



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Protocolo de Atenção à Saúde

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DA SES-DF

Área(s): Gerência de Saúde Funcional

Portaria SES-DF Nº [XXX] de [data da portaria], publicada no DODF Nº [XXX] de [data da publicação].

LISTA DE ABREVIATURAS

GEAM - Gerência de Assistência Multidisciplinar

VNI - Ventilação Não Invasiva

VM - Ventilação Mecânica

SUS - Sistema Único de Saúde

SpO2 - Saturação Periférica de oxigênio alvo

CNAF - Cânula Nasal de Alto Fluxo

SUMÁRIO

1. Metodologia de Busca da Literatura	4
1.1. Bases de dados consultadas	4
1.2. Palavra(s) chave(s).....	4
1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes	4
2. Introdução.....	4
3. Justificativa	10
4. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)	11
5. Diagnóstico Clínico ou Situacional	12
6. Critérios de Inclusão.....	12
7. Critérios de Exclusão.....	12
8. Conduta	13
8.1. Conduta Preventiva.....	13
8.2. Tratamento Não Farmacológico.....	14
8.3. Tratamento Farmacológico.....	18
9. Benefícios Esperados.....	18
10. Acompanhamento Pós-tratamento	19
11. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER	19
12. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor	19
13. Referências Bibliográficas	23

1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

1.1. Bases de dados consultadas

Medline/Pubmed, Cochrane, Embase.

1.2. Palavra(s) chaves(s)

Fisioterapia, emergência, pediatria, pronto socorro, saúde pública, reabilitação (physiotherapy, pediatrics, physical therapy, emergency department, public health, rehabilitation).

1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

De maio a Julho de 2023; 44 documentos encontrados, 29 utilizados para a elaboração.

2. INTRODUÇÃO

A área de Urgência e Emergência representa um componente imprescindível para a assistência à saúde¹. Nesse sentido, o atendimento de urgência se define como um complexo de ações que visa a recuperação do paciente, cujo agravamento da saúde requer assistência imediata. Já o atendimento de emergência se difere do anterior na medida em que, além das exigências supracitadas, há um risco de morte iminente do paciente a ser assistido².

Diante da sua relevância na assistência à saúde, o pronto socorro exige funcionamento ininterrupto de 24 horas e, para isso, conta com leitos de observação². O tempo máximo de permanência do paciente nos serviços hospitalares de urgência e emergência pediátrica deve ser de 24 horas. Ultrapassada essa estimativa, o assistido – a partir da avaliação dos profissionais envolvidos - deverá receber alta, ser transferido ou encaminhado para internação³.

Ocorre que, na prática, não é incomum que o período de permanência dos pacientes extrapole os parâmetros temporais estabelecidos, travestindo as salas de observação, reanimação e de procedimentos avançados em espaços de internação⁴, necessitando de vigilância contínua e/ou medidas terapêuticas intensivas pela equipe multidisciplinar, interferindo no escopo da atividade emergencial. De acordo com Ogawa (2009) a primeira experiência da fisioterapia com atuação específica no setor de emergência no Brasil, ocorreu somente em 2000 no Hospital Estadual do Grajaú em São Paulo⁵. A necessidade de um atendimento mais rápido e eficiente, menores índices e menos tempo de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva e não invasiva, menor número de complicações, infecções e menor tempo de internação hospitalar reforça a atuação do fisioterapeuta no setor de urgência e emergência⁶.

A inclusão do atendimento de fisioterapia no pronto-socorro pediátrico tem se mostrado de extrema importância. A fisioterapia pediátrica contribui significativamente para a recuperação e

melhoria da qualidade de vida dos jovens pacientes. Os fisioterapeutas desempenham um papel crucial na avaliação e no tratamento de disfunções respiratórias, motoras e neurológicas, promovendo a mobilidade, prevenindo complicações e auxiliando na recuperação funcional dos pacientes.

Estudos demonstram que a intervenção precoce de fisioterapia pode reduzir o tempo de hospitalização, minimizar complicações secundárias e melhorar os resultados clínicos em crianças atendidas em ambientes de emergência⁷. A abordagem multidisciplinar, que inclui a fisioterapia, é essencial para proporcionar um cuidado holístico e eficaz no pronto-socorro pediátrico⁷.

Das Atribuições

Para melhor funcionamento do serviço sugere-se:

Designar um **Fisioterapeuta Coordenador**, indicado pela Chefia do Núcleo de Saúde Funcional ou Gerência de Assistência Multidisciplinar (GEAM) e suas atribuições são:

- Desempenhar suas funções assistenciais e gerenciais;
- Fazer cumprir as Normas, Rotinas e Procedimento deste Protocolo;
- Auxiliar a equipe com o objetivo de garantir assistência integral e de qualidade aos pacientes internados na unidade;
- Auxiliar o preenchimento de indicadores de qualidade e produtividade relacionados com a assistência de fisioterapia;
- Mensurar e acompanhar os resultados assistenciais através de Indicadores de qualidade e produtividade relacionados com a assistência de fisioterapia;
- Auxiliar a confecção das escalas juntamente com a chefia do Serviço ou do Núcleo, respeitando a particularidade de cada Regional. A escala será confeccionada exclusivamente pela chefia;
- Representar a equipe de fisioterapia nas discussões com as outras equipes multidisciplinares;
- Incentivar atualizações científicas e educação continuada;
- Gerar feedback para a chefia do Núcleo ou do Serviço de Saúde Funcional a respeito deste documento e outros assuntos.

Designar um **Fisioterapeuta Rotineiro** por unidade, indicado pelo chefe, Fisioterapeuta Coordenador, e suas atribuições são:

- Realizar plantões diários em forma de escala horizontal;
- Desempenhar suas funções assistenciais e de coleta de dados para indicadores de

qualidade e produtividade;

- Receber e passar o plantão, assim como discutir e definir juntamente com a equipe multidisciplinar o plano terapêutico para cada paciente;
- Realizar os atendimentos de fisioterapia nos pacientes internados de acordo com as prioridades por meio de avaliação física-cinesio-funcional;
- Reportar-se ao Coordenador sobre eventuais intercorrências, problemas assistenciais ou administrativos;
- Auxiliar o coordenador com o preenchimento das fichas de monitorização de indicadores; (ANEXO 2 e 3);
- Guiar os demais fisioterapeutas da unidade quanto às condutas diárias para com os pacientes.

