

Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas

Ruth Ester Assayag Batista^(a)
Marina Peduzzi^(b)

Batista REA, Peduzzi M. Collaborative interprofessional practice in emergency services: specific and shared functions of physiotherapists. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1685-95.

Considering the dynamic and complex characteristic of emergency services, as well as the recommended collaborative interprofessional health practice, this study aims at identifying specific and shared functions of physiotherapists who work in this environment. A documentation analysis was used to map actions, and Delphi technique was carried out for consensus purposes. Twenty-six functions were identified: five of them were specific to physiotherapists, twelve were shared with doctors and nurses, and nine showed no consensus. On the one hand, this shows an expansion of the professions' scope of practice and constitution of common functions among all three professionals, particularly between physiotherapists and doctors. On the other hand, there are potential conflicts due to lack of a definition of one third of the functions. Professional boundaries are flexible, which can contribute to a comprehensive approach of the patients' needs and to effective collaborative teamwork.

Keywords: Interprofessional relationships. Patient care team. Collaborative behavior. Physiotherapy. Emergency service.

Consideradas a dinamicidade e complexidade dos serviços de emergência, bem como a recomendação de prática colaborativa interprofissional em saúde, este estudo foi desenvolvido para identificar as atribuições específicas e as compartilhadas dos fisioterapeutas que atuam nas equipes desses serviços. Foi realizada análise documental, para mapeamento das ações, e técnica Delphi, para consenso. Foram identificadas 26 atribuições, sendo cinco privativas do fisioterapeuta, 12 compartilhadas com médicos e enfermeiros e nove sem consenso. Isso mostra, de um lado, a ampliação do escopo de prática das profissões e a constituição de atribuições comuns entre os três profissionais, em especial entre fisioterapeutas e médicos. Por outro lado, também mostra que existem potenciais conflitos pela indefinição de um terço de atribuições. Há flexibilidade das fronteiras profissionais, o que pode contribuir para abordagem integral das necessidades dos pacientes e efetivo trabalho em equipe colaborativo.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Equipe de assistência ao paciente. Comportamento cooperativo. Fisioterapia. Serviço de emergência.

^(a) Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica, Universidade Federal de São Paulo. Rua Napoleão de Barros, 754, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil. 04024-002. ruth. ester@unifesp.br

^(b) Departamento de Orientação Profissional, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. peduzzimarina@gmail.com

Introdução

A prática interprofissional colaborativa (PIC) tem sido recomendada mundialmente para a melhoria da qualidade assistencial e como alternativa para recomposição dos trabalhos especializados, pois é mais abrangente, tem melhor qualidade e é mais efetiva na assistência à saúde¹. Essa prática é um complexo processo, no qual os profissionais com formações distintas associam-se e compartilham *expertise*, conhecimento e habilidade com o propósito de prover um cuidado que tenha impacto na saúde dos indivíduos². Estudos demonstram a necessidade de trabalho colaborativo interprofissional para o alcance da assistência holística, centrada no paciente, com custo e qualidade adequados³. Entre os profissionais que atuam nas instituições de assistência à saúde, a PIC aumenta a satisfação dos pacientes e dos profissionais; é mais custo-efetiva; melhora os desfechos dos pacientes; e pode conduzir à melhoria da qualidade assistencial à saúde da população^{4,5}.

Os serviços de emergência (SE) podem ser vistos como o local no qual a PIC é essencial para a segurança do paciente e o desenvolvimento do cuidado efetivo, pois é um ambiente dinâmico, no qual há mudanças rápidas no estado clínico do paciente⁶. Nos SE, as equipes especializadas prestam assistência à pacientes de alta complexidade, o que torna as unidades de alto risco para ocorrência de erros, de modo que a comunicação, a colaboração e a coordenação se tornam essenciais para o cuidado efetivo^{7,8}.

Ressalta-se que, na atual situação dos SE, o aprimoramento da PIC poderia contribuir positivamente para a qualidade assistencial, porque essas unidades são um importante componente da assistência à saúde, tornando-se a porta de entrada para acesso à assistência com mais tecnologia. Isso se deve a diversos fatores, como o crescimento da demanda decorrente do aumento do número de acidentes de trânsito e da violência urbana⁹, a insuficiente estruturação da rede assistencial e a falta de leitos disponíveis para internação¹⁰, que contribuem para a sobrecarga dos SE^{11,12}.

