



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

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

Área(s): Equipe da Gerência de Saúde Funcional- GESSF e Fisioterapeutas da área.

Portaria SES-DF Nº 56 de 14/02/2025, publicada no DODF Nº 34 de 18 de fevereiro de 2025.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CNAF - Cânula Nasal de Alto Fluxo

GEAM - Gerência de Assistência Multidisciplinar

HME – Heat and Moisture Exchangers ou Trocadores de Calor e Umidade

NASF – Núcleos de Apoio a Saúde da Família

PCR - Parada Cardiorrespiratória

PEEP - Pressão Expiratória Final Positiva

POP - Procedimento Operacional Padrão

PS - Pronto Socorro

RTA- Referência Técnico Assistencial

SES/DF – Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TOT - Endotraqueal

TQT - Traqueostomia

VAS – Vias Aéreas Superiores

VM – Ventilação Mecânica

VNI – Ventilação Não Invasiva

LISTA DE QUADROS

1. Quadro 1 - Atribuições do fisioterapeuta plantonista	08
2. Quadro 2 – Atribuições do fisioterapeuta	11
3. Quadro 2- Parâmetros assistenciais fisioterapêuticos em Unidade de Terapia Intensiva	13
4. Quadro 3 – Número de atendimentos fisioterapêuticos	16
5. Quadro 4 – Média de atendimento por fisioterapeuta	17
6. Quadro 5 - Taxa de ventilação mecânica.....	17
7. Quadro 6- Taxa de extubação	17
8. Quadro 7- Taxa de sucesso de desmame da ventilação mecânica	18
9. Quadro 8 – Taxa de ventilação não invasiva	18
8. Quadro 8 – Taxa de ventilação não invasiva.....	19
9. Quadro 9 – Taxa de sucesso de ventilação não invasiva	20
10. Quadro 10 – Taxa de extubação não planejada	20

SUMÁRIO

1. Introdução	6
2. Detalhamento da Atividade	6
3. Referência Bibliográfica	22
4. Anexo	26

1. 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 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 emergência (SILVA E SANTOS, 2019)⁶.

**Os elaboradores preencheram o termo de conflito de interesses.*

2. DETALHAMENTO DA ATIVIDADE

2.1- Das Atribuições

Para melhor funcionamento do serviço sugere-se:

2.1.1 Designar um **Fisioterapeuta Responsável Técnico Assistencial (RTA)**, indicado pela Chefia do Núcleo de Saúde Funcional ou Gerência de Assistência Multidisciplinar (GEAM), com as seguintes atribuições:

- 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 (Anexo 1) ;
- 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.
- Auxiliar na organização e condução de treinamentos regulares da atuação do fisioterapeuta na segurança do paciente.
- Auxiliar na elaboração e implementação de protocolos de segurança do paciente em unidades de urgência e emergência pediátrica.

- Promover a cultura de segurança, encorajando ativamente a notificação de eventos adversos em segurança do paciente e participar de discussões abertas sobre melhorias nos processos.

2.1.2 Designar um **Fisioterapeuta Rotineiro** por unidade, indicado pelo chefe e RTA, 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-cinesiofuncional;
- 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.

A Chefia da Fisioterapia e a Direção da Regional discutirão a liberação de no mínimo (12) 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.

2.1.3 Atribuições do Fisioterapeuta Plantonista:

QUADRO 2- Atribuição do fisioterapeuta plantonista

Atividade	Plantão Matutino	Plantão Vespertino	Plantão Noturno
Recebimento/ passagem do plantão	x	x	x
Definir pacientes prioritários no plantão juntamente com o fisioterapeuta rotineiro e equipe assistencial;	x	x	x
Checar exames complementares (gasometria arterial, hemograma, raios-X, tomografia, ressonância, entre outros)	x	x	x
Priorizar intercorrências e emergências (admissão, PCR, Insuficiência Respiratória Aguda, necessidade de Ventilação Não Invasiva (VNI) ou Ventilação Mecânica (VM), extubação não planejada, entre outros)	x	x	x
Participar da visita multidisciplinar	x	x	
Realizar atendimento fisioterapêutico considerando as prioridades e condutas planejadas	x	x	x
Monitorização cardiorrespiratória dos pacientes em Ventilação Mecânica Invasiva e Ventilação espontânea	x	x	x
Verificar necessidade de atividades compartilhadas com a enfermagem (montagem de ventilador, troca de filtro HME, verificação de cuff, etc)	x	x	x
Evolução diária dos pacientes	x	x	x
Discussão de caso clínico	x	x	x
Planejamento e execução de medidas de prevenção	x	x	x
Prescrição e execução de terapêutica	x	x	x
Aplicar métodos e técnicas para suporte ventilatório	x	x	x
Controle de infecção hospitalar	x	x	x
Posicionamento e mobilização de pacientes	x	x	x