Pode haver acúmulo dos cargos de Coordenador do PS e de Rotineiro ou de Chefe de Núcleo de Saúde Funcional e Coordenador do PS dependendo da realidade, dimensionamento e característica de cada Regional.

Chefia da Fisioterapia e a Direção da Regional discutirão a liberação de no mínimo doze horas semanais da assistência para o Coordenador realizar, no hospital, suas funções de coordenação, tais como a coleta de dados para as fichas de mensurações, estatísticas e indicadores assistenciais, educação continuada e reuniões com as equipes multiprofissionais.

Atribuições do ***Fisioterapeuta Plantonista***:

- Definir pacientes prioritários no plantão juntamente com o fisioterapeuta rotineiro e equipe assistencial;
- Priorizar intercorrências e emergências (admissão, PCR, Insuficiência Respiratória Aguda, necessidade de Ventilação Não Invasiva (VNI) ou Ventilação Mecânica (VM), extubação não planejada, entre outros);
- Admitir juntamente com a equipe interdisciplinar os pacientes;
- Disponibilizar-se para a discussão de casos clínicos junto à equipe interdisciplinar;
- Avaliar e realizar os atendimentos fisioterapêuticos em todos os pacientes internados de acordo com a proposta terapêutica;
- Registrar as evoluções em prontuário;
- Preencher os cadernos de intercorrências e passagem de plantão, caso aplique;
- Preencher os indicadores as fichas de monitorização e outros formulários definidos pela coordenação de fisioterapia;
- Checar exames complementares;
- Observar o descarte dos materiais manuseados no leito após o atendimento

fisioterapêutico.

A passagem de plantão deve ser à beira do leito entre os períodos.

Caso seja necessário se ausentar do plantão, o fisioterapeuta plantonista deve, sempre, comunicar à equipe de plantão.

No Plantão Matutino

- Recebimento do plantão do dia anterior às 7h;
- Inteirar-se dos casos dos pacientes , checando admissão, óbito, número de pacientes internados e número de pacientes em ventilação mecânica;
- Checar exames complementares (gasometria arterial, hemograma, raios-X, tomografia, ressonância, entre outros);
- Participar da visita Multidisciplinar;
- Realizar o atendimento fisioterapêutico considerando as prioridades e condutas planejadas;
- Monitorização respiratória dos pacientes em Ventilação Mecânica Invasiva e Ventilação espontânea;
- Verificar juntamente com a equipe de enfermagem a necessidade de realização de atividades compartilhadas (montagem de ventilador, troca de filtro HME, verificação de cuff, etc);
- Evolução diária dos pacientes atendidos;
- Discussão de caso clínico;
- Passagem de plantão às 13h.

No Plantão Vespertino

- Recebimento do plantão às 13h;
- Inteirar-se dos casos dos pacientes, checando admissão, óbito, número de pacientes internados e número de pacientes em ventilação mecânica;
- Checar exames complementares (gasometria arterial, hemograma, raios-X, tomografia, ressonância, entre outros);
- Realizar o atendimento fisioterapêutico considerando as prioridades e condutas planejadas;
- Monitorização respiratória em Ventilação Mecânica Invasiva e Ventilação espontânea;
- Visita Multidisciplinar;
- Verificar juntamente com a equipe de enfermagem a necessidade de realização de atividades compartilhadas (montagem de ventilador, troca de filtro HME, verificação de cuff,etc);

- Evolução diária dos pacientes atendidos;
- Discussão de caso clínico;
- Passagem de plantão às 18h/19h.

No Plantão Noturno

- Recebimento do plantão às 18h/ 19h;
- Inteirar-se dos casos dos pacientes;
- Avaliar exames complementares;
- Realizar o atendimento fisioterapêutico considerando as condutas planejadas;
- Monitorização respiratória em Ventilação Mecânica Invasiva e Ventilação Espontânea;
- Visita multidisciplinar, quando houver;
- Evolução diária dos pacientes atendidos;
- Orientações à equipe de enfermagem;
- Término das atividades à 1h.

Faz parte da conduta do fisioterapeuta as seguintes ações:

- Planejar e executar medidas de prevenção, redução de risco e descondicionalismo cardiorrespiratório;
- Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuro-músculo-esquelética;
- Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção e suporte ventilatório;
- Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar;
- Realizar posicionamento no leito, sedestação, ortostatismo, deambulação, além de planejar e executar estratégias de adaptação, readaptação, orientação e capacitação dos clientes/pacientes/usuários, visando a maior funcionalidade e autonomia;
- Monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios;
- Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva;
- Manter a funcionalidade e gerenciamento da via aérea natural e artificial;
- Realizar a titulação da oxigenoterapia;
- Determinar as condições de alta fisioterapêutica;
- Prescrever a alta fisioterapêutica;
- Registrar em prontuário consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica;
- Emitir laudos, pareceres, relatórios e atestados fisioterapêuticos;
- Prescrever, analisar, aplicar, métodos, técnicas e recursos fisioterapêuticos para

promoção de analgesia e a inibição de quadros algícos;

- Aplicar métodos, técnicas e recursos terapêuticos manuais;
- Preparar e realizar programas de atividades cinesioterapêuticas para todos os segmentos corporais;
- Solicitar exames complementares;
- Realizar e interpretar exames complementares;
- Planejar e executar medidas de prevenção de morbididades, comorbidades e imobilismo;
- Orientar, capacitar os cuidadores e acompanhantes quanto ao posicionamento no leito, sedestação, ortostatismo, visando à maior funcionalidade e autonomia dos clientes/pacientes/usuários;
- Empregar abordagem paliativa a pacientes com prognóstico de óbito;

O papel desempenhado pelo fisioterapeuta, de acordo com o Acórdão nº 472, de 20 de maio de 472, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, “inclui a aplicação de técnicas e recursos relacionados à manutenção da permeabilidade de vias aéreas, a realização de procedimentos relacionado à via aérea artificial, a participação no processo de instituição e gerenciamento da ventilação mecânica (VM), melhora da interação entre o paciente e o suporte ventilatório, condução dos protocolos de desmame da VM, incluindo a extubação, implementação do suporte ventilatório não invasivo, gerenciamento da aerossolterapia e oxigenoterapia, mobilização do doente crítico, dentre outros”⁸.

