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

Manual Assistencial

NORMAS E ROTINAS FISIOTERAPÊUTICAS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DA SES-DF

Área(s): Equipe GESSF e Fisioterapeutas assistenciais
Portaria SES-DF Nº216 de 23 de maio de 2025 publicada no DODF Nº 100 de 30/05/2025.

LISTA DE ABREVIATURAS

ASSOBRAFIR – Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória

CNAF – Cateter Nasal de Alto Fluxo

HME – Heat and Moisture Exchanger

NSF – Núcleo de Saúde Funcional

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PEEP – Positive end expiratory pressure

POP – Procedimento de operação padrão

RTA – Referência Técnica Assistencial

SUS - Sistema Único de Saúde

TOT – Tubo orotraqueal

TQT – Traqueostomia

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não invasiva

SpO2- Saturação periférica de Oxigênio

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: definição das principais atribuições do fisioterapeuta intensivista 11
Quadro 2: códigos SIGTAP relacionados ao atendimento fisioterapia hospitalar 12

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....5
2. DETALHAMENTO DA ATIVIDADE/TAREFA NO CONTEXTO PRETENDIDO..... 6
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. 17
4. ANEXOS.....20

1. INTRODUÇÃO

Os efeitos deletérios da imobilidade na unidade de terapia intensiva (UTI) têm sido amplamente documentados na literatura, com evidências apontando para um aumento significativo na incidência de complicações, como o declínio funcional, que impacta diretamente na qualidade de vida dos pacientes e reduz a sobrevida pós-alta. Além disso, essas complicações contribuem para um aumento substancial nos custos assistenciais, devido à necessidade de intervenções terapêuticas mais intensivas e prolongadas[1,2]. A fisioterapia, ciência capaz de promover a recuperação e preservação da funcionalidade, através do movimento humano e suas variáveis, pode minimizar estas complicações e enquadra-se com destaque nesta nova perspectiva assistencial e de gestão como parte integrante da equipe multiprofissional[3].

O trabalho intensivo dos fisioterapeutas diminui o risco de complicações do quadro respiratório, reduz o sofrimento dos pacientes e permite a liberação mais rápida e segura das vagas dos leitos hospitalares. A atuação profissional também diminuiu os riscos de infecção hospitalar e das vias respiratórias, proporcionando uma economia nos recursos financeiros[4].

O Ministério da Saúde em sua portaria nº.3432/1998, afirma que as UTIs devem contar com assistência fisioterapêutica em período integral, por diminuírem as complicações e o período de hospitalização, reduzindo, consequentemente, os custos hospitalares[5]. A Resolução RDC nº 7, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento das UTI, deu nova disposições sobre a fisioterapia, aprovando a designação de um fisioterapeuta especialista para os turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação, com um profissional para cada dez leitos[6].

A Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva - ASSOBRAFIR emitiu o parecer nº 001 em 2013 defendendo a importância do trabalho do fisioterapeuta no período de vinte e quatro horas em centros de tratamento intensivo. Baseando-se na alta complexidade dos procedimentos realizados, no grande número de intercorrências clínicas e admissões, na melhora dos indicadores clínicos e financeiros, além de exigências jurídicas, a ASSOBRAFIR, opina que é recomendada a presença do fisioterapeuta nas UTI adulto, perfazendo a carga horária de vinte e quatro horas ininterruptas[7], pois sua ausência compromete a assistência prestada ao paciente crítico e sobrecarrega a equipe médica e de enfermagem.

A literatura aponta que a presença do fisioterapeuta em regime integral leva à redução do tempo de ventilação mecânica, tempo de permanência na UTI, tempo de internação hospitalar, mortalidade, e consequente redução de custos hospitalares[8].

O fisioterapeuta deverá ser exclusivo da UTI, ressaltando-se a importância de se evitar contaminação cruzada, exposição dos pacientes e da equipe nos diferentes setores hospitalares e suas complexidades. Porém no caso de existir mais de uma Unidade de Terapia Intensiva no mesmo hospital,

o mesmo poderá se deslocar para uma destas unidades, como forma de melhor adequação da proporção paciente por fisioterapeuta.

