

HRJ

v.2 n.11 (2021)

Recebido: 24/11/2020

Aceito: 20/04/2021

Estratificação de prioridade para atendimento fisioterapêutico em um ambiente de internação do Sistema Único de Saúde: uma análise de protocolo

Allan Augusto dos Santos Pereira¹
Flávio da Silva Borges²

¹ Graduação em Fisioterapia pela Universidade de Brasília – UnB, Residente em Saúde do Adulto e Idoso pela Escola Superior em Ciências da Saúde/ Secretaria de Saúde do Distrito Federal- ESCS/SES-DF

² Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília - UCB, Preceptor do programa de residência em Saúde do Adulto e Idoso da Escola Superior em Ciências da Saúde/ Secretaria de Saúde do Distrito Federal – ESCS/SES-DF

RESUMO

Introdução: A Fisioterapia é um importante componente inserido no processo de reabilitação em um ambiente de internação hospitalar, colaborando com a evolução da máxima capacidade funcional no decorrer de uma doença. Apesar de sua importância, muitos setores não dispõem da quantidade necessária de profissionais para o atendimento a todos os pacientes internados. **Objetivo:** Verificar a inclusão de um protocolo para estratificação de prioridade no atendimento fisioterapêutico e a aceitação dos profissionais fisioterapeutas. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, observacional e descritivo, realizado na unidade de internação da Clínica Médica do Hospital Regional do Gama, regido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Este estudo foi elaborado em três etapas, sendo elas, 1 - elaboração do protocolo para estratificação de prioridade no atendimento fisioterapêutico; 2 – Inclusão no processo de admissão da Fisioterapia; 3 – Análise da aceitação dos fisioterapeutas da unidade. **Conclusões:** O modelo de protocolo proposto foi aceito pelos profissionais fisioterapeutas da unidade e favoreceu na avaliação e seleção de prioridades no atendimento fisioterapêutico.

Palavras-Chaves: Fisioterapia, Internação Hospitalar, Reabilitação

Priority stratification for physiotherapeutic care in an Unique Health System hospitalization: a protocol analysis

ABSTRACT

Introduction: Physiotherapy is an important component inserted in the rehabilitation process in a hospital environment, collaborating with the evolution of maximum functional capacity in the course of an illness. Despite its importance, many sectors do not have the necessary number of professionals to care for all inpatients. **Objective:** To verify the inclusion of a protocol for stratification of priority in physical therapy care and the acceptance of physical therapists. **Methods:** This is a qualitative, observational and descriptive study, carried out in the inpatient unit of the medical clinic of Hospital Regional do Gama, governed by the Health Department of the Federal District. This

study was carried out in three stages, namely, 1 - elaboration of the protocol for stratification of priority in physical therapy care; 2 - Inclusion in the Physiotherapy admission process; 3 - Analysis of the acceptance of physiotherapists at the unit. **Conclusions:** The proposed protocol model was accepted by the unit's physical therapists and favored the assessment and selection of priorities in physical therapy care.

Keywords: Physiotherapy, Hospitalization, Rehabilitation

INTRODUÇÃO

O processo de internação hospitalar pode gerar complicações clínicas e funcionais, ocasionando um declínio no estado de saúde do indivíduo.^{1,2} Condições adquiridas que poderiam ser preveníveis resultam em maior tempo de internação, eventos adversos relacionados ao agravamento do estado de saúde e custos adicionais ao sistema de saúde.³

A fisioterapia influencia de forma significativa para a preservação e melhora dos aspectos funcionais relacionados à estrutura, função, atividade e participação, levando em consideração fatores ambientais e pessoais⁴, com base nos domínios da funcionalidade relacionados ao movimento humano, ao sistema cardiovascular, respiratório, tegumentar e demais sistemas, resultando na melhora da qualidade de vida, no menor tempo de internação hospitalar e na redução dos custos ao sistema de saúde.^{5,6,7}

Apesar da grande importância do profissional fisioterapeuta incluído no processo de reabilitação em um setor de internação hospitalar, a demanda de pacientes frequentemente está acima da quantidade de fisioterapeutas disponíveis.⁸ A Resolução número 387/2011 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) estipula a quantidade de pacientes que devem ser atendidos por um fisioterapeuta em um período de trabalho de 6 horas, que é em torno de 8 até 10

pacientes, porém essa quantidade não atende à demanda imposta, sendo necessária a elaboração de protocolos para triagem de prioridade no atendimento fisioterapêutico.^{8,9}