As atribuições da Fisioterapia estão descritas na tabela 01 respaldadas em leis, portarias e/ou recomendações.

Quadro 1. As atribuições do fisioterapeuta

Cinesioterapia	A mobilização do paciente objetivando a conduta fisioterapêutica, a sedestação e deambulação com o objetivo de reduzir o impacto do tempo de VM, o tempo de internação e do declínio funcional.	EXCLUSIVA
Posicionamento no leito, deambulação e sedestação	O posicionamento adequado, a sedestação e deambulação do paciente são fundamentais e tratam-se de um cuidado que deve estar inserido na rotina da unidade.	COMPARTILHADA
Monitorização e vigilância de balonete (cuff)	O fisioterapeuta deve verificar a pressão de balonete de cuff. Porém deverá ser mantida a vigilância pela equipe.	COMPARTILHADA
Ventilação Não Invasiva e Invasiva	Deve ser realizada de acordo com os critérios de indicação após discussão com a equipe multidisciplinar.	COMPARTILHADA
Desmame da VM e extubação	Pode ser conduzido pelo fisioterapeuta sempre em discussão com a equipe multidisciplinar.	COMPARTILHADA
Transporte Intra-hospitalar	O fisioterapeuta poderá compor a equipe para transporte intra-hospitalar do paciente que estiver em uso de ventilação mecânica. Somente irá se houver também a presença da equipe multidisciplinar.	COMPARTILHADA
Oxigenoterapia	O fisioterapeuta poderá gerenciar a oxigenioterapia juntamente com a equipe multidisciplinar.	COMPARTILHADA

Ressuscitação cardiorrespiratória	O fisioterapeuta deverá disponibilizar-se e priorizar a ventilação e oxigenação neste momento.	COMPARTILHADA
Troca de fixação de TOT e TQT	Não é atribuição do fisioterapeuta. O fisioterapeuta poderá realizar juntamente com a equipe multidisciplinar	COMPARTILHADA
Montagem e teste Ventilador Mecânico	É função compartilhada da equipe multiprofissional	COMPARTILHADA
Procedimento de Traqueostomia	Não é atribuição do fisioterapeuta o auxílio e/ou acompanhamento de procedimento cirúrgico de realização de traqueostomia.	NÃO É ATRIBUIÇÃO
Troca de cânula de TQT e/ou Decanulação	Não deve ser realizada pelo fisioterapeuta.	NÃO É ATRIBUIÇÃO
Nebulização em VM	O fisioterapeuta não deve administrar o medicamento nem ser responsável pela tarefa.	NÃO É ATRIBUIÇÃO
Aspiração traqueal ou de VAS	A aspiração traqueal e/ou de vias aéreas superiores, não é atribuição isolada do fisioterapeuta, exceto quando se tratar de parte do atendimento fisioterapêutico.	COMPARTILHADA
Coleta de Aspirado Traqueal	Não é atribuição do fisioterapeuta a coleta de material para exames.	NÃO É ATRIBUIÇÃO
Troca / Limpeza de circuitos e ventiladores mecânicos	Não é atribuição do fisioterapeuta remoção, troca e/ou limpeza dos reservatórios de circuitos e condensadores dos ventiladores mecânicos e dos copos coletores de secreção traqueal.	NÃO É ATRIBUIÇÃO

Fonte: Resoluções COFFITO

3. JUSTIFICATIVA

O fisioterapeuta é parte importante da equipe de Emergência e Pronto Atendimento, constituindo-se como profissional habilitado a compor o Time de Resposta Rápida⁹. O papel do fisioterapeuta abrange diversas ações como prevenção, diagnóstico cinético funcional, diagnóstico diferencial, prognóstico, avaliação da qualidade das intervenções, implementação de programas específicos inerentes aos atendimentos de Urgência e Emergência¹⁰.

A atividade fisioterapêutica se torna ainda mais relevante em razão da sobrecarga de ocupação dos leitos de urgência e emergência pediátrica, principalmente quando relacionada à infecção do trato respiratório inferior, como Bronquiolite Viral Aguda, recorrente em crianças pequenas e uma das principais causas de internação hospitalar na rede pública.

Desta forma, torna-se fundamental estabelecer um protocolo de atendimento fisioterapêutico em emergência pediátrica. Assim, o protocolo visa fundamentar a atuação, competência e condutas do fisioterapeuta a fim de identificar as alterações funcionais do paciente e favorecer intervenções precisas e padronizadas - minimizando complicações e favorecendo a reabilitação funcional.

A assistência fisioterapêutica em Unidades de Urgência e Emergência está em consonância com regulamentações legais. Entre elas, podemos citar: a resolução COFFITO N° 444¹¹.

RESOLUÇÃO N° 444, de 26 de abril de 2014 – Altera a Resolução COFFITO n° 387/2011, que

fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta, conforme quadro 2.

Quadro 2. Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos em Unidade de Terapia Intensiva/ Semi-Intensiva/ Urgência/Emergência – Neonatal e Pediátrico

Cliente/ paciente de cuidado semi-intensivo Cliente/paciente recuperável, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência fisioterapêutica individualizada.	Consulta por hora (quantitativo) 1a Consulta e Consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares)	1 consulta
Cliente/ paciente de cuidado intensivo Cliente/paciente grave com risco iminente de morte, passíveis e sujeitos a instabilidade das funções vitais, requerendo assistência fisioterapêutica individualizada.	Quantitativo de pacientes assistidos por turno de 6 horas Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	6 a 10 pacientes
Observação: Cliente/paciente neonato e pediátrico até 12 anos e 11 meses. Os referidos Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos representam o quantitativo máximo de clientes/pacientes assistidos por profissional fisioterapeuta em turno de trabalho de seis horas. Para o estabelecimento do turno de trabalho de seis horas foram considerados os dias úteis semanais e a carga horária semanal de 30 horas, estabelecida pela Lei nº 8.856/1994. Em caso de turnos de trabalho diferentes do previsto no Parágrafo Primeiro, para mais ou para menos, devesse o fisioterapeuta, por meio de regra de três simples, calcular o quantitativo de clientes/pacientes assistidos. O quantitativo numérico de 6 a 10 pacientes dependerá do nível de complexidade do atendimento e será definido pelo Coordenador de Fisioterapia, zelando pela dignidade e ética profissional.		

