e máximo de 95 anos de idade) e 58,83% dos pacientes era do sexo feminino (**Gráfico 03**).

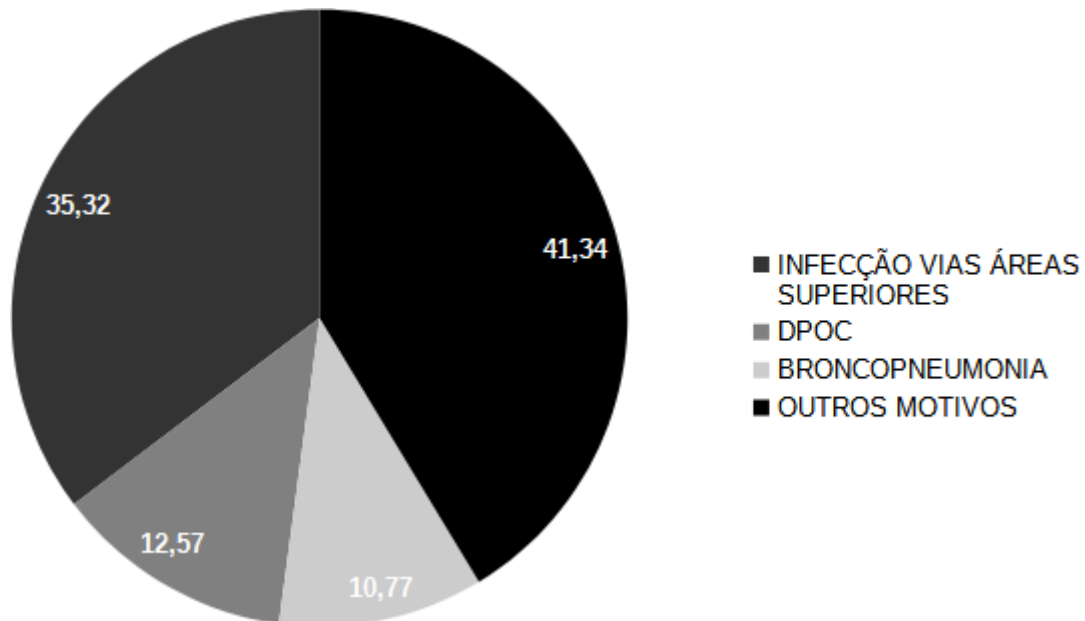
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes da Enfermaria por sexo



Fonte: produção própria da autora (2022).

Dos 167 pacientes da enfermaria, 20 pacientes usaram VNI (Ventilação Mecânica Não Invasiva). O total de dias que os pacientes em VNI permaneceram na enfermaria foi de 37 dias, com média 1,85 dias (sendo o mínimo menos de 1 dia e o máximo de 4 dias). Encontramos o seguinte perfil de motivos dos pacientes da enfermaria: 35,32% de infecção de vias aéreas superiores (incluindo bronquiolite viral aguda); 12,57% de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); 10,77% dos pacientes com broncopneumonia e 41,34% dos pacientes procuraram o pronto atendimento por outros motivos (AVE, por exemplo) (**Gráfico 04**).

Gráfico 4 - Perfil de motivos dos pacientes da Enfermaria



Fonte: produção própria da autora (2022).

Os resultados da atuação da fisioterapia na enfermaria com o uso de VNI não possuíram significância estatística (**Tabela 05**), acreditamos que pelo número reduzido de pacientes que compôs a amostra, composta por 170 pacientes no total, com 167 pacientes estudados e 3 excluídos (**Tabela 01**).

Tabela 4 - Tabulação cruzada, formato 2x2, dos pacientes da Enfermaria

Tabulação cruzada dos pacientes da Enfermaria			
	Desfecho ^b		Total
	1	2	
Ventilação Mecânica (VNI) ^a	11	9	20
	258	89	147
Total	69	98	167

Fonte: produção própria da autora (2022).

a. 1 = Sim; 2 = Não.

b. 1 = Internação; 2 = Alta.

