



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 Pediátrica e Neonatal e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal da SES-DF

Área(s): Equipe GESSF e Fisioterapeutas da área

Portaria SES-DF nº 509 de 30 de outubro de 2024, publicada no DODF nº 214 de 07 de novembro de 2024.

LISTA DE ABREVIATURAS

BIPAP – Bilevel Positive Airway Pressure
CPAP – Continuous Positive Airway Pressure
CNAF – Cateter Nasal de Alto Fluxo
FC – Frequencia cardíaca
FR – Frequencia respiratórias
FSS – Functional Status Scale
HME – Heat and Moisture Exchanger
NSF – Núcleo de Saúde Funcional
NO – Nitric Oxid
PA – Pressão Arterial
PAV – Pneumonia Associada à Ventilação
POP – Procedimento de operação padrão
RTA – Referência Técnica Assistencial
RN – Recém Nascido
SpO2 – Saturação Periférica de Oxigênio
SUS - Sistema Único de Saúde
Tax – Temperatura axilar
TOT – Tubo orotraqueal
TQT – Traqueostomia
UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
VAOF - Ventilação Alta Oscilação e Frequência
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VNI – Ventilação Não invasiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: definição das principais atribuições do fisioterapeuta intensivista...	11
Tabela 2: códigos SIGTAP relacionados ao atendimento fisioterapia hospitalar.....	12
Tabela 3: Indicador Taxa de Ventilação Mecânica	14
Tabela 4: Indicador Taxa de Extubação	14
Tabela 5: Indicador Taxa de Sucesso de desmame da ventilação mecânica	15
Tabela 6: Indicador Taxa de Ventilação Não Invasiva.....	15
Tabela 7: Indicador de taxa de sucesso da ventilação não invasiva	16
Tabela 8: Indicador de taxa extubação não planejada	16
Tabela 9: Indicador de mobilização precoce.	17
Tabela 10: Indicador de efeitos adversos relacionados à mobilização.....	17

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Functional Status Scale.....	9
---	---

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. DETALHAMENTO DA ATIVIDADE/TAREFA NO CONTEXTO PRETENTIDO	6
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

1. INTRODUÇÃO

A incidência de complicações decorrentes dos efeitos deletérios da imobilidade na unidade de terapia intensiva (UTI), contribui para o declínio funcional, aumento dos custos assistenciais, redução da qualidade de vida e sobrevida pós-alta¹. 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 perspectiva assistencial e de gestão como parte integrante da equipe. ^{2,3} 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 desse profissional também diminuiu os riscos de infecção hospitalar e das vias respiratórias, proporcionando uma economia nos recursos financeiros^{1, 4}.

A inserção dos fisioterapeutas dentro das unidades de terapia intensiva aconteceu de forma ampla após a profissão ser reconhecida pelo Ministério da Saúde, com advento da Portaria GM/MS nº 3432/GM, de 12/08/1998, na qual se prevê a obrigatoriedade da presença deste profissional nas equipes de terapia intensiva neonatal e pediátrica⁵. A 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), incluiu o Fisioterapeuta como parte da equipe mínima formada para o funcionamento de uma unidade de terapia intensiva neonatal ^{6,7}.

Da mesma maneira como acontece no centros mais desenvolvidos, no Brasil, os avanços tecnológicos e aperfeiçoamento dos profissionais nas Unidades de Terapia Intensiva neonatais e pediátricas têm otimizado a utilização dos recursos terapêuticos e melhorado a eficiência do tratamento intensivo, colaborando para a redução do tempo de hospitalização, dos custos e da mortalidade dos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTIP ^{8,9}.

2. DETALHAMENTO DA ATIVIDADE/TAREFA NO CONTEXTO PRETENTIDO

2.1 Das atividades realizadas:

Serão seguidas as resoluções normativas relacionadas à atuação da fisioterapia em UTI: Resolução RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010 – ANVISA, Ministério da Saúde e Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. ^{6,10}

- Quantitativo de 01 fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração em UTI Pediátrica e UTI Neonatal e 1 fisioterapeuta para cada 15 leitos ou fração em Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal – UCI Neonatal.

- Horário de cobertura da equipe de fisioterapia de 24 horas/dia.

2.1.1 – Referência Técnica Assistencial (RTA) Fisioterapeuta :

Designa-se um Fisioterapeuta RTA indicado pela Chefia do Núcleo ou do serviço de Saúde Funcional (NSF) e suas atribuições são:

- Desempenhar suas funções assistenciais e gerenciais;
- Fazer cumprir este Manual de Normas, Rotinas, Procedimento e Protocolos;
- 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. Respeitando a particularidade de cada regional podendo ser feita somente 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.

