

RESUMO

A Residência multiprofissional foi criada no ano de 2005 a partir da Lei nº 11.129 e são orientadas através dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Integrando a equipe multiprofissional de assistência técnica às urgências e emergências, o fisioterapeuta auxilia no atendimento precoce à vítima. Assim, o presente trabalho tem por objetivo descrever a experiência do fisioterapeuta como membro de equipe da residência multiprofissional em Hospital Universitário de São Paulo. O mesmo ocorreu no mês de agosto de 2016, dentro do programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Urgência e Emergência, do Hospital São Paulo. O cenário onde se desenvolveu o estudo foi na emergência do hospital São Paulo da UNIFESP. Para a efetivação da coleta dos dados utilizou-se como estratégia a observação participante que permitiu compreender e descrever o objeto da pesquisa. Para a sistematização e análise dos dados obtidos nas experiências vividas foi elaborado um diário contendo o registro das atividades exercidas. Por fim, foram descritas as atividades realizadas de forma sintética com o intuito de promover uma aproximação entre a teoria e a realidade prática vivenciada. Propiciando, assim análise crítica e reflexiva da experiência vivida. O processo pedagógico adotado pelo hospital proporcionou um olhar diferencial do programa para a residente visto que a mesma integra todas as profissões da área da saúde que dialogam todo o percurso do paciente em âmbito hospitalar e extra hospitalar, discutindo todos os viés necessários para melhor tratamento.

Descritores: Emergência. Fisioterapia. Residência.

ABSTRACT

The Multiprofessional Residence was created in 2005 from Law 11,129 and is guided by the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS). Integrating the multiprofessional team of technical assistance to emergencies and emergencies, the physiotherapist assists in the early care of the victim. Thus, the present study aims to describe the experience of the physiotherapist as a team member of the multiprofessional residence at University Hospital of São Paulo. The same happened in August 2016, within the program of Multiprofessional Residency in Health - Urgency and Emergency, of the São Paulo Hospital. The scenario where the study was developed was in the emergency room of the São Paulo Hospital of UNIFESP. For the purpose of data collection, participant observation was used as a strategy to understand and describe the research object. For the systematization and analysis of the data obtained in the lived experiences, a diary was drawn up to record the activities performed. Finally, the activities performed in a synthetic way were described in order to promote an approximation between the theory and the practical reality experienced. Providing thus critical and reflective analysis of the experience lived. The pedagogical process adopted by the hospital provided a differential view of the program for the resident since it integrates all the professions of the health area that dialogue the whole course of the patient in the hospital and outpatient setting, discussing all the necessary biases for better treatment.

Descriptors: Emergency. Physiotherapy. Residence.

INTRODUÇÃO

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) foram introduzidas e regulamentadas pela promulgação da lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Trata-se de uma modalidade de pós-graduação classificada como *lato sensu*, voltada para a educação em serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. Em dias de hoje, as RMS estão em processo de aprimoramento e novas regulamentações (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

Esta modalidade de formação de profissionais da saúde resulta da união de esforços entre os Ministérios da Educação e Cultura e o da Saúde com vistas a criar estratégias para formar profissionais aptos para trabalhar e comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS), na busca da integralidade. Apoiado no treinamento em serviço, as RMS têm como atributo formar profissionais segundo as necessidades locais, isto é, com habilidades e especialidades específicas conforme a deficiência regional. O termo integralidade origina-se do grego *holos* ou *ousia*, apontando para o sentido ser saudável e completo. No Brasil, é um dos princípios básicos do SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988. A integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações que visam à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade e propõe um modelo assistencial pautado no indivíduo, na família e na comunidade (COSTA, 2004).

A inserção do Fisioterapeuta em programas de Residências Multiprofissionais possibilita o conhecimento pelas demais profissões da saúde, a potencialidade da Fisioterapia em todos os seus níveis de atenção e a sua importância na integralidade em saúde (BAENA; SOARES, 2011).

O Fisioterapeuta deve atuar na Equipe Multiprofissional, através de uma abordagem interdisciplinar, objetivando a integralidade da assistência. A atuação deve ocorrer, preferencialmente, no âmbito coletivo, com o envolvimento e a participação da população (BISPO JUNIOR, 2010).