A atuação do fisioterapeuta em pacientes internados em leitos de isolamento na UTI Adulto deve seguir rigorosamente os protocolos de precauções padrão e específicas (contato, gotículas, aerossóis), conforme estabelecido pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Antes da entrada em um leito de isolamento, é indispensável a correta paramentação com os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) recomendados, e a adoção de técnicas seguras que minimizem o risco de disseminação de agentes infecciosos [9].

O planejamento das intervenções deve considerar a gravidade clínica, o risco de contaminação, e a otimização do tempo de permanência no ambiente de isolamento. Sempre que possível, os atendimentos devem ser agrupados para reduzir a frequência de entrada no quarto, mantendo a integralidade da assistência. Cabe ao fisioterapeuta garantir a continuidade do cuidado respiratório e motor com segurança, respeitando os critérios de biossegurança institucional [9].

A proposta de elaboração de um instrumento norteador das ações da fisioterapia na UTI traz, em sua essência, intervenções exclusivamente diagnosticadas, prescritas e realizadas pelo fisioterapeuta, com a preocupação de refletir a realidade dos serviços prestados pela rede pública de saúde no Distrito Federal.

2. DETALHAMENTO DA ATIVIDADE/TAREFA NO CONTEXTO PRETENDIDO

2.1 – Das atividades realizadas:

A especialidade Fisioterapia em Terapia Intensiva é reconhecida e disciplinada pelo COFFITO através da Resolução n° 402/2011[10].

2.1.1 - Referência Técnica Assistencial (RTA) Fisioterapeuta:

Designa-se um Fisioterapeuta RTA indicado pela Chefia do Núcleo de Saúde Funcional e suas atribuições são:

- Desempenhar suas funções assistenciais e administrativas;
- Fazer cumprir as Normas, Rotinas e Procedimento deste Protocolo;
- Desenvolver a sua equipe com o objetivo de garantir assistência integral e de qualidade aos pacientes internados na unidade;
- Mensurar e acompanhar os resultados assistenciais através de indicadores de qualidade e produtividade relacionados com a assistência de fisioterapia;

- Opinar, direcionar a confecção das escalas juntamente com a chefia do serviço ou do Núcleo de Saúde Funcional, respeitando a particularidade de cada Regional.
- 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 a respeito deste documento e outros assuntos.

2.1.2 – Fisioterapeuta Rotineiro:

Designa-se um Fisioterapeuta Rotineiro por unidade, indicado pelo chefe Fisioterapeuta, e suas atribuições são:

- Desempenhar suas funções assistenciais;
- Realizar plantões diários em forma de escala horizontal;
- Receber o plantão, 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 eventuais intercorrências, problemas assistenciais ou administrativos;
- Auxiliar o Coordenador com o preenchimento das fichas de monitorização e indicadores;
- Guiar os demais fisioterapeutas da unidade quanto às condutas diárias para com os pacientes.

2.1.3 - Fisioterapeuta Plantonista:

A passagem de plantão realizar-se-á entre os períodos:

- Matutino: 07:00 as 13:00

- Vespertino: 13:00 as 19:00

- Noturno: 19:00 as 07:00

O fisioterapeuta plantonista seguirá a seguinte rotina:

- Recebimento do plantão ;
- Divisão dos fisioterapeutas entre as unidades e divisão dos pacientes;

- Interar-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;
- Evolução em prontuário dos pacientes atendidos, lançar os procedimentos e executar itens da prescrição;
- Discussão de caso clínico;
- Passagem de plantão

O fisioterapeuta plantonista deve sempre comunicar a equipe de plantão sua ausência justificada da unidade.

2.2 – Das Atribuições e Competências:

As atribuições e competências dos Fisioterapeutas intensivista são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e nas resoluções da especialidade e devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais, quanto pelas instituições.