Diante disso, o objetivo deste estudo é realizar um protocolo de estratificação de pacientes admitidos em um ambiente de internação do Sistema Único de Saúde para que se possa melhor atender a demanda imposta e analisar a aceitação do protocolo com a equipe de fisioterapia da unidade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, observacional e descritivo, realizado na unidade de internação da Clínica Médica do Hospital Regional do Gama - HRG, regido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES-DF. Este estudo foi elaborado em três etapas, sendo elas, 1 - elaboração do protocolo para estratificação de prioridade no atendimento fisioterapêutico; 2 – Inclusão no processo de admissão da Fisioterapia; 3 – Análise da aceitação dos fisioterapeutas da unidade.

Para a classificação das prioridades, no protocolo, é recomendado que inicialmente se realizasse a análise do prontuário, coletando dados de diagnóstico e estado clínico. Em seguida, a consulta fisioterapêutica, a partir do exame físico e avaliação da condição cardiorrespiratória e hemodinâmica, pela frequência cardíaca, saturação de oxigênio, ausculta pulmonar e pressão arterial, o nível de consciência, analisado pela Escala de Coma de Glasgow, que é uma ferramenta para avaliar e calcular o nível de consciência de um paciente, usa um sistema de pontuação de três critérios: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, as pontuações somadas fornecem uma pontuação entre 3 e 15.¹⁰

Posteriormente, para avaliação da força muscular foi incluída a escala *Medical Research Council – MRC*, que é um instrumento válido e de fácil aplicabilidade. O

escore é obtido através da avaliação de seis movimentos de membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII) e a força muscular é graduada entre 0 a 5 pontos. A graduação da força muscular varia resultando em um valor máximo de 60 pontos, os valores abaixo de 48 pontos são considerados fraqueza muscular.¹¹

Para a avaliação da mobilidade dos pacientes internados foi utilizada a *ICU Mobility Scale – IMS*. Esta escala classifica o grau de mobilidade dos indivíduos hospitalizados, a partir de uma pontuação que varia de 0 até 10, onde zero apresenta mobilidade mínima, realizada apenas com movimentação de forma passiva no leito, até 10 que reflete o indivíduo que realiza deambulação independente sem necessidade de um dispositivo auxiliar.¹²

O processo de descrição do protocolo enfatizou ainda o objetivo de prevenção de lesões cutâneas, bronco-aspirações, pneumonia associada à ventilação, sarcopenia, osteopenia, entre outros eventos adversos que podem ser ocasionados e prevenidos durante o processo de internação, além de orientação e educação em saúde a pacientes e acompanhantes, para que se possa dar continuidade no processo de tratamento após a alta hospitalar.

RESULTADOS

A elaboração deste estudo foi baseada no Protocolo de Atenção a Saúde - *Conduta Fisioterapêutica nas Unidades de Urgência e Emergência Adulto da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal*.⁵ Desta maneira, para a triagem e realização do atendimento fisioterapêutico no setor, foram utilizados os seguintes critérios para a classificação de prioridades, tendo que apresentar um ou mais itens:

PRIORIDADE 1

- Mobilização precoce – MRC < 48 e IMS \leq 3
- Assistência ventilatória invasiva (necessidade de reexpansão pulmonar e manutenção da perviedade das vias aéreas, desmame ventilatório, ajuste da ventilação mecânica, correção da gasometria arterial)
- Rebaixamento do nível de consciência avaliado pela escala de Coma de Glasgow
- Traqueostomizado com ou sem uso de oxigenoterapia
- Ventilação espontânea (presença de sinais clínicos de desconforto respiratório: taquipnéia, esforço inspiratório e expiratório, dificuldade de expectoração com tosse ineficaz, dessaturação, indicação de ventilação não invasiva e oxigenoterapia de alto fluxo)