Monitorização de parâmetros cardiorrespiratórios	x	x	x
Gerenciamento da ventilação espontânea, invasiva e não invasiva	x	x	x
Titulação da oxigenoterapia	x	x	x
Determinação e prescrição de alta fisioterapêutica	x	x	x
Registro em prontuário	x	x	x
Emissão de laudos e relatórios fisioterapêuticos	x	x	x
Aplicar recursos fisioterapêuticos para analgesia	x	x	x
Aplicar técnicas terapêuticas manuais	x	x	x
Cinesioterapia para todos os segmentos corporais	x	x	x
Prevenção de morbidades, comorbidades e imobilismo	x	x	x
Capacitação de cuidadores e acompanhantes	x	x	x
Preencher os indicadores as fichas de monitorização e outros formulários definidos	x	x	x
Promover a cultura de segurança, encorajando ativamente a notificação de eventos adversos em segurança do paciente.	x	x	x
Colaborar na implementação de protocolos de segurança do paciente em unidades de urgência e emergência pediátrica	x	x	x
Auxiliar o coordenador com o preenchimento das fichas de monitorização de indicadores; (ANEXO 2 e 3)	x	x	x
Participar de treinamentos institucionais sobre segurança do paciente.	x	x	x

Para a elaboração de escala de serviço, a chefia e o RTA deverão consultar a Portaria nº 321/2023⁷ que dispõe sobre os horários de funcionamento das Unidades Orgânicas da SES/DF, a elaboração de escalas de serviços, a distribuição de carga horária, os critérios para o controle e aferição de frequência eletrônica dos servidores efetivos, requisitados, ocupantes de cargos comissionados, de natureza especial, dos contratados temporários e dos empregados públicos.

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.

O papel desempenhado pelo fisioterapeuta, de acordo com o Acórdão no 472, de 20 de maio de 2012, 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.

A segurança do paciente é um pilar fundamental em qualquer ambiente de saúde, especialmente nas unidades de urgência e emergência pediátrica. É crucial enfatizar que esta responsabilidade não se restringe apenas aos Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), mas é compartilhada por todos os profissionais envolvidos no cuidado. Neste contexto, o fisioterapeuta desempenha um papel vital na garantia de cuidados de alta qualidade, minimizando riscos e prevenindo complicações associadas ao atendimento emergencial.

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

QUADRO 3 – As atribuições do fisioterapeuta

ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	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
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 multiprofissional.	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 considerar necessária, imediatamente após a realização de sua conduta fisioterapêutica.	NÃO É ATRIBUIÇÃO*
Coleta de Aspirado Traqueal	Não é atribuição do fisioterapeuta a coleta de material para exames.	NÃO É ATRIBUIÇÃO
Troca / Limpeza do 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

O fisioterapeuta é parte imprescindível da equipe de Emergência e Pronto Atendimento, constituindo-se como profissional habilitado a compor o Time de Resposta Rápida.⁹ 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 Emergência.¹⁰

A atividade fisioterapêutica se torna ainda mais exigível 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 (Anexo 4).

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 COFFO ITO 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 tabela abaixo:

QUADRO 4. 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
	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, deverá 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.

2.2 Das atribuições e competências

As atribuições e competências dos Fisioterapeutas no Pronto Atendimento 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.

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.

- Avaliação Fisioterapêutica
- Admissão
- Atuação do Fisioterapeuta no Transporte Intra hospitalar
- Fisioterapia Motora
 - Posicionamento Funcional
 - Transferência passiva ou ativa
 - 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
- Oxigenoterapia
- Cateter Nasal de alto fluxo (CNAF)
- Ventilação Não Invasiva (VNI)
- Ventilação Invasiva
- Posição prona

- Atuação Do Fisioterapeuta No Time De Resposta Rápida ;

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.

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.

Os Indicadores de Saúde são medidas informativas representadas mediante proporções, índices, coeficientes ou taxas, que são utilizadas para descrever, analisar ou relacionar determinantes e ao estado de saúde de uma determinada população determinantes ao estado de saúde. Podemos também realizar uma avaliação em relação a metas, objetivos, causas e tendências dos indicadores, colaborando assim para o planejamento e gerenciamento em saúde^{13,14}.

Os Indicadores de Saúde são usados para prever desfechos do estado de saúde de uma população (predição) ou de um grupo de pacientes (prognóstico). Estes indicadores são usados para mensurar o risco e o prognóstico individual, bem como a predição da carga de morbidade em grupos da população.

Os itens abaixo relacionados são utilizados para avaliar e classificar os indicadores de saúde:

1. **Validade** - validar a informação do estudo utilizado na determinação do indicador. Esse critério também se refere à necessidade de informações atualizadas, que acompanhem as mudanças da população.
2. **Confiabilidade** - o dado utilizado no indicador precisa ser confiável, ou seja, preciso e mensurado de forma correta.
3. **Cobertura** - quanto maior a cobertura dos números obtidos, mais chances de o indicador demonstrar números reais que representam a maioria da população.
4. **Aspectos éticos** - os estudos realizados para implementação de indicadores de saúde devem seguir padrões éticos, sem causar qualquer dano às pessoas envolvidas.