A Fisioterapia consiste em um conjunto de ações realizadas pelo fisioterapeuta que estimulam funções motoras e respiratórias maximizando a força muscular, potencializando os sistemas cardiopulmonar, neuromuscular e osteomioarticular, minimizando a perda de habilidades funcionais e, assim, reduzindo o tempo de internação na UTI [11,12,13].

Para auxílio na execução das condutas fisioterapêuticas, as Unidades Hospitalares deverão ter em sua documentação interna os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) que consistem em instruções escritas que documentam uma rotina ou atividade repetitiva dentro de uma organização.

Esse documento deve conter ações programáticas e técnicas sendo eles específicos para cada organização, sendo eles minimamente:

- Avaliação Fisioterapêutica
- Admissão UTI Adulto
- Atuação do Fisioterapeuta no Transporte Intra hospitalar
- Fisioterapia Motora
    - Posicionamento Funcional

- Sedestação – transferência passiva ou ativa
- Ortostatismo e deambulação
- Cinesioterapia no leito, beira leito / ativo livre ou com resistência.

- Fisioterapia Respiratória
  - Terapia de Higiene Brônquica
  - Terapia de Reexpansão Pulmonar
  - Recrutamento alveolar
  - Titulação da PEEP
- Desmame em Ventilação Mecânica
- Preditores de extubação
- Processo de Decanulação
- Oxigenoterapia
- Cateter Nasal de alto fluxo (CNAF)
- Ventilação Não Invasiva (VNI)
- Posicionamento Funcional
- Posição prona

Abaixo segue definição das principais atribuições do fisioterapeuta intensivista. Foram divididas entre "exclusiva", "compartilhada" ou "não é atribuição" do fisioterapeuta:

Quadro 1: definição das principais atribuições do fisioterapeuta intensivista [12-21].

ATIVIDADE	DISCUSSÃO	ATRIBUIÇÃO
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
Adoção de Posição PRONA	Em pacientes que apresentam hipoxemia refratária ao suporte ventilatório ou que exibem falência pulmonar, a literatura aponta que se deve considerar a utilização de ventilação em Posição Prona (PP). Sendo uma terapêutica adicional para o tratamento da hipoxemia grave causada pela SDRA	COMPARTILHADA

Monitorização e vigilância de balonete (cuff)	O fisioterapeuta deve verificar a pressão de balonete de cuff diariamente. Porém na ausência do profissional no período, 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 multiprofissional.	COMPARTILHADA
Desmame da VM e extubação	Pode ser conduzido pelo fisioterapeuta sempre em discussão com a equipe multidisciplinar.	COMPARTILHADA
Transporte Intra-hospitalar	A Resolução COFFITO nº 402/2011 define que a avaliação e monitoração dos parâmetros cardiorrespiratórios, inclusive durante o transporte de pacientes críticos, é competência do fisioterapeuta em terapia intensiva.	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 filtro HME	O fisioterapeuta poderá trocar o filtro HME conforme protocolo de troca e durante seu atendimento.	COMPARTILHADA
Troca de fixação de TOT e TQT	O fisioterapeuta poderá trocar a fixação do TOT e TQT conforme protocolo de troca da sua unidade.	COMPARTILHADA
Montagem de leitos e administração de medicamentos	O posicionamento e mobilização do paciente, incluindo ações como sedestação, ortostatismo e deambulação, são de responsabilidade do fisioterapeuta. A administração de medicamentos, por sua vez, não é uma atribuição do fisioterapeuta, conforme regulamento da profissão.	NÃO É ATRIBUIÇÃO
Montagem e teste Ventilador Mecânico	O Acórdão COFFITO nº 478/2016 esclarece que a montagem e manutenção de equipamentos de ventilação mecânica não fazem parte das atribuições do fisioterapeuta.	NÃO É ATRIBUIÇÃO
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 deve atuar na orientação e no ajuste das terapias, otimizando os efeitos terapêuticos em ventilação mecânica.	COMPARTILHADA
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
Prevenção de Pneumonia Associada a VM (PAV)	A fisioterapia atua na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) por meio de técnicas de posicionamento do paciente, de cuidados com a secreção e com cuidados relacionados a circuito e umidificação .	COMPARTILHADA