A partir dos dados distribuídos em uma tabela de contingência (**Tabela 04**), onde as linhas representam o uso de ventilação mecânica não invasiva (VNI) (onde 1 = “sim” e 2 = “não”) e as colunas representam os indivíduos que tiveram como desfecho a internação ou alta (onde 1 = “internação” e 2 = “alta”), do total de 167

pacientes atendidos: a) 11 pacientes que foram atendidos com ventilação mecânica e foram internados (sim e internação); b) 9 pacientes que foram atendidos com ventilação mecânica tiveram alta (sim e alta); c) 58 pacientes que não foram atendidos com ventilação mecânica foram internados (não e internação); e d) 89 pacientes que não foram atendidos tiveram alta (não e alta).

Tabela 5 - Resultado do teste chi-quadrado para paciente da Enfermaria
Teste Chi-Quadrado

	Valor	df	Sig. Assint. (2 lados)	Sig. Exat. (2 lados)	Sig. Exat. (1 lado)	Pont. Prob.
Chi-Quadrado Person	1,754 ^a	1	0,185	0,228	0,140	
Correção de Continuidade	1,172	1	0,279			
Probabilidade	1,726	1	0,189	0,228	0,140	
Teste Exato de Fisher				0,228	0,140	
Associação linear-por-linear	1,744 ^d	1	0,187	0,288	0,140	0,800
N de casos válidos	167					

Fonte: produção própria da autora (2022).

a. 0 células (0,0%) esperam contagem inferior a 5. A contagem mínima esperada foi de 8,26

b. Computado apenas para uma tabela 2x2.

c. Para tabulação cruzada 2x2, é apresentado o resultado exato, ao invés dos resultados Monte Carlo

d. A estatística padronizada é 1,321 df = diferencial

Sig. Assint. = significância assintomática é o valor *p* dentro da aproximação chi-quadrado

Sig. Exat. = significância exata é o valor *p* exato usando a distribuição verdadeira

O teste chi-quadrado para pacientes da Enfermaria (**Tabela 05**) mostra que o atendimento de pacientes com VNI parece não guardar qualquer relação com o desfecho planejado, seja com alta ou internação, não permitindo fazer apontamentos conclusivos sobre os dados encontrados pela ausência de significância.

Em 2019, foi realizado levantamento de dados que a operadora de plano de saúde custeava para os seguintes serviços e foram comparados com os valores pagos pelo SUS no mesmo período (**Tabela 06**).

Tabela 6 - Relação comparativa de custeio entre operadora de saúde/SUS

Descrição do Serviço	Custo p/ Operadora	Custo p/ SUS	Custo Médio (Oper/SUS)
Valor da diária em UTI adulto	R\$ 680,25	R\$ 508,68	R\$ 594,46
Valor da diária em UTI pediátrica	R\$ 761,88	R\$ 478,72	R\$ 620,30
Valor da diária em enfermaria comum adulto	R\$ 196,05	R\$ 139,00	R\$ 167,52
Valor da diária em enfermaria comum pediátrica	R\$ 405,43	R\$ 139,00	R\$ 272,21
Valor da diária de uso do VNI	R\$ 58,75	R\$ 0,00	R\$ 29,37
Valor da consulta com clínico geral	R\$ 45,25	R\$ 11,00	R\$ 28,12
Valor da consulta com especialista	R\$ 77,00	R\$ 11,00	R\$ 44,00

Fonte: produção própria da autora (2022).

Considerando a tabela acima e os dados estatísticos analisados para o serviço de fisioterapia na Traumato (**Tabela 03**), em que 595 pacientes consultados três meses antes da implantação do serviço de fisioterapia não voltaram a consultar três meses após, é possível supor que haveria redução de R\$ 26.180,00 nos custos médio pela diminuição de reconsultas com especialista ou redução de R\$ 16.731,40 no custo médio pela diminuição de reconsultas com clínico geral.