A qualidade assistencial pode ser comprometida, pois estudos mostram associação entre a superlotação dos SE e o aumento da mortalidade nestes serviços¹³. Nesse cenário de superlotação, as atribuições não médicas nos SE têm aumentado, em resposta ao aumento da demanda e à necessidade de manter a qualidade assistencial¹⁴. Doenças ou agravos que deveriam ser tratados em serviços com nível de complexidade correspondente passaram a ser tratados nos SE, pois os pontos de atenção à saúde são isolados, fragmentados e com pouca comunicação, diminuindo a capacidade de a rede de atenção prestar assistência contínua à população¹⁵.

Historicamente, a equipe de trabalho nos SE era constituída por médicos e enfermeiros, capacitados para o atendimento de situações clínicas e cirúrgicas agudas. Nas últimas décadas, ela passou a incluir também o fisioterapeuta¹⁶, o que desencadeou intenso debate sobre os benefícios da inclusão desse profissional nestas equipes¹⁷⁻¹⁹.

A inclusão de novos profissionais na assistência ao pacientes do SE não se desdobra automaticamente em PIC. Esta, por sua vez, requer o estabelecimento de condições propícias, como efetiva comunicação; apropriada diversidade das competências dos componentes das categorias da equipe; flexibilidade de suas atribuições, respeitadas as especificidades de cada profissão; e cultura de trabalho em equipe com respeito mútuo, compromisso, confiança, camaradagem e compartilhamento de saberes, atividades e novas habilidades²⁰.

Também é destacada como necessária para a PIC a clareza das atribuições dos membros das equipes²⁰⁻²². Há conflitos relativos aos papéis das diversas profissões²³, gerados, principalmente, pelas rígidas fronteiras das atribuições profissionais e pelo desconhecimento do escopo de prática e responsabilidade de cada área^{23,24}, bem como pela dificuldade de contribuir com outros profissionais, rivalidades e ressentimentos entre as áreas de atuação²⁵.

Escopo de prática refere-se ao elenco de competências desenvolvidas durante a formação profissional de cada área, que permite sua mobilização diante de situações que requerem assistência profissional^{26,27}. Neste estudo, adota-se o referencial teórico de educação e prática interprofissional, em especial a tipologia de competências de Barr^{26,27}, que analisa, na perspectiva interprofissional, três tipos de competências: as complementares, que são específicas de cada área de atuação; as comuns, que são compartilhadas entre diversas categorias profissionais; e as colaborativas, que fundamentam

a colaboração entre profissionais de diferentes áreas. Assim, existem áreas de sobreposição das atribuições profissionais em saúde que, por um lado, podem originar conflitos²⁸, mas, por outro, podem constituir parcerias entre profissionais que reconhecem simultaneamente as especificidades de cada área e a constituição de um campo comum e colaborativo de responsabilidades no cuidado em saúde.

Nesse contexto, fica demonstrado que a PIC requer o reconhecimento das atribuições de enfermeiros, fisioterapeutas e médicos que têm atuação mais intensa e frequente nas equipes de SE.

A proposição de analisar as atribuições do fisioterapeuta nos serviços de emergência está vinculada a um estudo mais amplo, que analisa as ações dos enfermeiros, fisioterapeutas e médicos das equipes assistenciais que atuam nos SE^(c), motivado pela necessidade de melhor compreender o trabalho interprofissional nos SE no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista maior integração no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

^(c) Pesquisa mais ampla intitulada "Identificação das atividades comuns e específicas dos profissionais dos Serviços de Emergência e sua contribuição para prática interprofissional colaborativa".

Este estudo justifica-se pela contribuição que o mapeamento das atribuições dos profissionais no SE pode trazer para melhor atuação das equipes. O reconhecimento das ações específicas de cada profissão ajuda na clareza dos respectivos papéis e deve contribuir para uma relação interprofissional mais resolutiva e harmoniosa. A clareza de papéis também subsidiará a definição de objetivos comuns, que expressam um projeto assistencial integrado com impacto na qualidade da assistência ao paciente. No âmbito da educação profissional, este estudo deve contribuir para o planejamento acadêmico dos cursos de graduações em Enfermagem, Fisioterapia e Medicina, bem como da residência multiprofissional.