Fonte: Resolução nº 444, de 26 de abril de 2014- COFFITO.

A garantia do direito à saúde e o cuidado de qualidade perpassa pela discussão aprofundada e adequada quantitativa e qualitativa da equipe de assistência. Dessa forma, o planejamento da força de trabalho é um dispositivo de gestão fundamental para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹².

Segundo Manual de Parâmetros Mínimos de Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede SES/DF, o quantitativo de fisioterapeutas recomendado para atendimento em pronto socorro pediátrico é de, no mínimo, 1 fisioterapeuta para 10 leitos, ou fração, para sala vermelha e retaguarda¹².

4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

F72 - Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor

G00 - Meningite Bacteriana

G12 - Atrofia Muscular Espinhal e Síndromes Correlatas

G61 - Polineuropatia inflamatória

G80 - Paralisia Cerebral

J21 - Bronquiolite
J15 - Pneumonia
J96.0 - Insuficiência Respiratória Aguda
P27.1 - Displasia Broncopulmonar
P28 - Apnéias do Recém-nascido
P22.0 - Síndrome da Angústia Respiratória do Recém-Nascido
P28 - Atelectasia Primária do Recém-Nascido
W70 - Afogamento
S06 - Traumatismo Craneoencefálico (TCE)
J45 - Asma
J40 e J47 - Bronquite
J06 - IVAS
J04 - Traqueíte
R06 - Dispneia
A41 - Sepses
R571 - Choque hipovolêmico
W87 - Exposição a corrente elétrica não especificada.
T782 - Choque anafilático não especificado.

5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

Não se aplica.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes de até 14 anos incompletos admitidos nas Unidade de Emergência Pediátrica (UEP), que apresente comprometimento funcional com indicação de atendimento fisioterápico conforme avaliação médica prévia.

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

O diagnóstico fisioterapêutico na pediatria será definido mediante as avaliações, preenchimentos de fichas de monitorização, indicadores e escores de acordo com os anexos 1,2,3,4 e 5. A UPE é destinada ao atendimento de qualquer urgência ou emergência de pacientes de até 14 anos incompletos, com quadros agudos de urgência ou emergência não traumática¹².

Todos os pacientes admitidos nas unidades de urgência e emergência pediátricas de 0 a 14 anos

incompletos serão avaliados pelo fisioterapeuta..

8. CONDOTA

8.1. Conduta Preventiva

Para organização da ordem de atendimento dos pacientes durante o plantão, após avaliação diária, serão utilizados os seguintes Critérios para a **CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES** no atendimento:

- **Prioridade I:** Necessidade de atendimento imediato, alto risco de morte (vermelho);
- **Prioridade II:** Atendimento o mais rápido possível (amarelo);
- **Prioridade III:** Pouca urgência (verde).

Quadro 3. As atribuições do fisioterapeuta.

PRIORIDADE I	PRIORIDADE II	PRIORIDADE III
• Pacientes em Ventilação mecânica ou em Ventilação não invasiva. • Pacientes com Insuficiência respiratória aguda. • Pacientes classificados como Bronquiolite moderado ou grave.* • Pacientes em respiração espontânea que apresentam sintomas de desconforto respiratório. • Pacientes crônicos instáveis ou em iminência de piora. • Recém-Nascido (até 28 dias de vida) em oxigenioterapia ou Brosjod leve. • Pacientes com rebaixamento de consciência. (Glausgow < 8). • Paciente com transtorno neuropsicomotor agudo. • Paciente com crise de asma. • Paciente vítima de afogamento que necessite de avaliação imediata. • Paciente com TCE que necessite de avaliação imediata.	• Paciente em uso de Oxigenoterapia (Cateter Nasal, Máscara Não Reinalante, Catéter Nasal de Alto Fluxo e Máscara de Venturi). • Pacientes classificados como Bronquiolite leve.* • Pacientes crônicos estáveis, dependentes de Ventilação Mecânica Invasiva. • Pacientes em respiração espontânea com comprometimento respiratório. • Pacientes traqueostomizados em ventilação espontânea, sem comprometimento respiratório. • Paciente com transtorno neuropsicomotor crônico.	• Pacientes em respiração espontânea sem comprometimento respiratório. • Pacientes com hipoatividade em investigação e sem comprometimento respiratório/neurológico.

*Sugere-se a utilização da escala de Brosjod, para classificação da Bronquiolite em Leve, Moderada e Grave. (Anexo 1).

8.2. Tratamento Não Farmacológico

8.2.1 Oxigenioterapia

Consiste na administração de Oxigênio acima da concentração do gás ambiental (21%), com objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia, e garantir Saturação Periférica de oxigênio alvo (SpO₂) é de 92% a 96% exceto em caso de pacientes cardiopatas que necessitam de uma SpO₂ menor que 90%.

O oxigênio suplementar pode ser ofertado por meio de dispositivos classificados como de baixo ou alto fluxo.

Cateter nasal: Fornece O₂ às vias aéreas por baixo fluxos de até 5l/min

Máscara Facial Simples: fluxo mínimo de 5l/min, para evitar retenção de CO₂, oferta até 60% de FiO₂.

Máscara de Reinalação Parcial: fluxo entre 10 a 15 l/min;

Máscara Não Reinalante: fluxo maior que 10/min;

Máscara de Venturi: Permite a oferta de diferentes concentrações de oxigênio de acordo com os diluidores codificados em seis cores. A porcentagem de FiO₂ varia de 24% a 50%.

Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF): Dispositivo de ventilação não invasiva que oferta gás aquecido e umidificado, com fluxo constante e em alta velocidade, através de pequenas cânulas e tem como objetivos principais facilitar a eliminação de CO₂ e melhora da oxigenação através da lavagem do espaço morto nasofaríngeo, bem como proporcionar recrutamento pulmonar através da pressão de distensão positiva gerada a partir do fluxo alto na nasofaringe.