No caso da Enfermaria, apesar da ausência de significância dos dados coletados (**Tabela 05**), considerando o número de 9 pacientes atendidos com VNI que tiveram alta e a média de 1,85 dias de permanência em atendimento, é possível supor que haveria redução de R\$ 362,69 no custo da diária adulta ou R\$ 750,04 na diária pediátrica, em caso de permanência na Enfermaria, além de redução de R\$ 108,68 no valor da diária de uso do VNI. Devemos levar em consideração que esses valores poderiam ser maiores de acordo com o hospital em questão, já que alguns hospitais não consideram seguro o uso de VNI na unidade de internação (enfermaria), sendo este paciente internado na UTI desses hospitais.

6 DISCUSSÃO

Apesar do início tardio na implantação das unidades de pronto atendimento no território nacional (KONDER, 2015) e a alta demanda por serviços de pronto atendimento (MARQUES, 2007), a implantação do serviço de fisioterapia em unidade de pronto atendimento na cidade de Porto Alegre teve pouca resistência e grande aceitação por parte dos gestores da operadora de plano de saúde responsável pela UPA, iniciando em Outubro/2019, um mês após o início das conversas para apresentação do programa de atendimento.

O perfil dos pacientes atendidos na unidade de pronto atendimento guarda semelhança com o perfil traçado em outras unidades de pronto atendimento (USCHER-PINES et al., 2013) e a maior parte dos pacientes avaliados puderam ser tratados com os recursos disponíveis na UPA, em conformidade com dados presentes em estudos similares (FROTH; WILEY, 2016), e através do procedimento estabelecido (POP).

Nos atendimentos em Enfermaria, houve três casos de óbito e, mesmo com o atendimento por ventilação mecânica não invasiva (VNI), onze pacientes foram internados, indicando a possibilidade de agravamento e mudanças bruscas de quadros clínicos em pacientes atendidos em UPAs (BATISTA, 2018) e a importância de um atendimento especializado e qualificado fora dos estabelecimentos hospitalares.

Nos atendimentos de Traumato, a diminuição de reconsultas, em que 61,4% dos pacientes atendidos não voltaram a consultar médicos após o atendimento de fisioterapia, parece indicar a necessidade e efetividade do serviço de fisioterapia para a diminuição de solicitações desnecessárias, em conformidade com a bibliografia sobre o tema (SOARES, 2011; GRUCHY; GRANGER; GORELIK, 2015).

A implantação do serviço, já no ano de 2019, tornou efetiva a resolução de nº 501, de 26 de dezembro de 2018, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), em menos de um ano após a sua publicação, e a preocupação com a inserção do profissional de fisioterapia nas UPAs para atendimento de quadros respiratórios graves (PICCOLI, 2013) se mostrou comprovada no presente caso, em que foram atendidos pacientes com DPOC, infecção de vias aéreas superiores e broncopneumonia, com período de permanência na Enfermaria que atingiram até quatro dias.

A atuação do fisioterapeuta em consulta com as demais especialidades da área da saúde, em protocolo de atendimento nas áreas da Traumatologia e Enfermagem, permitiu a rápida identificação e intervenção sobre as queixas principais e a diminuição na atuação médica, atuando para reduzir na sobrecarga de reconsultas, que tem impacto significativo na utilização desnecessária de recursos (FRÉZ, 2011; MACHADO, 2008; GONCALVES, 2014).

Embora não haja significância estatística dos dados coletados na Enfermagem, nove pacientes submetidos à VNI tiveram como desfecho alta, representando 5,4% do total de pacientes, enquanto 11 pacientes precisaram ser internados. Em razão dos altos custos de internação hospitalares quando comparados com os custos em pronto atendimento, o atendimento de fisioterapia em pronto atendimento pode representar redução das despesas das operadoras de plano de saúde, principalmente em casos de doenças respiratórias (RIBEIRO, 2006).

O procedimento para atendimento de fisioterapia estabelecido em conjunto com os profissionais das demais áreas de saúde, reestruturou o modelo de atendimento de cuidado integralizado, colocando o profissional de fisioterapia como elemento essencial no cuidado e atendimento ao paciente, atuando na aplicação dos protocolos necessários para o favorecimento do tratamento precoce, em conformidade com o preconizado por Paz et al. (2019).