Esta pesquisa seguiu as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e teve seu início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 55715116.5.0000.5392). Todos os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O objetivo deste estudo foi mapear as atribuições específicas e compartilhadas dos fisioterapeutas que atuam em equipes de serviços de emergência.

Método

Trata-se de estudo transversal exploratório, realizado em duas fases, sendo que a primeira foi constituída por análise documental e a segunda utilizou a técnica Delphi.

Na análise documental, foram feitas a busca de documentos oficiais sobre regulação da atuação do fisioterapeuta nos SE, formação profissional e políticas pública acerca de SE no país. Nas diversas fontes consultadas, foram utilizadas as palavras-chaves "emergência" e/ou "urgência", "atribuições", "função", "atividades" e "competências". Foi realizada busca minuciosa por documentos em todas as janelas e *links* dos *sites* relacionados à regulação da Fisioterapia no Brasil, utilizando como critério de inclusão a referência às atribuições dos fisioterapeutas nos SE. A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro de 2016.

A busca de documentos foi realizada a partir do ano de 2002, que corresponde ao ano de publicação do parecer 1.133 do Conselho Nacional de Educação/Câmara Superior de Educação e diz respeito às Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia²⁹. As fontes utilizadas

na coleta de dados para o tema relacionado à regulação da prática profissional do fisioterapeuta foram sites dos órgãos reguladores, como o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)³⁰, e os 16 sites dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO)³¹. Informações sobre a formação profissional foram buscadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia²⁹, e sobre as políticas públicas, na Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde³² e nos sites da Associação de Fisioterapeutas do Brasil³³, da Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia³⁴ e da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia³⁵. Também foram feitas consultas à legislação do exercício da Fisioterapia no país – Decreto-Lei 938, de 13 de outubro de 1969, que regulamenta a profissão no Brasil³⁶ –; às Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Fisioterapia²⁹, que descrevem as competências a serem construídas durante a graduação; e às Resoluções ou Portarias do COFFITO³⁰ e do CREFITO³¹.

Porém, a estratégia de busca descrita não permitiu identificar documentos sobre a regulação da especialização da Fisioterapia na área de emergência, assim como documentos que descrevessem a atuação dos profissionais nos SE, apesar do fisioterapeuta ter atribuições nesses serviços evidenciadas na literatura nacional e internacional³⁷⁻⁴¹.

Diante desse resultado negativo, optou-se por nova busca das atribuições listadas em áreas afins aos SE, como as fisioterapias cardiovascular, respiratória e de terapia intensiva, descritas no site do COFFITO³⁰. Excluídas as repetições, foram listadas as atribuições do fisioterapeuta nas três especialidades referidas e seguiu-se para próxima fase do estudo.

Na segunda etapa do estudo, as atribuições identificadas compuseram questionário para aplicação por meio da técnica Delphi, com objetivo de construção de consenso das atividades específicas e compartilhadas do fisioterapeuta nos SE.

A técnica Delphi permite obter consenso do grupo de *experts* na área do conhecimento sobre determinado fenômeno – neste caso, as atribuições dos fisioterapeutas em SE. Quanto ao número de *experts*, a literatura não menciona um número ideal, mas sugere um número mínimo de cinco como suficiente para o controle de concordância, recomendada entre 50% e 80%⁴². Neste estudo, definiu-se a obtenção de 80% de consenso e o número de sete *experts*, que foram selecionados por amostragem não probabilística denominada amostra por bola de neve, que utiliza cadeias de referência por meio de indicação de profissionais com atuação em SE⁴³. Os critérios para indicação era a experiência de no mínimo dois anos em SE e a aceitação na participação do estudo. Foi adotado esse sistema de seleção por não existir a especialidade de fisioterapia em emergência, o que impossibilitou a busca em base de dados de currículos. O primeiro contato foi realizado via e-mail com uma fisioterapeuta reconhecida por seus pares por sua experiência em Serviços de Emergência, tanto na assistência quanto na formação de novos profissionais.

O questionário enviado para os *experts*, por meio do Google® formulários, verificava se aquela atribuição era realizada pelo fisioterapeuta no SE; se fosse, o especialista deveria responder se aquela atribuição era privativa ou compartilhada com médicos, enfermeiros ou com ambos. Além dessas questões, continha uma pergunta aberta, para que o especialista acrescentasse atribuições não elencadas.