5. Aspectos administrativos - o último critério diz respeito à facilidade da obtenção dos dados da viabilidade de fontes fidedignas priorizando a utilização dos indicadores de menor custo operacional.

Principais vantagens dos Indicadores para a Gestão

- Obter informações que auxiliam as tomadas de decisão;
- Contribuir com planejamentos estratégicos;
- Distribuir e fazer um melhor uso dos recursos;
- Evitar e eliminar erros;
- Melhoria contínua no processo de trabalho.

INDICADORES DE QUALIDADE/ PRODUTIVIDADE

QUADRO 5- 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 fisioterapêuticos realizados na unidade
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 6- 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	$\text{Nº de atendimentos de fisioterapia} / \text{Nº total de fisioterapeutas}$
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 7- 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	$\text{Nº de pacientes em VM} \times 100 / \text{Número de pacientes internados}$
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 8- 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	$\text{Nº de pacientes extubados} \times 100 / \text{Nº de pacientes em ventilação mecânica por tubo orotraqueal}$
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 9- 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	$\frac{\text{Número de pacientes não reintubados em menos de 48hs} \times 100}{\text{Número de pacientes extubados}}$
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 10 - 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	$\frac{\text{Número de pacientes em VNI} \times 100}{\text{Número de pacientes internados}}$
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 11- 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	$\frac{\text{Número de pacientes não intubados 48h após início da VNI} \times 100}{\text{Número de pacientes que realizaram VNI}}$
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 12- 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	Formulário de extubação não planejada e 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

3. 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- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 321, de 15 de agosto de 2023. Dispõe sobre os horários de funcionamento das Unidades Orgânicas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF, a elaboração de escalas de serviços, a distribuição de carga horária, os critérios para o controle e aferição de frequência eletrônica dos servidores efetivos, requisitados, ocupantes de cargos comissionados, de natureza especial, dos contratados por tempo determinado, dos empregados públicos e dá outras providências. Disponível em https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/2649af64ce264b459737b3feceae08c1/Portaria_321_15_08_2023.html
- 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.

3.3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMPLEMENTARES:

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/guest/w/classificacao-de-risco-prioridade-no-atendimento-a-pacientes-graves#:~:text=A%20cor%20vermelha%20indica%20a,unidade%20de%20sa%C3%BAde%20de%20refer%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/arqs/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.

ANEXOS

Anexo 1 - FICHA DE INDICADORES DIÁRIOS

Medidas Qualidade													
DIA	1			2			3			4			
TURNO	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													
Oxigenioterapia													
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 enfermaria													
Transferência hospitalar													
Óbitos													
Medidas Qualidade													
DIA	1			2			3			4			
TURNO	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Nº Pcts em Desmame O2													
Nº Intubações													
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 editada para melhor visualização do documento. A ficha deve conter todos os dias do mês.

Anexo 2 - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO - PS PEDIÁTRICO

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO - PS PEDIÁTRICO

Data admissão: ____/____/____ Horário admissão: _____

Paciente: _____ Número do 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			
Reintubação Data:	☒ Precoce (6h)	☐ Intermediário (6-24h)	☐ Tardio (24-48h)
Motivo da Reintubação			
Momento/ Causa da extubação não programada			
Número de Tentativas de intubações			
Oxigenioterapia	Início- Data/hora:	Data/hora:	Data/hora:
CNAF	Início- Data/hora:	Início- Data/hora:	Início- Data/hora:

Data da Alta da PS: _____ Horário: _____ Encaminhado para: _____

Anexo 3 - FICHA DE MONITORIZAÇÃO**MONITORIZAÇÃO**

NOME: _____ LEITO _____

	DATA									
Sinais Vitais	Horário									
	Fisioterapeuta									
	SpO2									
	EtCO2									
	FC									
Av. Respiratória	FR									
	AP									
	DR (BSA 0/1/2)									
	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									
	REL									
Mec. Respiratória	Complacência									
	Resistência									
	Auto Peep									
	P pico									
	P Platô									
	Pi Max									
	Rampa									
	Drive Pressure									
Oxigenoterapia	Cateter N/ Máscara									

Observações:

Anexo 4 - Escore de bronquiolite de Sant Joan de Déu: Escore de BROSJOD

Escore de bronquiolite 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	com O2		
	0: >95%			
	1: 91–94%	1: >94% com FiO2 ≤ 40%		
	2: <90%	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 Déu: BROSJOD score, validation and usefulness. *Pediatric pulmonology*, v. 52, n. 4, p. 533-539, 2017.