Segue abaixo quadro de códigos SIGTAP relacionados ao atendimento fisioterapia hospitalar:

Quadro 2: códigos SIGTAP relacionados ao atendimento fisioterapia hospitalar

CÓDIGOS	DESCRIÇÃO SUGERIDA	PROCEDIMENTO SIGTAP
0211030023	AVALIAÇÃO MOTORA MENSAL	AVALIAÇÃO CINÉTICA, CINEMÁTICA E DE PARÂMETROS LINEARES
0211030074	AVALIAÇÃO MOTORA FIBROMIALGIA MENSAL	AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR
0211030040	AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA MENSAL	AVALIAÇÃO DE FUNÇÃO E MECÂNICA RESPIRATÓRIA
0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA*	CUIDADOS C/ TRAQUEOSTOMIA
0302010017	PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS
0302010025	PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS
0302010033	ATENDIMENTO NO PACIENTE NEONATO	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO E PACIENTE NEONATO
0302020020	PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO
0302020039	PRÉ E PÓS OPERATÓRIO EM ONCOLOGIA	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA
0302030018	ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO
0302030026	ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS
0302040013	TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
0302040021	TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
0302040030	TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR
0302040048	PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR
0302040056	DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS
0302050019	PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS
0302050035	PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO ESQUELETICAS COM COMPLICAÇÕES SISTEMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES

		MUSCULO- ESQUELETICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS
0302060014	DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
0302060022	DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
0302060030	DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR
0302060057	PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA
0302070010	PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO
0302070028	PACIENTE GRANDE QUEIMADO	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO
0303190019	TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO	TRATAMENTO EM REABILITACAO

*O código SIGATP 0301100071 referente aos cuidados com traqueostomia será utilizado quando realizado cuidados que são de atribuição do fisioterapeuta, como, por exemplo, aspiração traqueal.

Serão utilizados indicadores para mensurar parâmetros de qualidade assistencial.

A coleta de dados será realizada por intermédio dos censos diários e das fichas de monitorização (Anexo 1), com a finalidade de regular, controlar e avaliar as atividades executadas nas unidades de terapia intensiva. Será realizado colóquio anual com os RTA e representantes das Unidades envolvidas, para apresentação de dados e compartilhar experiências.

Indicadores:

Taxa de Ventilação Mecânica	
Objetivo estratégico	Mensurar o uso da Ventilação Mecânica (VM) em pacientes críticos na unidade
Nome do indicador	Taxa de VM
Justificativa	Conhecer o perfil epidemiológico da unidade, identificar a necessidade de cuidados específicos, traçar estratégias para redução da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV), acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia
Descrição	Mensuração da taxa mensal de uso da Ventilação Mecânica Invasiva em pacientes na unidade
Fórmula	Nº de pacientes em VM x 100 Número de pacientes internados
Unidade de	Porcentagem

medica	
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta
Responsável	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Taxa de Insucesso de desmame da ventilação mecânica	
Objetivo estratégico	Identificar e avaliar a falha no processo de Extubação
Nome do indicador	Taxa de insucesso de desmame da VM
Descrição	Identificar a falha no processo de desmame e extubação em pacientes da UTI que utilizaram VM por um período maior que 24h. Pacientes com necessidade de reintubação em um período inferior a 48 horas
Justificativa	Diminuir os índices de reintubação, custos e mortalidade em pacientes críticos, acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia.
Fórmula	Nº de pacientes reintubados em 48h x 100 Número de pacientes entubados eletivamente
Unidade de medica	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	<30%
Responsável	Fisioterapeuta
Implementação indicador	Após a aprovação do protocolo

Taxa de uso da ventilação não invasiva (VNI)	
Objetivo estratégico	Mensurar a taxa diária/mensal da Ventilação Não Invasiva (VNI) em pacientes da unidade
Nome do indicador	Taxa de VNI
Descrição	Mensuração da taxa mensal de uso da Ventilação Não Invasiva em pacientes na unidade