A implantação do serviço de fisioterapia no pronto atendimento, apesar das circunstâncias singulares da pandemia global do COVID-19, em que houve aumento de demanda e quadro de agravamento de doenças respiratórias (GUIMARÃES, 2020 e PEREIRA, 2021), não teve impacto significativo na implantação do serviço de fisioterapia na unidade de pronto atendimento, que foi finalizado ainda nos estágios iniciais da pandemia.

A redução das reconsultas no atendimento na área de Traumatologia e a alta de pacientes submetidos a tratamento na Enfermagem parece indicar que a atuação do fisioterapeuta em unidade de pronto atendimento está associado com a redução da internação hospitalar e o aumento da satisfação do paciente em geral, em conformidade com o que é apontado por Cordeiro, 2017; Stephen, 2013; Guengerich, 2013; e Harding, 2015.

A implantação do serviço de fisioterapia na UPA, uma etapa intermediária entre a consulta médica e a internação hospitalar, aprimorou a interação entre o paciente e a operação de plano de saúde, visando o aprimoramento na qualidade final do serviço

(MENESES, 2013), principalmente quando verificada a redução no quadro de reconsultas na prestação de serviços em Traumatologia.

O quadro de pacientes atendimentos no presente estudo guarda poucas semelhanças com o perfil de pacientes atendidos em demais UPAs, como os apontados por Rosa et al. (2011), Silva et al. (2017) e Ponte et al. (2019). No presente estudo, foram atendidos pacientes com idades que variavam de 10 a 88 anos, com média de idade de 47,6 anos, equivalente ao estudo pesquisado por Rosa et al. (2011), apesar da variação de idade entre os pacientes atendidos ser maior que no referido estudo, onde a idade variou de 31 a 60 anos. O perfil etário dos pacientes é distinto dos apontados por Silva et al. (2017), onde a média foi de 39,4 anos, e apesar de possuir média de idade equivalente a outro estudo (Rosa et al. (2011) média de em oposição à média de 39,4 anos (Silva et al., 2017), de 58 anos e Ponte et al. (2019), onde a média foi de 58 anos.

O diagnóstico dos pacientes também variou quando comparado com os estudos promovidos por Rosa et al. (2011), Silva et al. (2017) e Ponte et al. (2019). Enquanto no presente estudo as principais queixas em Traumatologia diziam respeito a dores lombar, cervical, dorsal, membros superiores e inferiores (**Gráfico 02**), as queixas em demais estudos foram de dores de cabeça ou abdominais (SILVA et al., 2017), traumas leves, ferimentos de armas de fogo e AVE (ROSA et al., 2011), TCE ou politraumatismo (PONTE et al., 2019).

Houve similaridades na distinção entre sexos entre os pacientes atendidos no presente estudo e o estudo de Silva et al. (2017), em que a maioria dos pacientes atendidos na Traumatologia era do sexo feminino (**Gráfico 01**), embora nos demais estudos a maioria dos pacientes atendidos tenha sido do sexo masculino (ROSA et al., 2011; PONTE et al., 2019; PEREIRA et al., 2019).

Apesar do presente estudo apontar a importância do profissional fisioterapeuta dentro da unidade de pronto atendimento, fora do ambiente hospitalar, são necessárias outras pesquisas, com amostragem maior e maiores informações quanto a exames complementares e medicações, para aprofundamento a respeito do impacto dos serviços de fisioterapia no atendimento à população em geral e sobre as eventuais necessidades de alocação do profissional de fisioterapia no mercado de atendimento fora do ambiente hospitalar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo observar a implantação do serviço de fisioterapia em uma unidade de pronto atendimento fora do ambiente hospitalar para diminuir o número de reconsultas médicas e diminuir o número de internações. A partir dos testes estatísticos, ficou comprovada a diminuição do número de reconsultas pela mesma queixa principal nos pacientes da Traumato, mesmo após um único atendimento. No caso da Enfermaria, em razão da ausência de dados suficientes no sistema da operadora de saúde, não foi possível realizar uma investigação aprofundada e foram focados os atendimentos em que o uso de VNI foi necessário, pois esses casos certamente teriam como desfecho a internação antes da implantação do serviço de fisioterapia.