Resultados

A consulta ao site do COFFITO sobre ações executadas pelo fisioterapeuta nas áreas afins ao SE (fisioterapias cardiovascular, respiratória e de terapia intensiva) resultou na identificação de 54 atribuições do profissional.

Na segunda fase do estudo, o painel de *experts* foi constituído por sete juízes *experts*, em sua maioria homens (71,4%), com tempo médio de formação de sete anos, média de idade de 30,6 anos e de 4,7 anos em média de experiência em SE.

No formulário encaminhado aos *experts*, foram incluídas as 54 atribuições das áreas afins ao SE. Foram realizadas três rodadas, até a obtenção do consenso de 80%, tanto das atribuições privativas do fisioterapeuta quanto das compartilhadas com médicos e enfermeiros.

Das 54 atribuições, foram excluídas 38 e incluídas dez, que foram sugeridas pelos *experts*, resultando em 26 atribuições, sendo cinco privativas do fisioterapeuta (Quadro 1), seis compartilhadas com médicos e enfermeiros (Quadro 2), uma compartilhada com enfermeiros, cinco compartilhadas com médicos (Quadro 3) e, em nove atribuições, não houve consenso quanto ao reconhecimento de ações privativas ou compartilhadas (Quadro 4).

Quadro 1. Atribuições privativas dos fisioterapeutas no serviço de emergência

Prescrever e executar a intervenção fisioterapêutica cardiovascular, respeitando os limites clínicos de segurança
Determinar diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico
Prescrever e empregar métodos, técnicas e/ou recursos fisioterapêuticos adjuvantes, sempre que julgar benéfico
Determinar as condições de alta fisioterapêutica em nível hospitalar e prescrevê-las
Registrar em prontuário dados sobre avaliação, diagnóstico, prognóstico, intervenção, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica

Fonte: São Paulo (SP), Brasil, 2017.

Quadro 2. Atribuições dos fisioterapeutas compartilhadas com enfermeiros e médicos no serviço de emergência

Gerenciar a ventilação espontânea, a oxigenoterapia, a inaloterapia, o suporte ventilatório invasivo ou não invasivo, bem como a via aérea natural e/ou artificial
Trabalhar em equipe multiprofissional na reabilitação de indivíduos com disfunções cardiovasculares e metabólicas
Avaliar e monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios, inclusive em situações de deslocamento do paciente crítico ou potencialmente crítico
Interpretar exames complementares
Aplicar medidas de prevenção e controle de infecções no ambiente hospitalar
Participar da equipe e dos procedimentos de suporte à vida

Fonte: São Paulo (SP), Brasil, 2017.

A única atribuição compartilhada somente com enfermeiros foi a realização do posicionamento no leito para favorecer a mecânica respiratória.

Quadro 3. Atribuições dos fisioterapeutas compartilhadas com médicos no serviço de emergência

Avaliar a condição de saúde do paciente crítico ou potencialmente crítico para a realização do desmame e extubação do paciente em suporte ventilatório invasivo
Avaliar a instituição do suporte de ventilação não invasivo e as condições de saúde do paciente crítico ou potencialmente crítico para sua retirada
Realizar avaliação e monitorização da via aérea natural e artificial do paciente crítico ou potencialmente crítico
Favorecer controle gasométrico por meio de ajustes ventilatórios invasivos e não invasivos
Identificar assincronia entre paciente e ventilador por meio da avaliação e monitorização gráfica do ventilador

Fonte: São Paulo (SP), Brasil, 2017.

Quadro 4. Atribuições realizadas pelo fisioterapeuta no serviço de emergência que não obtiveram consenso entre os especialistas quanto a serem específicas ou compartilhadas

Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, condicionamento cardiorrespiratório do paciente crítico ou potencialmente crítico.
Favorecer a dessensibilização para realização da ventilação não invasiva
Realizar avaliação físico-funcional e monitorização de indivíduos com disfunção cardiovascular, metabólica e/ou musculoesquelética
Conhecer as respostas cardiorrespiratórias e vasomotoras à mudança postural, ao esforço físico e às demais intervenções fisioterapêuticas e monitorá-las durante as atividades propostas
Estimular nível de consciência por meio de estímulos proprioceptivos e alterações posturais
Estimular conscientização temporal e espacial
Corrigir assincronia entre o paciente e ventilador
Estabelecer a capacidade funcional cardiorrespiratória e estratificar o risco cardiovascular do indivíduo
Manter a amplitude de movimento por meio de posicionamento, mobilização passiva, ativoassistida e ativa no leito

Fonte: São Paulo (SP), Brasil, 2017.