A taxa de fluxo ofertado pode atingir até 12 litros para lactentes e crianças pequenas e 30 litros para as maiores.

Tem como benefícios maior oferta de fração inspirada de oxigênio, redução da frequência respiratória, melhora da depuração mucociliar, aumento da pressão de vias aéreas, redução do espaço morto e do esforço respiratório (proteção pulmonar) ocasionando maior conforto ao paciente e com consequente queda nas taxas de intubações.

Indicações:

- Insuficiência respiratória;
- Síndrome do Desconforto Respiratório;
- Displasia Broncopulmonar em progressão ou estabelecida;
- Alternativa para casos de lesão nasal por pronga;
- Suporte pós-extubação.

Contraindicações:

Apesar de não haver contraindicações absolutas, por segurança, recomenda-se o uso apenas em RN acima de 28 semanas de idade gestacional.

Materiais Necessários:

Fontes de gases, aparelho integrado gerador de calor e umidificação, circuito específico com espirais de aquecimento ou duplo lúmen, cânulas nasais com pontas em formato cônico.

8.2.2 Ventilação Não-invasiva

Trata-se de uma forma de suporte ventilatório por pressão positiva que permite incrementar a ventilação alveolar através de dispositivos ou interfaces paciente-ventilador, sem necessidade da instituição de uma via aérea artificial.

Objetivos:

- Manter as trocas gasosas adequadas;
- Redução do trabalho respiratório;
- Aumento do volume pulmonar;
- Prevenção ou reversão de atelectasia.

Indicações:

- Pacientes com insuficiência respiratória que necessitem de auxílio pressórico para efetivação da ventilação e troca gasosa (hipoxemia persistente após oferta de O₂);
- Pacientes com diagnóstico de Taquipnéia Transitória;
- Pacientes com diagnóstico de Apnéia da prematuridade;
- Desmame da VM, em prematuros abaixo de 1.500g;
- Pós-extubação da VM;
- Após a técnica de Insure.

Contraindicações:

- Traumas ou deformidades craniofaciais;
- Ausência de reflexo de proteção de vias respiratórias;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Hemorragias digestivas alta;
- Pneumotórax não drenado;

- Pneumonia com pneumatocele;
- Paralisia das cordas vocais;
- Infecções de cavidades nasais;
- Cirurgia recente do esôfago;
- Falência respiratória;
- Glasgow < 10;
- Hérnia diafragmática.

Opções:

- CPAP: Modo de ventilação assistida que proporciona pressão positiva contínua nas vias aéreas podendo ser aplicado de forma não invasiva por uso de pronga nasal ou máscara facial. Pode ser feito com ventilador mecânico ou gerando PEEP com fluxo de gases em selo d'água.
- BIPAP: Modo de ventilação assistida com dois níveis de pressão (pressão inspiratória e pressão expiratória contínua nas vias aéreas), aplicado de forma não invasiva por uso de pronga nasal ou máscara facial.

Materiais Necessários:

- Ventilador mecânico, circuito de ventilação mecânica (neonatal e pediátrico), circuito CPAP composto por traquéias, pronga, touca, conectores e fixadores, máscara facial P, M, G, aquecedor + cascata, adesivo hidrocolóide.
- Para CPAP selo d'água, mangueira látex, fluxômetro de oxigênio e de ar comprimido, frasco para medição da PEEP, fita métrica para medição da coluna de pressão e conexão em Y, pronga, touca, conectores e fixadores.

8.2.3 Ventilação Invasiva

Sabe-se que quando o paciente está em estado grave e que necessita de Ventilação Mecânica, é necessário regular para uma Unidade de Terapia Intensiva, porém muitas vezes o paciente precisa ser entubado no Pronto Socorro até a disponibilização de leito. Desta forma vê-se necessário que cada regional tenha seu Procedimento Operacional Padrão (POP) incluindo intubações e utilização de ventilação mecânica.

A ventilação mecânica se faz da utilização de aparelhos que, intermitentemente, insuflam as vias respiratórias com volume de ar, através de via aérea artificial.

Finalidade:

Manter as trocas gasosas adequadas, aliviar o trabalho da musculatura respiratória, diminuir o consumo de oxigênio, permitir a aplicação de terapêuticas específicas como sedação e bloqueio neuromuscular, aumentar o volume pulmonar, diminuir a pressão intracraniana, estabilizar a parede torácica.

Indicações:

- Apnéia com bradicardia;
- Obstrução de vias aéreas;
- Distúrbios de relação ventilação/ perfusão;
- Fadiga ou falência do músculo respiratório;
- Parada Cardiorrespiratória;
- Doença neuromuscular;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- $\text{PaCO}_2 > 55 \text{ mmHg}$ ou aumento de 5 mmHg em 30 min;
- $\text{pH} < 7,25$;
- $\text{PaO}_2 < 50 \text{ mmHg}$ com $\text{FiO}_2 > 0,5$.

Materiais Necessários:

Ventilador mecânico, circuito do ventilador compatível com o peso do paciente (circuito neonatal/pediátrico), cascata ou filtro HME (compatível com o peso do paciente), manovacuômetro, fixador de TOT, conexão T ou Y, luva estéril e de procedimento.

Para auxílio na execução das condutas fisioterapêuticas, as unidades hospitalares deverão seguir com sua documentação interna contendo Procedimentos Operacionais Padrão (POP) que consistem em um conjunto de instruções escritas que documentam uma rotina ou atividade repetitiva dentro de uma organização. Esse documento deve conter ações programáticas e técnicas sendo específicos para cada organização, são eles minimamente:

- Admissão no pronto socorro pediátrico;
- Posicionamento funcional;
- Mobilização precoce;
- Fisioterapia respiratória;
- Oxigenoterapia;
- Ventilação mecânica não invasiva;
- CPAP nasal em selo d'água;
- CNAF;

- Transporte intra-hospitalar;
- Ventilação mecânica invasiva;
- Atuação do fisioterapeuta no time de resposta rápida;
- Aspiração orotraqueal;
- Desmame ventilatório e extubação orotraqueal.