O atendimento através da implantação atingiu um grupo diverso, com grande variedade no perfil etário, apesar da média de idade ser superior a 45 anos em ambas as especializações investigadas, o público atendido no ambiente de pronto-atendimento em muito espelha a população de grandes centros urbanos, com pacientes que possuíam entre 10 e 88 anos de idade, principalmente no atendimento no ambiente de Traumato, em que foram aplicadas técnicas de fisioterapia a quadros leves de dor. O perfil sexual dos pacientes, com grandemaioria do sexo feminino, também abra a possibilidade de investigação da implantação do serviço no impacto de políticas públicas específicas para o público feminino e com foco em atenção da saúde da mulher e da fisioterapia nessa área de especialização.

Dentro da implantação, também foi verificado grande diversidade no quadro de queixas principais. No ambiente da Traumato, em que foram atendidos quadros leves de dor, entre as principais queixas dos pacientes estavam dores na região lombar, na região cervical, em membros superiores e inferiores, com maior prevalência das dores na região lombar, que pode indiciar a possibilidade de atuação corretiva dos pacientes através de técnicas da terapia ocupacional ou mesmo possibilitar estudos futuros sobre práticas de fisioterapia que impeçam a incidência frequente dos quadros de dor pela investigação da origem da queixa.

A maneira como a implantação ocorreu, especialmente a partir da proposta de atendimento único em casos de baixa complexidade, serviu para demonstrar o impacto do atendimento de fisioterapia para a resolução de problemas e queixas de dores leves. Se o objetivo das operadoras de plano de saúde é a redução da insatisfação

dos clientes e um aprimoramento do quadro geral de dor, o atendimento pontual da fisioterapia diretamente no foco da queixa principal parece ser uma alternativa viável às sucessivas consultas médicas, que além de representam um custo financeiro expressivo para as operadoras de saúde, não parecem atender de maneira suficiente as demandas de seus clientes.

O foco de um atendimento em saúde é na recuperação plena ou satisfatória dos pacientes. Se o atendimento médico inicial é insuficiente, as queixas de dor podem se transformar em quadros graves ou permanecer por um tempo extensivo, prejudicando a saúde do paciente. Segundo os dados encontrados, com um único atendimento de fisioterapia especializada é possível diminuir a queixa a um quadro sustentável ou mesmo eliminá-la completamente, auxiliando o paciente na recuperação plena de sua saúde ou a elevando a um quadro minimamente satisfatório. A ausência de reconsultas, além de demonstrar um importante fator de impacto nos custos financeiros das operações de plano de saúde, também é um indicativo de satisfação dos pacientes com sua própria saúde.

O estudo relata a importância do profissional fisioterapeuta dentro da unidade de pronto atendimento. Alguns estudos já falam sobre essa importância (BATISTA, 2018; CORDEIRO, 2017; STEPHEN, 2013; GUENGERICH, 2013; e HARDING, 2015), mas dentro da unidade hospitalar. Em uma unidade de pronto atendimento, fora do ambiente hospitalar, esse estudo se mostra pioneiro tendo somente estudos semelhantes em outros lugares fora do país (SCHULZ, 2016; ALKHOURI, 2019; FRUTH, 2016).

Os achados deste estudo comprovam que os atendimentos de fisioterapia em pronto atendimento, fora do ambiente hospitalar, diminuí o número de reconsultas com a mesma queixa principal dos pacientes.

As limitações do estudo decorreram da falta de dados no sistema da operadora de saúde que não era registrado uniformemente com todos os dados, o que limitou a coleta de informações como pedido de exames complementares, uso de medicações antes do atendimento de fisioterapia (e quais os medicamentos). A sazonalidade também poderia ser considerado um fator limitante, considerando que a implantação do serviço ocorreu no mês de outubro, que três meses antes era inverno na nossa região, onde há bastante procura por atendimentos respiratórios e, três meses após era verão, onde a procura por atendimentos tende a ser menor. Devemos também considerar que alguns pacientes são poliqueixosos, o que poderia influenciar na

procura pelo serviço pelo fato do atendimento fisioterapêutico gerar acolhimento.