Discussão

Este estudo exploratório buscou identificar as atribuições dos fisioterapeutas nos SE com vistas à PIC. A clareza das atribuições das profissões que atuam no SE é necessária para diminuir os conflitos, a fragmentação das ações de cuidado e a sua consequente omissão, repetição e/ou desperdício de recursos, melhorando a qualidade assistencial e possibilitando uma assistência holística orientada pelas necessidades de saúde dos pacientes^{3,21}.

No Brasil, o exercício de qualquer profissão da área da saúde requer qualificação profissional estabelecida por lei. A Fisioterapia foi regulamentada pela publicação do Decreto-Lei 938, em 13 de outubro de 1969³⁶, de acordo com a Constituição Federal, em seu Artigo 22, inciso XVI, que estabelece como competência privativa à União legislar sobre a organização das profissões. No entanto, essa função foi delegada aos Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional, como o COFFITO³⁰, no caso da Fisioterapia.

Como críticas a esse modelo de regulação das profissões, citam-se o prevailecimento dos interesses corporativos, que, muitas vezes, não atendem as necessidades de saúde da população brasileira e do SUS; e a legislação, que conserva monopólios corporativistas na regulação do trabalho, que podem disseminar conflitos, promovendo a competição entre as profissões de saúde⁴⁴. Contrapondo ao que este sistema fomenta, a prática colaborativa necessita que diferentes categorias profissionais da saúde trabalhem regularmente juntas, para resolver problemas dos usuários dos serviços e prestar assistência^{1,3}. Na PIC prática, há necessidade de negociações regulares entre os indivíduos, pois é frequente os profissionais terem conhecimento limitado da atuação, das competências e das responsabilidades das demais áreas⁴⁵.

A modificação do escopo profissional tem ocorrido em diversas profissões ao redor do mundo. Nos Estados Unidos, a Health Professions Regulation destaca a importância dessas mudanças para melhorar o acesso da população à atenção à saúde, tendo assistência mais custo-efetiva e com melhor qualidade. No país, o escopo profissional é definido pelo Estado, que determina as atribuições e condições de trabalho dos profissionais na assistência, além de definir os requerimentos para educação e treinamento, certificações, licenças e supervisão⁴⁶. Ressalta-se que um escopo restritivo de prática é uma barreira à assistência à população.

Outros fatores que podem interferir no desenvolvimento da prática colaborativa nas instituições de saúde são as incipientes iniciativas educacionais, que desenvolvem as capacidades colaborativas nos estudantes⁴⁷. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional descrevem a atuação multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar, com extrema produtividade na promoção da saúde, baseada na convicção científica de cidadania e de ética, como competência a ser desenvolvida no discente durante a graduação²⁹.

Apesar da inexistência do reconhecimento pelo COFFITO da especialidade dos fisioterapeutas para atuação nos SE, os profissionais têm várias atribuições nessas unidades, tanto no Brasil quanto no exterior³⁷⁻⁴¹.

Entre as atribuições específicas dos fisioterapeutas, constam prescrição e emprego de métodos, técnicas ou recursos fisioterapêuticos; diagnóstico, prognóstico e alta da Fisioterapia; e registro em prontuário. Tais atribuições estão de acordo com as regulamentadas pelo Decreto-Lei 938, que estabelece como atividade privativa do fisioterapeuta a execução de métodos e técnicas fisioterápicas, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente³⁶.

As atribuições que foram citadas como compartilhadas com médicos e enfermeiro são, na maioria, relacionadas à monitorização da via aérea natural ou artificial e a cuidados de ventilação mecânica. A literatura nacional e internacional corroboram esse achado, demonstrando que o trabalho é compartilhado entre esses três profissionais^{48,49}. O trabalho colaborativo e a comunicação entre os três profissionais são fundamentais no desmame do paciente do respirador, devendo-se combinar o conhecimento subjetivo do paciente com seus dados clínicos, o equilíbrio entre protocolos e necessidades individuais e a análise de aspectos físicos e psicológicos durante o desmame⁴⁹.