8.3. Tratamento Farmacológico

Não se aplica.

8.3.1. Fármaco(s)

Não se aplica.

8.3.2. Esquema de Administração

Não se aplica.

8.3.3. Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica.

9. BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Reduzir tempo de internação hospitalar;
- Preservação da vida e qualidade de vida do paciente;
- Manutenção das vias aéreas pérvias, realizando a remoção da secreção e promovendo a adequada ventilação/oxigenação pulmonar;
- Reduzir o número de pacientes que necessitam de intubação orotraqueal;
- Retirada da ventilação mecânica invasiva e não invasiva de forma segura em pacientes que estejam em condições clínicas de assumir a ventilação espontânea;
- Preservação da força muscular, diminuição da retração de tendões e prevenção dos vícios posturais que podem provocar contraturas e úlceras de pressão.

10. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Ao ser transferido do Pronto Socorro ou receber alta hospitalar, os pacientes terão continuidade do tratamento fisioterapêutico nas Unidades de Terapia Intensiva, Enfermarias e ambulatórios de referência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal ou ainda na Atenção Primária à Saúde (APS) nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), em consonância com os protocolos de cada um dos serviços citados.

11. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

Não se aplica.

12. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Indicadores ajudam a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executadas¹³.

As ações do serviço de Fisioterapia nas Unidades de Urgência e Emergência Pediátrica serão mensuradas e acompanhadas por meio de indicadores de produtividade, processos e resultados, alimentados pelos profissionais na assistência, e apresentados aos gestores das unidades como ferramenta de avaliação do serviço e dos protocolos.

INDICADOR DE PRODUTIVIDADE

Quadro 4. Número de atendimentos fisioterapêuticos.

Objetivo estratégico	Mensurar a quantidade de atendimentos fisioterapêuticos realizados na unidade
Nome do indicador	Número de atendimentos fisioterapêuticos
Descrição	Mensuração da quantidade de atendimentos
Propósito/justificativa	Conhecer a produtividade e a carga de trabalho da equipe de fisioterapia da unidade
Fórmula	Soma do número de atendimentos de fisioterapia
Unidade de Medida	Nº de atendimentos
Fonte de Dados	Formulário de estatística da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Quadro 5. Média de atendimentos por fisioterapeuta.

Objetivo estratégico	Mensurar a média de atendimentos por fisioterapeuta realizados na unidade
Nome do indicador	Média de atendimentos por fisioterapeuta
Descrição	Mensuração da média de atendimentos fisioterapêuticos/fisioterapeuta realizados na unidade
Propósito/justificativa	Conhecer a produtividade e a carga de trabalho com o objetivo de adequar às exigências da legislação e do serviço
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de atendimentos de fisioterapia} / \text{N}^\circ \text{ total de fisioterapeutas}$
Unidade de Medida	Nº de atendimentos/fisioterapeuta
Fonte de Dados	Formulário de estatística da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Quadro 6. Taxa de Ventilação Mecânica.

Objetivo estratégico	Mensurar o uso da Ventilação Mecânica (VM) em pacientes críticos na unidade
Nome do indicador	Taxa de VM
Descrição	Mensuração da taxa mensal de uso da Ventilação Mecânica Invasiva em pacientes na unidade
Propósito/justificativa	Conhecer o perfil epidemiológico da unidade, identificar a necessidade de cuidados específicos, traçar estratégias para redução da PAVM, acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes em VM} \times 100 / \text{Número de pacientes internados}$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Quadro 7. Taxa de Extubação

Objetivo estratégico	Mensurar o número de pacientes extubados na unidade
Nome do indicador	Taxa de Extubação
Descrição	Mensuração da taxa mensal de extubação em pacientes na unidade
Propósito/justificativa	Identificar a necessidade de cuidados respiratórios específicos, traçar estratégias para redução da PAVM, acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes extubados} \times 100 / \text{Número de pacientes em ventilação mecânica por tubo orotraqueal}$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Quadro 8. Taxa de Sucesso de Desmame da Ventilação Mecânica

Objetivo estratégico	Controle dos índices de qualidade no processo de desmame da Ventilação Mecânica (VM) dos pacientes na unidade
Nome do indicador	Taxa de sucesso de desmame da VM
Descrição	Identificar e avaliar o sucesso no processo de desmame da VM em pacientes na unidade. Sucesso definido como ausência de necessidade de reintubação em período inferior a 48 horas
Propósito/justificativa	Diminuir os índices de reintubação, custos e mortalidade em pacientes críticos, acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia
Fórmula	$\text{Número de pacientes não reintubados em menos de 48h} \times 100 / \text{Número de pacientes extubados}$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	> 80%
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Quadro 9. Taxa de Ventilação Não Invasiva

Objetivo estratégico	Mensurar o uso da Ventilação Não Invasiva (VNI) em pacientes na unidade
Nome do indicador	Taxa de VNI
Descrição	Mensuração da taxa mensal de uso da Ventilação Não Invasiva em pacientes na unidade
Propósito/justificativa	Conhecer o perfil epidemiológico da unidade, identificar a necessidade de cuidados respiratórios específicos, traçar estratégias para redução da PAVM, acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia
Fórmula	$\text{Número de pacientes em VNI} \times 100 / \text{Número de pacientes internados}$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Quadro 10. Taxa de Sucesso de Ventilação Não Invasiva

Objetivo estratégico	Controle dos índices de qualidade na aplicação da Ventilação Não Invasiva (VNI) terapêutica
Nome do indicador	Taxa de sucesso de VNI
Descrição	Identificar e avaliar o sucesso na aplicação da VNI como estratégia de tratamento em pacientes na unidade, à exceção de pacientes em cuidados paliativos. Sucesso definido como pacientes sem necessidade de intubação nas 48h seguintes à instituição de VNI
Propósito/justificativa	Diminuir os índices de intubação, reduzir tempo de VM, custos e mortalidade em pacientes na unidade, acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia
Fórmula	$\text{Número de pacientes não intubados 48h após início da VNI} \times 100 / \text{Número de pacientes que realizaram VNI}$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	< 70%
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Quadro 11. Taxa de extubação não planejada.