A falta de pesquisa de satisfação do consumidor foi um *gap* nesta pesquisa, o que pode ser analisado em pesquisas futuras, assim como custos com exames desnecessários, medicação antes do atendimento que poderia ser evitada com o atendimento de fisioterapia e um melhor fluxograma, com mais autonomia para o profissional fisioterapeuta não depender da prescrição médica para o atendimento. Melhorando assim, até mesmo o tempo de espera desses pacientes.

Para pesquisas posteriores, poderia ser testado um novo fluxograma com o atendimento de fisioterapia em momento anterior ao atendimento médico. Nesse sentido, de maneira semelhante ao proposto no **ANEXO A**, após a triagem realizada pela enfermagem, o paciente seria encaminhado para a fisioterapia antes da consulta médica e possibilitaria aprimorar o quadro algico, diminuindo o tempo de espera para ser atendido e permitindo o encaminhamento ao atendimento médico apenas em casos de maior gravidade. Nesse ponto, evitaria sobrecarga na atuação médica e, ao mesmo tempo, se atuaria na solução de casos leves sem que o tempo de espera entre consultas e re-consultas trouxesse insatisfação para o paciente.

8 PRODUTO TÉCNICO

Como produto técnico, foi elaborado fluxograma para a implantação de serviço de fisioterapia em pronto atendimento na cidade de Porto Alegre (**ANEXO A**), atendendo pacientes assegurados por operadora de plano de saúde de nível regional, nas áreas de Traumatologia e Enfermagem, a partir de demanda estabelecida por prescrição médica.

O paciente era, primeiramente, submetido a triagem e avaliação segundo classificação de Manchester, que estabelece prioridades segundo a gravidade da enfermidade.

Se o paciente estivesse em quadro “grave”, primeiramente ele era estabilizado, passando novamente por avaliação médica e, após avaliação, era encaminhado ou não para fisioterapia. Em caso de encaminhamento para a fisioterapia, o paciente era submetido a avaliação pelo profissional fisioterapeuta e aplicado protocolo de atendimento já estabelecido no local (POP). Após o atendimento, o fisioterapeuta estabelecia quatro caminhos: 1) alta da fisioterapia; 2) agendamento de fisioterapia nas clínicas credenciadas pela operadora de plano de saúde; 3) discussão com regulador do programa de assistência domiciliar (PAD) para continuidade dos atendimentos no domicílio do paciente; e 4) submissão do paciente para reavaliação médica e alta.

Se o paciente não estivesse em quadro “grave”, era encaminhado para consulta com clínico geral, traumatologista ou pediatra. Após consulta com médico, era encaminhado ou não para a fisioterapia. Em caso de encaminhamento para a fisioterapia, o paciente era submetido a avaliação pelo profissional fisioterapeuta e aplicado protocolo de atendimento já estabelecido no local (POP). Após o atendimento, o fisioterapeuta estabelecia cinco caminhos: 1) alta da fisioterapia; 2) agendamento de fisioterapia nas clínicas credenciadas pela operadora de plano de saúde; 3) discussão com regulador do programa de assistência domiciliar (PAD) para continuidade dos atendimentos no domicílio do paciente; 4) encaminhamento para médico especialista; e 5) submissão do paciente para reavaliação médica e alta.