Em relação à participação do fisioterapeuta nos procedimentos de suporte à vida, também se encontra na literatura que a reanimação cardiopulmonar deve ser realizada pela equipe multiprofissional e que a assistência respiratória, que é uma das principais intervenções destes profissionais nos SE, é de fundamental importância para o sucesso dessa medida terapêutica⁵⁰.

Em relação à adoção de medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência a saúde, a adesão de todos os profissionais da saúde é fundamental para a manutenção da segurança do paciente⁵¹.

Apesar da ausência de consenso sobre o compartilhamento de algumas atribuições, este estudo foi interrompido, considerando que, usualmente, três rodadas da técnica Delphi⁴² são suficientes para a obtenção de consenso possível no momento e no contexto da pesquisa e entendendo que as mudanças da prática do fisioterapeuta nos SE estão em curso no país e no cenário internacional, sendo influenciadas pelas características e pela cultura organizacional da instituição na qual estão inseridos os profissionais.

A limitação deste estudo referiu-se à inexistência da especialidade de fisioterapia em SE, sendo preciso buscar suas atribuições em áreas afins, e isso pode ter levado à omissão de algumas atividades realizadas pelo fisioterapeuta, como a atuação com pacientes com lesões musculoesqueléticas periféricas ou as manobras para alívio da dor lombar, citadas na literatura internacional e não referidas pelos juízes que participaram deste estudo^{52,53}. Considera-se que a técnica Delphi foi uma escolha correta para este estudo, sobretudo pela escassez de publicações sobre o tema.

Conclusão

Foram identificadas 26 atribuições, cinco privativas do fisioterapeuta, 12 compartilhadas com médicos e/ou enfermeiros e nove sem consenso. Isso mostra, de um lado, a ampliação do escopo de prática das profissões e a constituição de atribuições comuns entre os três profissionais, em especial entre fisioterapeutas e médicos. De outro, mostra também a existência de potenciais conflitos pela indefinição de um terço de atribuições.

A identificação das atribuições do fisioterapeuta específicas e compartilhadas com médicos e enfermeiros no SE evidencia a flexibilidade das fronteiras profissionais, que possibilita maior acesso e melhoria da abordagem integral e da qualidade da atenção à saúde, visto que mais pacientes podem ser atendidos, com maior colaboração entre os três profissionais envolvidos na assistência. O remodelamento das profissões também representa oportunidade de mudança no modelo de atenção na perspectiva interprofissional colaborativa e centrada no paciente e família.

Esse compartilhamento de atribuições com enfermeiros e médicos demonstra um movimento em duas direções: por um lado, o reconhecimento de competências comuns e da prática interprofissional; de outro, a ampliação do escopo de prática das profissões que compõem a equipe de emergência.

Entende-se que ambos os movimentos permitem ampliar o acesso aos serviços com qualidade e maior integração e colaboração.

O melhor entendimento das necessidades dos pacientes pode conduzir os profissionais a um desempenho com fronteiras mais flexíveis e orientadas para atingir melhor qualidade assistencial, maior satisfação dos pacientes, maior satisfação no trabalho e o uso mais adequado sem desperdícios de recursos. Porém, para que isso aconteça, além da ampliação do escopo de prática das profissões, também são necessárias modificações na educação dos profissionais de saúde, com ênfase na educação interprofissional e no sistema de regulação das profissões, no sentido de incorporarem o trabalho colaborativo.

Contribuições dos autores

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

1. Gaboury I, Bujold M, Boon H, Moher D. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components. *Soc Sci Med*. 2009; 69(5):707-15.
2. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach*. 2007; 29(8):735-51.
3. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 28(3):CD002213.
4. Baker DP, Day R, Salas E. Teamwork as essential component of high- reliability organization. *Health Serv Res*. 2006; 41(4 Pt 2):1576-98.
5. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based intervention on professional practice healthcare outcomes: *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 22(6):CD000072.
6. Jacobson PM. Canadian health services research foundation and Canadian nurses association. Evidence synthesis for the effectiveness of interprofessional teams in primary care. Ottawa: Canadian Health Service Research Foundation; 2012.
7. Nembhard IM, Edmondson A. Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *J Organ Behav*. 2006; 27(7):941-66.
8. Gilardi S, Guglielmetti C, Pravettoni G. Interprofessional team dynamics and information flow management in emergency department. *J Adv Nurs*. 2014; 70(6):1299-309.
9. Buja A, Toffanin R, Rigon S, Sandonà P, Carrara T, Damiani G, et al. Determinants of out-of-hours service users' potentially inappropriate referral or non-referral to an emergency department: a retrospective cohort study in a local health authority, Veneto Region, Italy. *BMJ Open*. 2016; 6(8):e011526.