PRIORIDADE 2

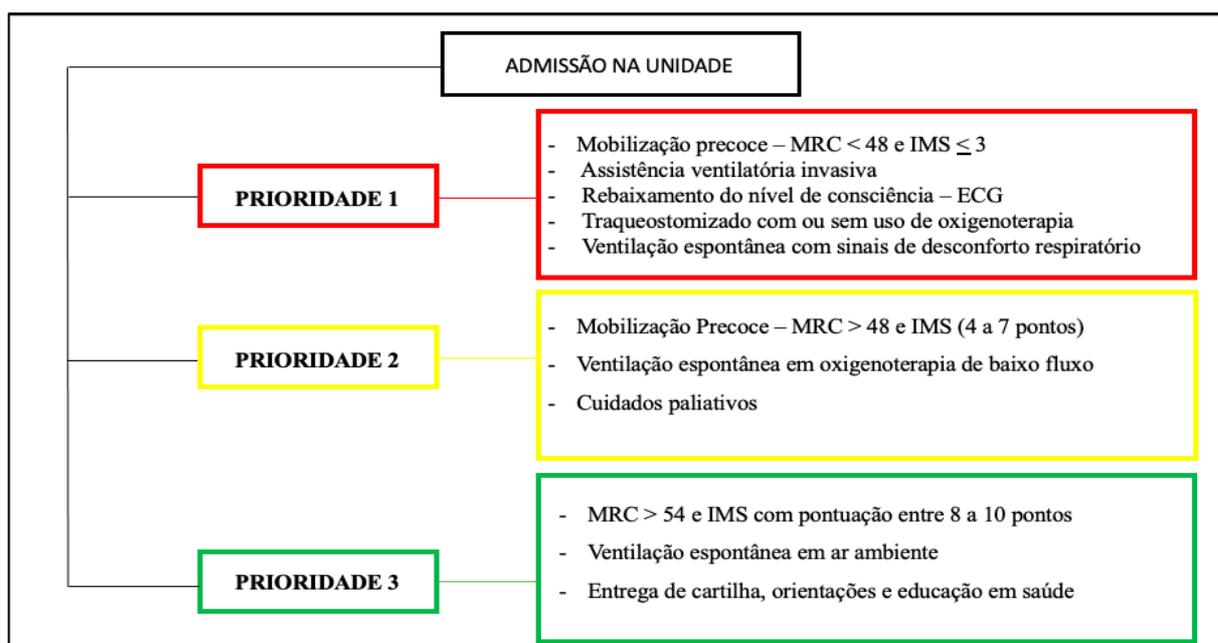
- Mobilização Precoce – MRC > 48 e IMS com pontuação entre 4 a 7 pontos
- Ventilação espontânea com necessidade de oxigenoterapia de baixo fluxo
- Cuidados paliativos

PRIORIDADE 3

- MRC > 54 e IMS com pontuação entre 8 a 10 pontos
- Ventilação espontânea em ar ambiente (sem sinais de desconforto respiratório)
- Entrega de cartilha, orientações e educação em saúde.

Posteriormente à definição das prioridades avaliadas para o atendimento fisioterapêutico, foi atribuído à estratificação, o sinalizador visual (Quadro de Kanban)¹³, onde a cor vermelha representa a PRIORIDADE 1 de atendimento, a amarela designa a PRIORIDADE 2 de atendimento e o verde indica a PRIORIDADE 3 de atendimento, como demonstrado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de prioridades para o atendimento fisioterapêutico.



Após a descrição completa e finalização do protocolo de prioridades, este foi explanado para a equipe de fisioterapia da unidade de internação em clínica médica do Hospital Regional do Gama – HRG e discutido para possíveis adaptações caso fossem necessárias. Posteriormente a essa etapa, a equipe de fisioterapeutas da unidade analisou e aceitou a inclusão do protocolo, tornando-o válido para o processo de triagem no atendimento fisioterapêutico do setor.

DISCUSSÃO

A fisioterapia em ambiente hospitalar atua para a recuperação e manutenção da saúde, além de prevenir incapacidades futuras.¹⁴ No estudo de Monteiro et al., foi demonstrada a associação entre recuperação mais rápida e atendimento fisioterapêutico, além de resultar em melhora da qualidade de vida.¹⁵

A Resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional nº 377/2010 descreve a função desempenhada pelo fisioterapeuta, “Art. 7º. A atuação do

*Fisioterapeuta Hospitalar se caracteriza pelo exercício profissional em todos os níveis de atenção à saúde, em todas as fases do desenvolvimento ontogênico, com ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação e reabilitação do cliente/paciente/usuário”.*¹⁶

Apesar da necessidade de assistência fisioterapêutica integrada no ambiente de internação hospitalar, a quantidade de fisioterapeutas impossibilita a cobertura completa aos pacientes internados.⁵ Tornando necessária a construção de protocolos de triagem e prioridades de atendimento, sendo este o principal incentivo para a construção deste estudo.