O interesse pelo assunto surgiu durante a proposta de vivência em equipes multiprofissionais de residentes em outros cenários além dos setores de um hospital de referência em urgência e emergência. O programa auxiliou no aperfeiçoamento da ênfase proporcionando novas experiências em outro cenário de prática, através

da realização de novas vivências em trabalho multi e interprofissional de forma integral, permitindo a atualização e ampliação do conhecimento teórico e prático através da observação de atividades práticas e situações reais desenvolvidas no Hospital São Paulo, proporcionando ainda a formação de um profissional mais crítico e preparado para o mercado de trabalho.

Dessa forma esse estudo teve como objetivo descrever a experiência do fisioterapeuta como membro de equipe de residência multiprofissional em Hospital Universitário de São Paulo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. O mesmo ocorreu no mês de agosto de 2016, dentro do programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Urgência e Emergência, do Hospital São Paulo.

O cenário onde se desenvolveu o estudo foi na emergência do hospital São Paulo da UNIFESP. Em atividade desde 1938, o Hospital São Paulo constitui-se como hospital de referência em ensino, desempenhando funções de pesquisa e complementação profissional, dentre 87 programas de residência da Unifesp.

É também elemento-chave que congrega e coordena várias outras instituições que complementam suas atividades, estabelecendo parcerias extremamente efetivas em segmentos específicos. É uma das instituições que pertencem ao Parque Tecnológico de São José dos Campos, que mantém parceria com outras das grandes instituições de ensino e empresas do país, como ITA, Unifesp, Embraer e Valle. Ao lado de uma intensa atividade assistencial, destaca-se também pela vasta produção científica, que o qualifica como uma instituição de excelência, tanto no cenário nacional quanto no internacional.

A instituição atende a todas as especialidades médicas, com vocação para procedimentos de alta complexidade. Mensalmente, são realizadas mais de 90 mil consultas, 2.600 internações, 1.600 cirurgias e cerca de 290 mil exames laboratoriais. Diariamente, são atendidos cerca de 4 mil pacientes ambulatoriais e mil nos serviços de pronto-socorro e pronto atendimento. Sua representatividade para os gestores estadual e municipal a torna responsável, na Grande São Paulo,

pela cobertura de uma área que abrange mais de 5 milhões de habitantes, além de atender pacientes de outros estados.

Diariamente, transitam pelos corredores do hospital mais de 840 residentes, cerca de 12 mil alunos de graduação, pós-graduação e especializando e mais de 5.300 colaboradores, entre docentes, profissionais de saúde e funcionários administrativos. O Hospital São Paulo tem como missão a prestação de assistência à saúde à população brasileira, por meio do Sistema Único de Saúde, e a formação de recursos humanos, que são imprescindíveis e contribuem para a qualidade do próprio SUS.

O sujeito do referido estudo foi a Fisioterapeuta Residente que permaneceu o mês de agosto de 2016 com a equipe multiprofissional do referido hospital. Para a efetivação da coleta dos dados utilizou-se como estratégia a observação participante que permitiu compreender e descrever o objeto da pesquisa.

Para a sistematização e análise dos dados obtidos nas experiências vividas foi elaborado um diário contendo o registro das atividades exercidas. Por fim, foram descritas as atividades realizadas de forma sintética com o intuito de promover uma aproximação entre a teoria e a realidade prática vivenciada. Propiciando, assim análise crítica e reflexiva da experiência vivida.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A residente permaneceu 4 (quatro) semanas na emergência do referido hospital em estudo. A emergência é composta por cinco setores, sendo estas emergências traumatológicas, mental, pronto socorro (PS), cuidados paliativos, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), onde atuam profissionais residentes de saúde, sendo estes: assistentes sociais, enfermeiras, nutricionistas, farmacêuticas, fisioterapeutas, terapeuta ocupacionais, fonoaudiólogo, psicólogos e médicos, sendo supervisionados por preceptores no serviço e a presença constante do coordenador do programa de urgência e emergência.