10. Forero R, Hillman K. Access block and overcrowding: a literature review. Prepared for the Australasian College for Emergency Medicine. Sydney: University of New South Wales; 2008.
11. Lowthian JA, Curtis AJ, Cameron PA, Stoelwinder JU, Cooke MW, McNeil JJ. Systematic review of trends in emergency department attendances: an Australian perspective. *Emerg Med J.* 2011; 28(5):373-7.
12. Dubeux LS, Freese E, Felisberto E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para a qualificação do planejamento e da oferta dos serviços. *Physis.* 2013; 23(2):345-69.
13. Sprivilis PC, Da Silva J, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust.* 2006; 184(5):208-12. Erratum in: *Med J Aust.* 2006; 184(12):616.
14. Hoskins R. Interprofessional working or role substitution? A discussion of the emerging roles in emergency care. *J Adv Nurs.* 2012; 68(8):1894-903.
15. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.
16. Kilner E, Sheppard L. The 'lone ranger': a descriptive study of physiotherapy practice in Australian emergency departments. *Physiotherapy.* 2010; 96(3):248-56.
17. Anaf S, Sheppard LA. Lost in translation? How patients perceive the extended scope of physiotherapy in the emergency department. *Physiotherapy.* 2010; 96(2):160-8.
18. Werle RW, Kutchak F, Piccoli A, Rieder MM. Indicações para inserção do profissional fisioterapeuta em uma unidade de emergência. *ASSOBRAFIR Cienc.* 2013; 4(1):33-41.
19. Cordeiro AL, Lima TG. Fisioterapia em unidades de emergência: uma revisão sistemática. *Rev Pesqui Fisioter.* 2017; 7(2):276-81.
20. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health.* 2013; 11(1):19.
21. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver: CIHC; 2010.
22. World Health Organization. Health professions networks nursing & midwifery human resources for health. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
23. Mitchell R, Parker V, Giles M, White N. Review: toward realizing the potencial of diversity in composition of interprofessional health care teams: an examination of the cognitive and psychosocial dynamics of interprofessional collaboration. *Med Care Res Rev.* 2009; 67(1):3-26.
24. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *J Interprof Care.* 2011; 25(1):4-10.
25. Costa RK, Enders BC, Menezes RM. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. *Cienc Cuid Saude.* 2008; 7(4):530-6.
26. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence. Oxford: Blackwell; 2005.
27. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care.* 1998; 12(2):181-7.
28. Brown J, Lewis L, Ellis K. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *J Interprof Care.* 2011; 25(1):4-10.

29. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de Fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia [Internet]. Diário Oficial da União. 2 Mar 2002 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>.
30. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Fisioterapia [Internet]. Brasília: COFFITO; 2017 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2339.
31. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO). Endereços, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª à 16ª Região [Internet]. Brasília: COFFITO; 2017 [citado 2 Out 2017]. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=51.
32. Ministério da Saúde (BR). Biblioteca Virtual de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>.
33. Associação de Fisioterapeutas do Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: ABF; 2017 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: <http://www.afb.org.br/site/index.php>.
34. Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia (ABRAPG-Ft) [Internet]. São Carlos: ABRAPG; 2017 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: <http://www.abrapg-ft.org.br/site>.
35. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) [Internet]. Natal: ABENFISIO; 2017 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: <http://abenfisio.com.br>.
36. Presidência da República (BR). Decreto-Lei Nº 938, de 13 de Outubro de 1969. Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 13 Out 1969 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/De10938.htm.
37. Ogawa KY, Diniz JS, Frigeri LB, Ferreira CA. Intervenção fisioterapêutica nas emergências cardiorrespiratórias. *Mundo Saude*. 2009; 33(4):457-66.
38. Taquary SA, Ataíde DS, Vitorino PV. Perfil clínico e atuação fisioterapêutica em pacientes atendidos na emergência pediátrica de um hospital público de Goiás. *Fisioter Pesqui*. 2013; 20(3):262-7.
39. Vieira L, Burtin C, Figueiredo L, Garbero R, Castro J, Luque A. Cost-analysis of a physiotherapy program, focused on early mobility and managed protocols of non-invasive ventilation and weaning from mechanical ventilation, in a clinical emergency department. *Eur Respir J*. 2016; 48:OA4815.
40. Lamb SE, Gates S, Williams MA, Williamson EM, Mt-Isa S, Withers EJ, et al. Managing injuries of the neck trial (MINT). Emergency department treatments and physiotherapy for acute whiplash: a pragmatic, two-step, randomised controlled trial. *Lancet*. 2013; 381(9866):546-56.
41. Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: an observational study. *J Physiother*. 2016; 62(4):209-14.
42. Gracht HA. Consensus measurement in delphi studies review and implications for future quality assurance. *Technol Forecast Soc Change*. 2012; 79(8):1525-36.
43. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Tematicas*. 2014; 22(44):203-20.
44. Ministério de Saúde (BR). Câmara de regulação de trabalho em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

45. Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MA, Reeves S. Relationships of power: implications for interprofessional. *J Interprof Care*. 2011; 25(2):98-104.
46. Health Workforce Technical Assistance Center. Health professions regulation in the U.S. [Internet]. New York: HWTAC; 2017 [citado 17 Out 2017]. Disponível em: <http://www.healthworkforceta.org/resources/health-professions-regulation-in-the-u-s/>.
47. Costa MV, Vilar MJ, Azevedo GD, Reeves S. Interprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. *J Interprof Care*. 2014; 28(4):379-80.
48. Danckers M, Grosu H, Jean R, Cruz RB, Fidellaga A, Han Q, et al. Nurse-driven, protocol-directed weaning from mechanical ventilation improves clinical outcomes and is well accepted by intensive care unit physicians. *J Crit Care*. 2013; 28(4):433-41.
49. Rose L, Dainty KN, Jordan J, Blackwood B. Weaning from mechanical ventilation: a scoping review of qualitative studies. *Am J Crit Care*. 2014; 23(5):e54-70.
50. Santana LS, Lopes WS, Queiroz V. A equipe multidisciplinar na atenção a pessoa em parada cardiorrespiratória: uma revisão de literatura. *Cienc Prax*. 2014; 7(13):49-54.
51. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, DF: ANVISA; 2017. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).
52. Calthorpe S, Barber EA, Holland AE, Kimmel L, Webb MJ, Hodgson C, et al. An intensive physiotherapy program improves mobility for trauma patients. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014; 76(1):101-6.
53. Taylor NF, Norman E, Roddy L, Tang C, Pagram A, Hearn K. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiotherapy*. 2011; 97(2):107-14.

Batista REA, Peduzzi M. Práctica interprofesional colaborativa en el servicio de emergencia: atribuciones privativas y compartidas de los fisioterapeutas. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1685-95.

Considerando el dinamismo y la complejidad de los servicios de emergencia, así como la recomendación de práctica colaborativa interprofesional en salud, se desarrolló este estudio para identificar las atribuciones específicas y compartidas de los fisioterapeutas que actúan en los equipos de estos servicios. Se realizó análisis documental para el mapeo de las acciones y la técnica Delphi para consenso. Se identificaron 26 atribuciones, siendo cinco de ellas específicas del fisioterapeuta, 12 compartidas con médicos y enfermeros y nueve sin consenso. Eso muestra, por un lado, la ampliación del alcance de práctica de las profesiones y la constitución de atribuciones comunes entre los tres profesionales, en especial entre fisioterapeutas y médicos. Por el otro, hay potenciales conflictos debido a la indefinición de un tercio de las atribuciones. Hay flexibilidad de las fronteras profesionales, lo que puede contribuir para un abordaje integral de las necesidades de los pacientes y el efectivo trabajo en equipo colaborativo.

Palabras clave: Relaciones interprofesionales. Equipo de asistencia al paciente. Comportamiento cooperativo. Fisioterapia. Servicio de emergencia.

Submetido em 07/11/17. Aprovado em 29/05/18.