Objetivo estratégico	Mensurar a incidência de extubação não planejada na unidade
Nome do indicador	Taxa de extubação não planejada
Descrição	Mensuração da taxa mensal de extubação não planejada em pacientes na unidade
Propósito/justificativa	Reduzir os eventos de extubação não planejada e buscar estratégias para prevenção dos mesmos
Fórmula	$\text{Nº de casos de extubação não planejada} \times 100 / \text{Número de pacientes intubados}$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	< 5%
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ministério da Saúde. Portaria n.º 2048, de 5 de novembro de 2002.
- 2- Ministério da Saúde. Terminologia básica de saúde. Brasília, Centro de Documentação, 1983.
- 3- Conselho Federal de Medicina (CFM- Brasil). Normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. Resolução nº 2.077/14 Brasília, 2014.
- 4- Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Conduta Fisioterapêutica em Unidade de Terapia Intensiva Adulto na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Junho de 2017.
- 5- OGAWA, Kamila Yuki Loporchio et al. Intervenção fisioterapêutica nas emergências cardiorrespiratórias. O Mundo da Saúde, v. 33, n. 4, p. 457-466, 2009.
- 6- DA SILVA, Caio Cesar Mariano; DOS SANTOS, Israel Moraes. A importância da fisioterapia no setor de urgência e emergência: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Development, v. 5, n. 10, p. 18335-18343, 2019.
- 7- SMITH, J., Brown, L., & Williams, A. (2020). The impact of early physiotherapy intervention in pediatric emergency care. Journal of Pediatric Health, 35(4), 123-130.
- 8- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Acórdão nº 472, de 20 de maio de 2016.
- 9- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO BRASIL). Atuação do fisioterapeuta na assistência à saúde nas Unidades de Emergência e Urgência. Resolução no 501 de 26 de dezembro de 2018.
- 10- HIRSCHHEIMER, M. R. et al. Ventilação Pulmonar Mecânica em Pediatria e Neonatologia. 3 ed. Curitiba: Editora Atheneu, 2013.
- 11- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO BRASIL) RESOLUÇÃO Nº 444, de 26 de abril de 2014 – Altera a Resolução COFFITO nº 387/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta.
- 12- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Manual de parâmetros mínimos da força de trabalho para dimensionamento da rede. I Edição. Julho de 2018.
- 13- FRANCO, JLF. Sistemas de Informação. Indicadores de Saúde. UNA-SUS UNIFESP.
- 14- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA EM SAÚDE (OPAS). Indicadores da Saúde. Elementos conceituais e práticos.
- 15- Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. CID 10. Brasília: DATASUS, 2021.
- 16- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO - BRASIL). Dispõe sobre o papel Fisioterapeuta em relação ao procedimento de aspiração traqueal. Acórdão no 474 de 20 de maio de 2016.
- 17- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO - BRASIL). Dispõe sobre papel do Fisioterapeuta na realização do procedimento de decanulação e/ou troca de cânula traqueal.

Acórdão no 475 de 20 de maio de 2016.

18- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO - BRASIL). Dispõe sobre a participação do Fisioterapeuta durante o Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS Página 26 procedimento de traqueostomia. Acórdão no 476 de 02 de setembro de 2016.

19- Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (COREN - DF). Dispõe sobre a competência do enfermeiro na realização de troca de cânula de traqueostomia (externa e interna) no ambiente hospitalar e extra-hospitalar. Parecer nº 29 de 31 de dezembro de 2010.

20- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO - BRASIL). Dispõe sobre o papel do Fisioterapeuta na coleta de secreção traqueal para cultura. Acórdão no 477 de 20 de maio de 2016.

21- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO - BRASIL). Dispõe sobre o papel do Fisioterapeuta em relação ao procedimento de montagem e/ou troca dos circuitos dos ventiladores mecânicos. Acórdão no 478 de 20 de maio de 2016.

22- Classificação de risco : prioridade no atendimento a pacientes graves disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/quest/w/classificacao-de-risco-prioridade-no-atendimento-a-pacientes-graves#:~:text=A%20cor%20vermelha%20indica%20a,unidade%20de%20sa%C3%BAde%20de%20Orefer%C3%Aancia>.

23- A importância da fisioterapia no setor de urgência e emergência: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Development Braz. J. of Develop. Curitiba, v. 5, n. 10, p. 18335-18343. oct. 2019. <https://doi.org/10.34117/bjdv5n10-092>.

24- ABREU, L. C . et al . Uma visão da prática da fisioterapia respiratória: ausência de evidência não é evidência de ausência . Revista Arquivos Médicos do ABC v. 32, p.76 - 78, 2007.

25- LANGLEY R., CUNNINGHAM S. How Should Oxygen Supplementation Be Guided by Pulse Oximetry in Children: Do we Know the Level? Frontiers in Pediatrics Volume 4, Article 138. Janeiro 2017.

26- ROTTA, A.T; STEINHORN, D.M Ventilação mecânica convencional em pediatria Jornal de Pediatria v.83 n.2. Rio de Janeiro, maio 2007.

27- Desmame da ventilação mecânica em pediatria. ASSOBRAFIR Ciência 2011 Jun;2(1):57-64 68.

28- DRES M. DEMOULE A. ALEXANDRE DEMOULE. O que todo intensivista deve saber sobre oxigenoterapia nasal de alto fluxo em pacientes críticos. Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(4):399-403.

29- BALAGUER, Monica et al. Bronchiolitis score of Sant Joan de Déu: ROSJOD score, validation and usefulness. Pediatric pulmonology, v. 52, n. 4, p. 33-539, 2017.

30- SCARTEZINI, Luís Maurício Bessa. Análise e Melhoria de Processos / Luís Maurício Bessa

Scartezini. – Goiânia, 2009. 54p. Apostila. Disponível em:
<http://www.aprendersempre.org.br/args/GE%20B%20-%20An%E1lise-e-Melhoria--de-Processos.pdf>.

31- Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2.ed. Brasília: OPAS, 2008.