Diante disso, a existência de protocolos com priorização de atendimento viabiliza o melhor atendimento, organização e planejamento terapêutico. De acordo com PEDROSA et al., o processo de triagem para prioridades no atendimento pode resultar em menor tempo em filas de espera, facilita o planejamento de intervenções em saúde, reduz efeitos adversos, tais como, limitações nas atividades de vida diária, desenvolvimento de cinesiofobia, hipotrofia, deficiência da força muscular e aumento do risco de quedas.¹⁷

CONCLUSÕES

A formulação do protocolo de estratificação de prioridade para o atendimento fisioterapêutico na unidade de internação em clínica médica do Hospital Regional do Gama, construído a partir das necessidades apresentadas pelo setor, corroborou com a sua adoção entre os profissionais fisioterapeutas da unidade.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados com a finalidade de avaliar a aplicabilidade, validade e adesão do protocolo na prática clínica.

REFERÊNCIAS

1. GASPARI, Ana Paula et al. Preditores de internação prolongada em Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.
2. SIQUEIRA, Ana Barros et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 687-694, 2004.
3. COOMER, Nicole M.; KANDILOV, Amy MG. Impact of hospital-acquired conditions on financial liabilities for Medicare patients. **American journal of infection control**, v. 44, n. 11, p. 1326-1334, 2016.
4. PIEXAK, Diéssica Roggia; CEZAR-VAZ, Marta Regina; BONOW, Clarice Alves. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma Análise de Conteúdo. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 363-369, 2019.
5. FEDERAL, GOVERNO DO DISTRITO. Conduta Fisioterapêutica nas Unidades de Urgência e Emergência Adulto da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2018.
6. ÇAKMAK, Aslıhan et al. Physiotherapy and Rehabilitation Implementation in Intensive Care Units: A Survey Study. **Turkish Thoracic Journal**, v. 20, n. 2, p. 114, 2019.
7. DA SILVA, Renata Pereira; PINTO, Priscilla Indianara Di Paula; DE ALENCAR, Ana Maria Cartaxo. Efeitos da hospitalização prolongada: o impacto da internação na vida paciente e seus cuidadores. **Saúde (Santa Maria)**, v. 3, n. 44, 2018.
8. FEDERAL, GOVERNO DO DISTRITO. Conduta Fisioterapêutica nas Enfermarias da Secretaria de Estado de Saúde do DF, 2018.

9. CARMO, Carolina Mendes do. **Gestão assistencial da fisioterapia hospitalar: indicadores.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
10. MEHTA, Rhea et al. Glasgow coma scale explained. **BMJ**, v. 365, 2019.
11. MENEZES, Thayse Campos de et al. Comparações e correlações da intensidade da dor e da força muscular periférica e respiratória no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 4, p. 479-486, 2018.
12. DOS REIS ALMEIDA, Ana Cristina Ferreira et al. Impacto de uma rotina de atendimentos fisioterapêuticos baseado em níveis de prioridade em uma unidade de neurocirurgia de um hospital público. **Revista Neurociências**, v. 27, p. 1-14, 2019.
13. CURTI, Angelo Rodrigo; DE CAMPOS, Ronaldo Ribeiro. Sistema Kanban Como Mecanismo De Controle De Processos. **Revista Interface Tecnológica**, v. 15, n. 2, p. 208-219, 2018.
14. CASTRO, P.C.; TAHARA, N.; REBELATTO, J.R.; DRIUSSO, P.; AVEIRO, M.C.; OSHIO, J. Influência da universidade aberta da terceira idade (UATI) e do programa de revitalização (REVT) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 6, p. 461-467, 2007.
15. MONTEIRO, Natália Matos; GUEDES, Gisele Aparecida Presto; JÚNIOR, Adeir Moreira Rocha. Análise da qualidade de vida dos pacientes internados em âmbito hospitalar: Importância da Fisioterapia. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais-Animais e Humanos Interdisciplinary Journal of Experimental Studies**, v. 1, n. 4, 2009.
16. DE FISIOTERAPIA, Conselho Federal. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-Coffito. 2006.
17. PEDROSA, Giselle Davi. Proposta para priorização dos atendimentos ortopédicos por meio de utilização do WHODAS 2.0. 2016.