Durante o período em que a residente permaneceu no serviço, foi possível desenvolver diversas atividades, nos setores selecionados pela coordenação do programa das quais podemos citar como principais:

Nos Cuidados Paliativos a permanência foi de 2 (duas) semanas, foi possível acompanhar atendimentos de patologias genéticas, degenerativas, oncológicas; visita multiprofissional diariamente com todas as categorias de profissionais residentes; atendimento de paciente em estado terminal; reuniões familiares para anúncio de más notícia; aulas e seminários multiprofissionais referentes aos cuidados paliativos.

No pronto socorro a permanência foi de 1 (uma) semana, foi possível realizar atendimentos de patologias clinica de forma geral, como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica exacerbada (DPOC), câncer, pneumonias, dentre outras; acompanhamento de visita multiprofissional diariamente com todas as categorias de profissionais residentes; reuniões familiares para esclarecimento do quadro clínico do paciente; aulas e seminários multiprofissionais referentes ao atendimento em urgência e emergência.

Na UTI a permanência foi de 1 (uma) semana, foram realizados atendimentos de patologias diversas, pacientes críticos, em ventilação mecânica; visita multiprofissional diariamente com todas as categorias de profissionais residentes; atendimento de paciente em estado terminal; acompanhamento de reuniões familiares para anúncio de más notícias; aulas e seminários multiprofissionais referentes à pacientes em cuidados intensivos.

A maioria dos pacientes admitidos na emergência recebeu atendimento fisioterapêutico com abordagem respiratória e motora. Dentre os procedimentos de fisioterapia respiratória, os mais utilizados foram terapia de remoção de secreção, manobras de expansão pulmonar e aspiração das vias aéreas. Em relação à fisioterapia motora, empregou-se com mais frequência exercícios de amplitude de movimento, alongamento, sedestação e posicionamento terapêutico. Percebeu-se que a atuação do fisioterapeuta em emergência é bem diversificada e depende do perfil do setor e do hospital em questão.

ANÁLISE CRÍTICA

Atuação nos Cuidados Paliativos

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a definição sobre o que são cuidados paliativos relacionados ao câncer e o que cabe a esta abordagem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990).

Em 2002, o conceito de cuidados paliativos foi revisado, sendo incluídas outras doenças crônicas que ameaçam a vida da mesma maneira que o câncer. A orientação foi direcionada para uma abordagem conjunta com outros tratamentos, sugerindo que os cuidados paliativos fossem iniciados junto com as terapias de cura ou modificadoras do curso da doença, em caso de ameaça à vida. Além disto, manifestou-se a preocupação em cuidar do luto dos familiares e cuidadores (SEPÚLVEDA et al., 2002).

Atualmente, a OMS define cuidados paliativos como: uma abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente e de suas famílias ajudando-os a lidar com os problemas associados às doenças ameaçadoras à vida, prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce, impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Nesse sentido pode-se observar que os cuidados paliativos apresentam um modelo inovador e singular para as políticas de saúde e sociais, pois focam na autonomia do paciente e usam uma abordagem integral que combina excelência técnica e conhecimento (ex.: controle de sintomas), habilidades (ex.: comunicação) e atitudes (ex.: encarar cada paciente como um indivíduo com uma rica história de vida).

A atuação da fisioterapia em cuidados paliativos possibilita ao paciente o enfrentamento de uma doença avançada proporcionando qualidade de vida, através de condutas que o mantenham funcional em suas práticas diárias. A reabilitação frente a uma enfermidade requer estratégias de prevenção, restauro de suporte e de palição (FLORENTINO et al., 2012).

A fisioterapia oferece um suporte para que os pacientes vivam o mais ativamente possível, com dignidade e conforto, além de oferecer ajuda à família na assistência ao paciente, no enfrentamento da doença e luto (VAZ, 2013; ARRAIS, 2014; CRUZ, 2015). O fisioterapeuta possui métodos e técnicas que são imensamente úteis na abordagem dos cuidados paliativos. Porém, é necessário que esteja preparado, técnica e emocionalmente, a fim de proporcionar o adequado atendimento (ROSARIO, FRAILE, 2002).