Justificativa	Conhecer o perfil epidemiológico da unidade, identificar a necessidade de cuidados respiratórios específicos, traçar estratégias para redução da Pneumonia associada a Ventilação Mecânica (PAV), acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia
Fórmula	Número de pacientes em VNI x 100 Número de pacientes internados
Unidade de medica	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	sem meta
Responsável	Fisioterapeuta
Implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Taxa de insucesso da ventilação não invasiva	
Objetivo estratégico	Identificar e avaliar a falha na aplicação da VNI em pacientes da UTI.
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. Insucesso definido como pacientes com necessidade de intubação nas 48h seguintes à instituição de VNI preventiva
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	Número de pacientes intubados 48h após início da VNI x 100 Número de pacientes que realizaram VNI
Unidade de medica	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	< 30%
Responsável	Fisioterapeuta
Implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

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
Justificativa	Reduzir os eventos de extubação não planejada e buscar estratégias para prevenção dos mesmos.
Fórmula	Nº de casos de extubação não planejada x 100 Número de pacientes intubados
Unidade de medica	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	< 5%
Responsável	Fisioterapeuta
Implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Taxa de mobilização precoce	
Objetivo estratégico	Controle dos índices de qualidade na mobilização precoce de pacientes críticos
Nome do indicador	Taxa de mobilização precoce
Descrição	Identificar e avaliar o número de eventos de mobilização precoce (cinesioterapia ativa, sedestação e retirada do leito) nos pacientes internados na unidade
Justificativa	Estimular a mobilização e retirada precoce do paciente do leito, a fim de diminuir o declínio funcional associado ao imobilismo, acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia
Fórmula	Número de eventos de mobilização precoce (cinesio ativa, sedestação e retirada do leito) x 100 Número de pacientes em Fisioterapia.
Unidade de medica	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	> 70%
Responsável	Fisioterapeuta
Implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Taxa de efeitos adversos relacionados à mobilização	
Objetivo estratégico	Mensurar a quantidade de efeitos adversos durante a realização de mobilização pela equipe da fisioterapia na unidade
Nome do indicador	Taxa de efeitos adversos relacionados à mobilização
Descrição	Mensuração da taxa de incidência de efeitos adversos relacionados à mobilização pela fisioterapia. São considerados eventos adversos: queda da SpO2 (> 3%), perda da sonda /acesso, extubação ou decanulação.
Justificativa	Verificar a incidência de eventos adversos durante a mobilização pela fisioterapia na unidade e propor medidas para garantir a segurança deste processo
Fórmula	Nº de eventos adversos x 100 Número de pacientes em fisioterapia
Unidade de medica	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	< 3%
Responsável	Fisioterapeuta
Implementaçã o do indicador	Após a aprovação do protocolo

Taxa de Sucesso no desmame difícil e prolongado	
Objetivo estratégico	Avaliar o percentual de sucesso de desmames difícil e prolongado da ventilação mecânica no mês
Nome do indicador	Taxa de sucesso no desmame difícil e prolongado
Descrição	Relação entre o número de pacientes desmamados da TQT com sucesso e o número de pacientes em TQT que foram submetidos ao protocolo de desmame ventilatório no período, multiplicado por 100.
Justificativa	Identificar possíveis problemas na condução deste importante processo e direcionar para treinamentos específicos.
Fórmula	Nº de pacientes desmamados da TQT com sucesso x100 Nº de pacientes em TQT que foram submetidos ao desmame ventilatório no período
Unidade de medica	Porcentagem
Fonte de	Ficha de Monitorização da Fisioterapia

dados	
Frequência	Trimestral
Meta	A definir
Responsável	Fisioterapeuta
Implementação	Após a aprovação do protocolo