REFERÊNCIAS

- ALKHOURI H, et al. Impact of the primary contact physiotherapy practitioner role on emergency department care for patients with musculoskeletal injuries in New South Wales. **EMA - Emergency Medicine Australasia**, 32(2), 202– 209, 2019. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13391>
- BATISTA REA, PEDUZZI, M. Collaborative interprofessional practice in emergency services: Specific and shared functions of physiotherapists. **Interface: Communication, Health, Education**, 22, 1685-1695 DOI: 10.1590/1807-57622017.0755
- BJORNSEN LP. Patients visits to an emergency department in anticipation of the COVID-19 pandemic. **Tidsskrift for Den norske legeförening** v.140, n.8, 2020 Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32463204>. Acesso em 23 abril 2021.
- BRANCO A, et al. Serviço de emergência hospitalar: fluxos de atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19. **Enferm. Foco** 2020; 11 (1) Especial: 199-204
- CORDEIRO AL, LIMA TG. Fisioterapia em unidades de emergência: uma revisão sistemática. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. 2017, Maio; 7(2): 276-281.
- ESPERANÇA AC, CAVALCANTE RB, MARCOLINO C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte no interior de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Min. Enf**; 10(1):30-36, jan./mar., 2006.
- FRÉZ AR, NOBRE MIRS. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 419-428, jul./set. 2011. ISSN 0103-5150
- FRANGO BCTM, BATISTA REA, CAMPANHARO CRV, OKUNO MFP, LOPES MCBT. Associação do perfil de usuários frequentes com características de utilização de um serviço de emergência. **Rev Min Enferm**. 2018; 22:e-1071 DOI: 10.5935/1415-2762.20180001
- FRUTH SJ & WILEY S. Physician impressions of physical therapist practice in the emergency department: Descriptive, comparative analysis over time. **Physical Therapy**, 96(9), 1333–1341, 2016.
- GOLÇALVES ACS. Perfil clínico dos pacientes atendidos pelo serviço de fisioterapia na unidade de urgência e emergência de um hospital público de Minas Gerais. **ASSOBRAFIR Ciência**. 2014 Dez;5(3):55-62
- GUENGERICH M, BROCK K, COTTON S, MANCUSO S. Emergency department primary contact physiotherapists improve patient flow for musculoskeletal patients. **International Journal of Therapy and Rehabilitation**, August 2013, Vol 20, n 8.

GUIMARÃES F. Atuação do fisioterapeuta em unidades de terapia intensiva no contexto da pandemia de COVID-19. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 33, e0033001, 2020
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.033.ED0>. ISSN 0103-5150

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

HARDING P, PRESCOTT J, BLOCK L, O'FLYNN AM, BURGE A. Patient experience of expanded-scope-of-practice musculoskeletal physiotherapy in emergency department: a qualitative study. **Australian Health Review**, 2015, 29, 283-289.
<http://dx.doi.org/10.1071/AH14207>

JÚNIOR JPB. Formação em fisioterapia no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro v.16, n.3, jul.-set. 2009, p. 655-668.

KILNER E & SHEPPARD L. The “lone ranger”: A descriptive study of physiotherapy practice in Australian emergency departments. **Physiotherapy**, 96(3), 248–256, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2010.01.002>

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

KONDER MT, O'DWYER G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [2]: 525-545, 2015

LARANJEIRA FO, PETRAMALE CA. A avaliação econômica em saúde na tomada de decisão: a experiência da CONITEC. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, Maio 2013, vol.14, no.2, p.165-170. ISSN 1518-1812

MACHADO NP, NOGUEIRA LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. ISSN 1413-3555. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 12, n. 5, p. 401-8, set./out. 2008

MADEIRA A, SALVARO L, JUSTO T, LONGEN WC. Fisioterapia extra-hospitalar durante a pandemia: a visão e o posicionamento dos profissionais. **Fisioter Pesqui.** 2021;28(4):455-463 | DOI: 10.1590/1809-2950/21008228042021

MARQUES GQ, LIMA MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Ver **Latino-am Enfermagem** 2007 janeiro-fevereiro.

MATSUMURA ESS, JÚNIOR ASS, GONÇALVES NV, KIETZER KS, CASTRO LSF. Distribuição espacial e qualidade dos cursos de graduação em fisioterapia no Brasil. **Interdisciplinary Journal of Health Education.** 2020;5(1) | DOI:10.4322/ijhe.2020.002

MENESES CS, CECILIO LCO, ANDREAZZA R, ARAÚJO EC, CUGINOTTI AP, REIS AAC. Os usuários e a transição tecnológica no setor de saúde suplementar: estudo de caso de uma operadora de plano de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1): 57- 66, 2013

MOREIRA ESM, BARBOSA NB. Fisioterapia e a atenção primária em saúde – o processo de implantação dos NASF em Anápolis – Goiás. **RESU – Revista Educação em Saúde**: V4, N1, 2016 – ISSN: 2358-9868