A atuação do fisioterapeuta deve ser consoante à funcionalidade do paciente, ou seja, quando totalmente dependente, o enfoque deve ser nos cuidados ativos de

conforto, como o posicionamento e orientação quanto às mudanças de decúbito, transferências e mobilização global, prevenindo deformidades e outras complicações.

O fisioterapeuta procura reduzir a dependência e dar apoio aos cuidadores e familiares, construindo uma educação e treinamento, atuando na prevenção da deterioração funcional, recuperação da autonomia pessoal e de alívio de outros sintomas. Desta forma, busca a manutenção e melhora da mobilidade articular, preservação, quando possível, da função muscular, prevenção e minimização dos efeitos da atrofia e das complicações respiratórias (FLORENTINO et al., 2012; VAZ, 2013).

A atuação nos cuidados paliativos foi um desafio muito grande visto que a residente não tinha experiência com este tipo de paciente. A fisioterapia buscou não somente a funcionalidade, mas também a coesão social, maximização do significado da vida e estabelecimento de estratégias de suporte.

Atuação no Pronto Socorro

De acordo com o Ministério da Saúde, o pronto-socorro é um estabelecimento de saúde para prestar assistência aos indivíduos, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde os fazem necessitar de atendimento imediato. Funcionam 24 horas por dia e dispõem de leitos de observação, destinados a pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica e/ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou de terapêutica por período inferior a 24 horas (BRASIL, 1987).

O serviço de urgência e emergência é a porta de entrada do hospital para o paciente que apresenta alterações dos pontos de vista biológicos e físicos, causando risco de vida (NEVES, 2006).

Tradicionalmente, a emergência consistia em unidade de tratamento prestado, principalmente, por médicos e enfermeiros treinados no cuidado do trauma agudo, doenças clínicas agudas ou exacerbação de doenças crônicas. As pessoas que não necessitavam ser admitidas no hospital, mas que requeriam o atendimento da Fisioterapia eram referenciadas para o serviço de Fisioterapia (KILNER; SHEPPARD, 2010).

A atuação dos Fisioterapeutas, nas unidades de urgência e emergência dos hospitais, ainda não está consolidada ou definida nos modelos organizacionais de

gestão. Porém, durante a última década, seguindo as tendências internacionais, principalmente, no Reino Unido e na Austrália, a discussão sobre a inserção dos Fisioterapeutas nas unidades de emergência tem promovido o questionamento e a investigação dos benefícios e dos espaços de atuação destes profissionais (ANAF; SHEPPARD, 2010).

A inserção dos profissionais Fisioterapeutas nas equipes de urgência e emergência é recente nos hospitais brasileiros e sua atuação ainda é restrita. O objetivo principal do atendimento Fisioterapêutico nessas unidades é dar suporte rápido e eficiente para disfunções cardiorrespiratórias, principalmente nas primeiras horas, evitando, assim, um possível agravamento no quadro clínico, como a necessidade de intubação orotraqueal, utilização de ventilação mecânica invasiva e evolução para a UTI OGAWA et al., 2009).

Os principais diagnósticos de admissão na emergência foram relacionados às causas pulmonares e cardiovasculares, com quadros clínicos que se beneficiariam de técnicas utilizadas na Fisioterapia Respiratória.

A Fisioterapia Respiratória é utilizada em pacientes críticos ou potencialmente críticos, com o objetivo de prevenir e/ou tratar as complicações respiratórias, utilizando para isso, geralmente, uma combinação de procedimentos que objetivam a higiene brônquica e a expansão pulmonar (SCHETTINO, 2007).

Além do seu papel tradicional no tratamento da obstrução ao fluxo aéreo, retenção de secreção e disfunção muscular, aspectos como a mobilização global e o treinamento muscular são considerados importantes na abordagem ao paciente crítico e potencialmente crítico, segundo as diretrizes elaboradas e publicadas pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) em 2012 (FRANÇA et al., 2012).

É recente a inserção do fisioterapeuta no pronto-socorro de alguns hospitais brasileiros. Porém, o serviço de Fisioterapia já tem demonstrado vantagens, refletindo um atendimento mais rápido e eficiente, menores índices e tempo de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva, menor número de complicações, infecções e menor tempo de internação hospitalar (ALTHEMAN, 2007).