Taxa de Pacientes com perda de funcionalidade na alta da UTI	
Objetivo estratégico	Avaliar a perda de funcionalidade do paciente na alta da UTI
Nome do indicador	Taxa de pacientes com perda de funcionalidade durante a internação
Descrição	Relação entre o total de pacientes com piora da função pelo escore IMS na alta e o total de pacientes com avaliação da função pelo escore IMS na alta, multiplicado por 100 (cem)
Justificativa	Verificar o nível de perda funcional na alta da UTI, utilizando a escala IMS (ICU mobility scale) como parâmetro objetivo de avaliação
Fórmula	$\frac{\text{Total de pacientes com piora da função pelo escore IMS na alta x 100}}{\text{Total de pacientes com avaliação da função pelo escore IMS na alta}}$
Unidade de medica	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	<20%
Responsável	Fisioterapeuta
Implementação	Após a aprovação do protocolo

Tempo de uso de Ventilação Mecânica	
Objetivo estratégico	Mensurar o tempo de uso de Ventilação Mecânica das UTIs
Nome do indicador	Tempo total de Ventilação Mecânica
Descrição	Mensuração do tempo total de ventilação mecânica dos pacientes internados nas UTIs.
Justificativa	Avaliar o tempo médio da Vm de acordo com o perfil da UTI

Fórmula	Soma do tempo de início até a retirada da VM Numero de pacientes em VM
Unidade de medica	Horas
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Mensal
Meta	a definir
Responsável	Fisioterapeuta
Implementação	Após a aprovação do protocolo

Educação Permanente: Percentual de fisioterapeutas capacitados	
Objetivo estratégico	Avaliar o percentual de fisioterapeutas capacitados
Nome do indicador	Taxa de Educação permanente
Descrição	Este indicador visa avaliar o percentual de fisioterapeutas que conhecem os protocolos assistenciais e a partir daí, qual a perspectiva dele ser implementado.
Justificativa	Avaliar o percentual de fisioterapeutas que conhecem o protocolo e a parti r daí, qual a perspectiva dele ser implementado
Fórmula	nº de fisioterapeutas capacitados x100 nº total de profissionais relacionados ao protocolo
Unidade de medica	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Treinar no mínimo 30% da equipe de fisioterapia a cada trimestre
Responsável	Fisioterapeuta
Implementação	Após a aprovação do protocolo

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chy, Anny; Riella, Caroline L.; Camilotti, Bárbara M.; Israel, Vera L. EP: Critérios de avaliação fisioterapêutica em UTI. Acesso em abril/maio de 013.

2. Desai S.V.; Law TJ.; Needham DM. 2011. Long-term complications of critical care. Crit Care Med. 39(2):371-9.

3. Godoy, A. C. F. et al. 2011. Manobras de hiperinsuflação manual podem causar aspiração de secreções orofaríngeas em pacientes sob ventilação mecânica? Revista Brasileira de Anestesiologia. 61(5):556-60.

4. Alves, A. N. 2012. A importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. Ensaios e Ciência. 16(6):173-84.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3432/GM de 12/08/1998. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. Diário Oficial da União; Brasília, DF, seção 1, p.10, 13.ago.1998.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930 de 10/05/2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União nº 91, de

11 de maio de 2012, seção 1, pgs. 138, 139, 140.

7. Lahoz, A. L C, et al. Fisioterapia em UIT Pediátrica e Neonatal – Instituto da Criança – Hospital das Clínicas. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2009.

8. Pereira S. A, Guimarães, I.S.S. A atuação do fisioterapeuta em unidade de terapia intensiva neonatal nos hospitais da rede pública do Distrito Federal. Revista eletrônica saúde e ciência. Vol. II, nº 02, ISSN 2238- 4111, 2012.

9. ASSIS D.A, et al. Medidas de Prevenção e Controle de Infecção a Serem Adotadas na Assistência à Saúde Relacionadas à COVID-19. BEPA;17(198):32-42, 2020

10. Peluso, A. Q. L. Ventilação mecânica em Neonatologia. Revista Intensiva. p.120-

127. 2006

11. SCHWEICKERT, W. D., et al. Early Physical and Occupational Therapy in Mechanically Ventilated, Critically Ill Patients: A Randomized Controlled Trial. Lancet, 373(9678), 1874-1882, 2009.