PARDINI DJ, BRANDÃO MM & SOUKI GQ. Competências Empreendedoras E Sistema De Relações Sociais: a Dinâmica Dos Construtos Na Decisão De Empreender Nos Serviços De Fisioterapia. **Revista de Negócios**, 13(1), 28-44, 2008. <https://doi.org/10.7867/1980-4431>

PAZ LP, MELO NM, PISCHARSKY CC, MOTER AA. Papel do fisioterapeuta em unidade de pronto atendimento e emergência. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 3762-3773 jul./aug. 2019. ISSN 2595-6825

PEREIRA ER et al. Importância da fisioterapia frente a pandemia provocada pelo novo Coronavírus. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.1, p. 9020-9030 Jan. 2021 ISSN: 2525-8761

PEREIRA JA et al. Perfil epidemiológico da demanda em unidades de emergência hospitalar: uma revisão de literatura. **REAS/EJCH**, Vol.Sup.32, 1178, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1178.2019>

PEREIRA LA, ALMEIDA M. Fisioterapia. In: Fundação Oswaldo Cruz. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde. p.171-184. 2006

PICCOLI A, WERLE RW, KUTCHAK F, RIEDER MM. Indicações para Inserção do Profissional Fisioterapeuta em uma Unidade de Emergência. **ASSOBRAFIR Ciência**. 2013 Abr; 4 (1): 33-41

PONTE KMA, FROTA KC, FONTENELE MGM, ÁVILA AR, MORAIS RM, ABREU MM. Pacientes no serviço de emergência: perfil sociodemográfico e clínico e cuidados de enfermagem. **SANARE (Sobral, Online)**. 2019 Jul-Dec;18(2):15-25.

RAMOS DD, LIMA MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003.

RIBEIRO EAW. Eficiência, efetividade e eficácia do planejamento dos gastos em saúde. **Hygeia**, 2(2):27-46, jun 2006.

ROSA TP, MAGNAGO TSBS, TAVARES JP, LIMA SBS, SCHIMIDT MD, SILVA RM. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do Pronto Socorro de um Hospital Universitário. **R. Enferm. UFSM** 2011 Jan/Abr;1(1):51-60

SÁ, Marcelo Coelho de. Análise dos custos assistenciais de uma operadora de plano de saúde no Brasil. 2012. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SANTOS JS, SCARPELINI S, BRASILEIRO SLL, FERRAZ CA, DALLORA MELV, DE SÁ MF. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP- USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2/4, p. 498-515, 2003.

SIMONI DE, CARVALHO JB, MORERA AR, MORERA JAC, MAIA ARC, BORESTEIN MS. A formação educacional em fisioterapia no Brasil: fragmentos históricos e perspectivas atuais. **Hist enferm Rev eletronica [Internet]**. 2015;6(1):10-20

SCHULZ P. et al. Comparing patients outcomes for care delivered by advanced musculoskeletal physiotherapists with other health professionals in the emergency department – A pilot study. **Australian Emergency Nurse Journal** 19(4)198-202, 2016. <http://dx.doi>

SILVA JA, EMI AS, LEÃO ER, LOPES MC, OKUNO MF, BATISTA RE. Índice de Gravidade de Emergência: acurácia na classificação de risco. *Einstein*. 2017;15(4):421-7

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

SOUZA MA, SALVALAIO D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. **Rev Panam Salud Publica** 28(4), 2010

STEPHEN GD, STELLA J. Implementation and performance evaluation of an emergency department primary practitioner physiotherapy service for patients with musculoskeletal conditions. **Emergency Medicine Australasia**, 2013, 25, 558-564. DOI: 10.1111/1742-6723.12134.

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

TAQUARY SAS, ATAÍDE DS, VITORINO PVO. Perfil clínico e atuação fisioterapêutica em pacientes atendidos na emergência pediátrica de um hospital público de Goiás. **Fisioter Pesq**. 2013;20(3):262-267.

USCHER-PINES L et al. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. **Am J Manag Care**, v. 19, n.1, p.47–59,2013.

ANEXO A – FLUXOGRAMA IMPLANTAÇÃO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