A necessidade do Fisioterapeuta na unidade de emergência é justificada, dado ao grande número de pacientes possuírem diagnóstico cardiopulmonar, necessitarem de oxigenioterapia, ventilação mecânica e permanecer longo período

na emergência. A inserção do profissional Fisioterapeuta na equipe assistencial das unidades de urgência e emergência pode favorecer o atendimento e tratamento precoces de patologias agudas ou crônicas e suas comorbidades, diminuindo, assim, o risco de piora na evolução do quadro clínico dos pacientes que permanecem por grande período internado nessas unidades.

Atuação do Fisioterapeuta na UTI

Um dos princípios da atuação nesta unidade é a mobilização precoce devido a diminuição da incidência de tromboembolismo e de trombose venosa profunda (TVP) além da melhor oxigenação e nutrição dos órgãos internos. A movimentação ativa quando possível, a mobilização passiva a massoterapia, padrões ventilatórios e uso de incentivadores inspiratórios são as principais formas de prevenir as alterações nos sistemas viscerais.

A força tarefa da European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine estabeleceu recentemente uma hierarquia de atividades de mobilização na UTI, baseada numa sequência de intensidade do exercício: mudança de decúbitos e posicionamento funcional, mobilização passiva, exercícios ativo assistidos e ativos, uso de ciclo ergômetros na cama; sentar na borda da cama; ortostatismo, caminhada estática, transferência da cama para poltrona, exercícios na poltrona e caminhada. A força tarefa recomenda ainda que o Fisioterapeuta deva ser o profissional responsável pela implantação e gerenciamento do plano de mobilização. Esta sequência de atividades reflete especificidade para o treinamento de futuras tarefas funcionais (GOSSELINK et al., 2008).

Levando-se em consideração uma nova dinâmica dentro de uma UTI, de uma nova contextualização, onde o profissional fisioterapeuta está inserido em uma equipe multidisciplinar, fazendo parte integrante do suporte básico e avançado ao paciente, seja por deliberação de uma Resolução da ANVISA (RDC Nº 07, 24 de fevereiro de 2010), ou, pelo entendimento consolidado em literatura científica, bem como, na prática dentro das Unidades de Terapia Intensiva é, sobremaneira importante, a atuação deste profissional e de sua qualificação técnica, para proporcionar um atendimento diferenciado e individualizado, visando uma evolução satisfatória. Não obstante, o provimento das condições mínimas necessárias para o pleno exercício de sua atividade profissional, corrobora, de forma singular, para a

assistência integral ao paciente, visando um prognóstico favorável e o pleno restabelecimento de sua higidez.

A perda ou diminuição da capacidade funcional do paciente impede ou modifica a sua vida pós-internação, independentemente de continuar seu trabalho e desfrutar de uma vida social.

A imobilidade prolongada pode alterar também o estado emocional do paciente, independente da patologia que o levou ao decúbito prolongado, podendo apresentar ansiedade, apatia, depressão, labilidade emocional, isolamento social entre outros. O fisioterapeuta atua sobre os efeitos causados pela imobilidade do paciente restrito ao leito, bem como, a diminuição do tempo de permanência na UTI.

A monitorização dos parâmetros do paciente durante e após a realização dos exercícios terapêuticos, é obrigatório e recomenda-se: avaliar o padrão ventilatório do paciente e o conforto a ventilação mecânica (VM), mudanças excessivas na pressão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio, arritmias no eletrocardiograma, além de observar a consciência do paciente e verificar a dosagem de drogas vasoativas e sedativas. Pacientes com instabilidade hemodinâmica, que necessitam de suporte ventilatório não são recomendados a realizarem atividades de mobilização mais intensa e agressiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe do hospital São Paulo deu todo suporte para identificação e resoluções de situações problemas. Na identificação das patologias, no traçar de plano terapêutico, no raciocínio rápido visto que na emergência não se tem muito tempo diante das situações limites de vida dos pacientes. O processo pedagógico adotado pelo hospital proporcionou um olhar diferencial do programa para a residente visto que a mesma integra todas as profissões da área da saúde que dialogam todo o percurso do paciente em âmbito hospitalar e extra hospitalar, discutindo todos os viés necessários para melhor tratamento.