12. STILLER, K. Physiotherapy in Intensive Care: An Updated Systematic Review. Chest, 144(3), 825-847, 2013.

13. BURTIN, C., et al. Early Exercise in Critically Ill Patients Enhances Short-term Functional Recovery. Critical Care Medicine, 37(9), 2499-2250, 2009.

14. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO -BRASIL). Disciplina a Especialidade Profissional Fisioterapia em Terapia Intensiva e dá outras providências. Resolução nº 402 de 03 de agosto de 2011.

15. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN - BRASIL). Dispõe sobre as competências do Enfermeiro no cuidado aos pacientes em ventilação mecânica no ambiente extra e intra-hospitalar. Resolução nº 639 de 08 de maio de 2020.

16. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN - BRASIL). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986.

17. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO -BRASIL). Dispõe sobre o trabalho do Fisioterapeuta no período de 24 horas em CTIs. Acórdão nº 472 de 20 de maio de 2016.

18. 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 473 de 20 de maio de 2016.

19. 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.

20. 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.

21. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO -BRASIL). Dispõe sobre a participação do Fisioterapeuta durante o procedimento de traqueostomia. Acórdão nº 476 de 02 de setembro de 2016.

22. FERREIRA, Kelvin Odilon Nascimento; COSTA, Victória dos Santos; DANTAS, Vitória Rayane da Silva; LOPES, Soraneide Carneiro; OLIVEIRA, Felipe Éden Souza de. O uso da mobilização precoce em unidade de terapia intensiva adulto para prevenção de debilidade funcional. *Ciência da Saúde*, v. 27, n. 128, nov. 2023.

23. ROCH, Júlia de Lima Cavalcanti; QUEIROZ, Mayza Régis de. Mobilização precoce no paciente crítico sob ventilação mecânica invasiva: estudo de revisão. *Ciência da Saúde*, v. 27, n. 125, ago. 2023.

ANEXO 1

MONITORIZAÇÃO - FISIOTERAPIA													
Paciente:												Leito:	
Idade:		Data Nasc.:				PaO2 Ideal:				Peso Ideal:			
Admissão:		TOT:				Nível Fix:		TQT:				VC Ideal:	
Diagnóstico													
Função Motora		Acamado		Sedestação		Ortostatismo		Deambulação > 10 passos		Deambulação > 25 m		Deambulação > 100 m	
	Pré-internação												
	Avaliação (24 horas)												
	Alta da UTI												
DATA													
HORA													
ECGLASGOW / RASS													
MODO VM / Suporte O2													
Pinsp													
PSV													
VCinsp													
VCexp													
VM													
FRr/FRp													
I : E													
Fluxo insp / T insp													
O2 (FiO2) / (L/MIN)													
PEEP													
SpO2													
Sinais Vitais	FC												
	FR												
	PA												
	Temp.												
Mecânica	P pico												
	P platô												
	Raw												
	Cest												
Pressão de *cuff*													
Gasometria	pH												
	PaO2												
	PaCO2												
	HCO3												
	BE												
	SaO2												
Desmame	PaO2/FiO2												
	I ToBBin												
	Pins/Pexp												
	Cuff Leak												
Drogas	Vasoativas												
	Sedação / Analgesia												
Hemograma	Leucócitos												
	Plaquetas												
	Bastões												
MRC (FORÇA MUSCULAR)	MSD												
	MSE												
	MID												
	MIE												
	MRC TOTAL												
Nível de Atividade Motora	Nível de Atividade Atual												
	Meta do Plantão												
	Nível de Assistência												

ANEXO 2 –

Efeitos adversos da mobilização precoce

Quadro 14: Efeitos adversos da Mobilização Precoce.

Classificação	Efeitos Adversos
Leve	- Tontura - Neusea - Sudores - Hipotensão transitória
Moderado	- Dessaturação de Oxigênicio (SpO2 <90%) - Taquicardia ou bradicardia leve - Hipotensão moderada - Aumento da frequência respiratória (>35rpm)
Grave	- Extubação acidental - Queda - Perda de acesso venoso central - Arritmia Cardíaca - Hipotensão severa

Fonte: (FERREIRA,2023; ROCH 2023) [22,23]