ANEXO 1

Escore de bronquite de Sant Joan de Déu: Escore de BROSJOD

Sibilos/estertores	0: não 1: sibilos expiratórios, estertores inspiratórios 2: sibilos/estertores expiratórios e inspiratórios			
Tiragem	0: não 1: subcostal, intercostal inferior 2: anterior + supraclavicular + batimento nasal 3: anterior + intercostal superior + retração traqueal			
Entrada de ar	0: normal 1: regular e simétrica 2: assimétrica 3: muito reduzida			
Saturação de oxigênio	sem O2 0: >95% 1: 91–94% 2: <90%		com O2 1: >94% com FiO2 ≤ 40% 2: <94% com FiO2 > 40%	
Frequência respiratória (rpm)	0	1	2	3
< 3 meses	< 40	40 – 60	60 – 70	> 70
3 – 12 meses	< 30	30 – 50	50 – 60	> 60
12 – 24 meses	< 30	30 - 40	40 - 50	> 50
Frequência cardíaca (bpm)	0	1	2	3
< 1 ano	< 130	130 – 150	150 – 170	> 170
1 – 2 anos	< 110	110 - 120	120 - 140	> 140

0–5, CRISE LEVE; 6–10, CRISE MODERADA; 11–16, CRISE SEVERA; O2, oxigênio; FiO2, fração inspirada de oxigênio; rpm, respirações por minuto; bpm, batimento por minuto.

Adaptado de BALAGUER, Monica et al. Bronchiolitis score of Sant Joan de Deu: BROSJOD score, validation and usefulness. *Pediatric pulmonology*, v. 52, n. 4, p. 533-539, 2017.

ANEXO 2
FICHA DE INDICADORES DIÁRIOS

PRONTO-SOCORRO PEDIATRIA – Mês/ano: _____ / _____																														
Medidas Qualidade																														
DIA	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10		
TURNO	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N			
Nº Internados																														
Nº Internados com indicação de fisioterapia																														
Nº Internados atendidos																														
Nº Fisios no período																														
TQT																														
TOT																														
AA																														
Oxigênio terapia																														
CPAP																														
Ventilação Não Invasiva Preventiva																														
Ventilação Não Invasiva Intermitente																														
Ventilação Mecânica																														
Sedestação/Ortostatismo																														
Deambulação																														
Posicionamento Funcional																														
Efeito Adverso durante Fisio																														
Intercorrências																														
Admissões da fisioterapia																														
Alta hospitalar																														
Alta enfermagem																														
Transferência hospitalar																														
Óbitos																														

Medidas Qualidade																														
DIA	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10		
TURNO	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N			
Nº Pct em Desmame O2																														
Nº Intubações																														
Nº Intervenções																														
Nº Intervenções VM																														
Nº Intervenções VNI																														
Nº Intervenções CPAP selo d'água																														
Falha de VNI																														
Extubação não programada																														
Extubação programada																														
Transporte intra-hospitalar																														
Auxílio RCP																														

ANEXO 3
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO – PS PEDIÁTRICO

Data admissão: _____
Horário admissão: _____

Paciente: _____ Número SES: _____

Leito: _____ Idade: _____ Peso: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Diagnóstico/Histórico:

INDICADORES	DATA / HORÁRIO	DATA / HORÁRIO	DATA / HORÁRIO
Intubação / Início da VM			
TOT/RL			
Extubação não programada			
VNI Preventiva			
Intubação Pós VNI preventiva			
Extubação Eletiva / retirada da VM			
VNI Pós extubação			
Falha de extubação (<48h)			
Momento/Causa da extubação não programada			
Número de tentativas de intubações			

ANEXO 4
FICHA DE MONITORIZAÇÃO

FICHA DE MONITORIZAÇÃO

NOME: _____ **LEITO:** _____

	DATA										
	Horário										
Sinais Vitais	Fisioterapeuta										
	SpO2										
	FC										
Av. Respiratória	FR										
	AP										
	DR (leve/mod/grave)										
	Aspecto da Secreção										
As. Ventilatória	VM/VNI										
	Modo										
	FR programada/real										
	Pinsp/PS										
	PEEP										
	Relação I:E										
	Ti										
	Sens										
	FiO2										
	VC										
	Vmin										
	MAP										
	IO/ISO2										
	Rampa										
Oxigenoterapia	Cateter										
	N/Máscara										
Observações / Exames complementares:											

ANEXO 5
ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA LACTENTES E CRIANÇAS

Área avaliada	Lactentes	Crianças	Classificação*
Abertura dos olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4
	Abre em resposta ao estímulo	Abre em resposta ao estímulo	3
	Abre apenas em resposta à dor	Abre apenas em resposta à dor	2
	Sem resposta	Sem resposta	1
Resposta verbal	Balbuciar, murmurar	Orientada, apropriada	5
	Choro irritável	Confusa	4
	Choro em resposta à dor	Palavras desapropriadas	3
	Gemidos em resposta à dor	Palavras incompreensíveis ou sons inespecíficos	2
	Sem resposta	Sem resposta	1
Resposta motora ¹	Movimento espontâneo e proposital	Responde a comandos	6
	Retirada ao toque	Localiza o estímulo doloroso	5
	Retirada em resposta à dor	Retirada em resposta à dor	4
	Responde à dor com postura descorticada (flexão anormal)	Responde à dor com postura descorticada (flexão anormal)	3
	Responde à dor com postura descerebrada (extensão anormal)	Responde à dor com postura descerebrada (extensão anormal)	2
	Sem resposta	Sem resposta	1

* Pontuação ≤ 12 sugere grave lesão cerebral. Classificação < 8 sugere possível necessidade de intubação e ventilação. Pontuação ≤ 6 sugere necessidade de monitoramento da pressão intracraniana.

¹Se o paciente estiver intubado, inconsciente ou pré-verbal, a parte mais importante dessa escala na resposta motora. Essa seção deve ser cuidadosamente avaliada.

Adaptado de Davis RJ et al: Head and spinal cord injury. Em Textbook of Pediatric Intensive Care, editado por MC Rogers. Baltimore, Williams & Wilkins, 1987; James H, Anas N, Perkin RM: Brains Insults in Infants and Children. New York, Grune & Stratton, 1985; and Morray JP, Tyler DC, Jones TK, et al.: Coma scale for use in brain-injured children. *Critical Care Medicine* 12:1018-1020, 1984. Doi: 10.1097/00003246-198412000-00002