O hospital por ser universitário traz um cenário muito diferente visto que o mesmo funciona quase que exclusivamente pelo trabalho dos residentes e a supervisão dos preceptores, isso faz com que todas as categorias sejam muito

coesas em seus planos de tratamento, havendo visitas com discussões diárias entre todos os profissionais envolvidos na emergência.

Durante a vivência foi observado que existe a necessidade de investimento em recursos materiais para melhoria no atendimento dos pacientes, porém as atividades são realizadas pelos profissionais com o máximo desempenho possível.

REFERÊNCIAS

- ALTHEMAN F. Transformar. **Rev CREFITO**. Vol. 3, p. 24-5, 2007.
- ANAF S, SHEPPARD LA. Lost in translation? **How patients perceive the extended scope of physiotherapy in the emergency department**. **Physiotherapy**. 2010 Jun;96(2):160-8.
- ARRAIS RCS. **Atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos oncológicos**. Disponível em: <http://www.sotamig.com.br/downloads/2014/_trab_03.pdf>. Acesso em: 14/02/2017.
- BAENA, C. P.; SOARES, M. C. F. Fisioterapia e integralidade: novos conceitos, novas práticas. Estamos prontos? **Fisioterapia**. Rio de Janeiro, v.12, n.2 , p.133-138, abr. 2011.
- BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, p.1627-1636, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
- COSTA AM. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Saude soc**. vol. 13, n. 3, p. 5-15. 2004
- CRUZ HAG. **Papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos**. Dissertação de mestrado. 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.11/2752//>>. Acesso em: 14/02/2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DF Nº 37 – D.O.U de 25/02/10 – seção 1 – p. 48 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO-RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010**. Disponível em: <http://www.saude.mag.gov.br/atos.../RDC-7_ANVISA%20240210.pdf> Acesso em: 14 fev 2017.
- FLORENTINO D, et al. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, 2012;11.2. Disponível em: <<http://revista.hupe.uerj.br/default.asp?ed=62>>. Acesso em: 14/02/2017.
- FRANÇA EET, FERRARI F, FERNANDES P, CAVALCANTI R, DUARTE A, MARTINEZ BP et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do

Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Rev Bras Ter Intensiva**. Vol. 24, n,1, p. 6-22, 2012.

GOSSELINK R, BOTT J, JOHNSON M, et al - Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. **Intensive Care Med**, vol. 34, p. 1188–1199, 2008.

KILNER E, SHEPPARD L. The 'lone ranger': a descriptive study of physiotherapy practice in Australian emergency Departments. **Physiotherapy**. 2010 Sep;96(3):248-56.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília; 2006.2.

NEVES, CAB. Urgências e emergências em saúde: Perspectivas de profissionais e usuários. **Cad Saúde Pública**. Vol. 22, n. 3, p. 691-4, 2006.

OGAWA KYL, DINIZ JS, FRIGERI LB, FERREIRA CAS. Intervenção fisioterapêutica em emergências cardiorrespiratórias. **O Mundo da Saúde**. vol. 33, n. 4, p. 457-66, 2009.

ROSARIO MAB, FRAILE AA. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. **Aten. Primaria**; 2002

SCHETTINO GPP. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. **J Bras Pneumol**. vol. 33, n. Supl 2, p. S92-S105, 2007.

SEPÚLVEDA C, MARLIN A, YOSHIDA T, et al. Palliative care: the World Health Organization's Global perspective. **Journal of Pain and Symptom Management**. Vol. 24, n. 2, p. 91-6, 2002.

VAZ J. **Papel do fisioterapeuta numa equipe de cuidados paliativos**. Dissertação de mestrado. 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10216/72712/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Report of a WHO Expert Committee. **Technical Report Series** No 804, Geneva: World Health Organization; 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer. **Palliative Care. Definition of Palliative Care** – [atualizada em 2014; acesso em: 2017 fev 14]. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>.