2.1.2 – Fisioterapeuta Rotineiro:

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

- Desempenhar suas funções assistenciais e de coleta de dados para indicadores de qualidade e produtividade;
- 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;
- Reportar-se ao Coordenador sobre 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.

* Pode haver acúmulo de RTA e de Rotineiro dependendo da realidade, dimensionamento e característica de cada Regional. A Chefia da Fisioterapia e a Direção da Regional discutirão a liberação de vinte (20) horas assistenciais para o RTA realizar, no hospital, suas funções.

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;
 - 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);
 - Visita Multidisciplinar, quando houver;
 - Evolução dos pacientes atendidos, prescrever e executar procedimentos no Trackcare;
 - Discussão de caso clínico;
 - Passagem de plantão.

A Fisioterapia consiste em um conjunto de ações realizadas pelo fisioterapeuta que estimulam funções motoras, 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}. É iniciada no momento da internação, dentro dos limites fisiopatológicos.

Para escolha do tratamento deve-se observar estabilidade clínica, normalidade glicêmica, estabilidade/normalidade dos sinais vitais (Pressão Arterial (PA), Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR) , Saturação de Oxigênio (SpO2) e Temperatura Corporal, (TAx), estar atento aos exames laboratoriais e de imagem, respeitar sinais de estresse e dor. Gosselink et al., 2008; Stiller, 2000; Harris et al., 2018) ^{14, 15, 16} Wieczorek et al (2016) definiu critérios para inclusão nos níveis de mobilização do paciente na UTIP, contribuindo para a progressão da mobilidade¹⁷.

A avaliação da capacidade funcional e da funcionalidade de crianças e adolescentes trará informações importantes para conduzir a intervenção, A Escala do Estado Funcional (FSS, do inglês Functional Status Scale)

é validada para ambiente hospitalar e de fácil aplicação^{18, 19}.

VERSÃO FINAL (2019)- DOMÍNIOS DE FUNCIONALIDADE NA ESCALA DE ESTADO FUNCIONAL (FSS)

PONTOS	1	2	3	4	5
	Normal	Disfunção leve	Disfunção moderada	Disfunção grave	Disfunção muito grave
ESTADO MENTAL	Sono/vigília normal; responsividade apropriada	Sonolento, mas desperta mediante barulho/toque/movimento e/ou períodos de não responsividade social	Letárgico e/ou irritável	Mínimo despertar mediante estímulos (estupor)	Não responsivo e/ou coma e/ou estado vegetativo
FUNÇÃO SENSORIAL	Audição e visão preservadas e responsivo ao toque	Suspeita de perda auditiva ou suspeita de perda visual	Não reativo a estímulos auditivos ou a estímulos visuais	Não reativo a estímulos auditivos e a estímulos visuais	Respostas anormais à dor ou ao toque
COMUNICAÇÃO	Vocalização apropriada quando não chorando, expressão facial interativa ou gestos	Vocalização, expressão facial e/ou responsividade social reduzidas	Ausência de comportamento de atenção para interação ou comunicação	Sem demonstração de desconforto	Ausência de comunicação
FUNÇÃO MOTORA	Movimentos corporais coordenados, controle muscular normal, e consciência da ação e por que está sendo feita	1 membro funcionalmente prejudicado	2 ou mais membros funcionalmente prejudicados	Pouco controle da cabeça	Espasticidade difusa, paralisia, postura de decerebração/decorticação
ALIMENTAÇÃO	Todos os alimentos ingeridos por via oral com ajuda adequada para a idade	Nada por via oral ou necessita de ajuda para a alimentação, inapropriada para a idade	Alimentação oral e por sonda	Nutrição por sonda com ou sem nutrição parenteral	Somente nutrição parenteral
ESTADO RESPIRATÓRIO	Respirando em ar ambiente, sem suporte artificial	Recebendo oxigênio e/ou aspiração	Traqueostomia	Ventilação não-invasiva (CPAP/BIPAP) em partes do dia ou em todo o dia e/ou Suporte Ventilatório Mecânico Invasivo em parte do dia	Suporte ventilatório mecânico invasivo durante todo o dia e a noite

Pereira GA, Schaap CW, Ferrari RS, Normann TC, Rosa NV, Ricachinevsky CP, et al. **Functional Status Scale: Cross-Cultural Adaptation and Validation in Brazil.** Pediatric Critical Care Medicine, 2019.

Quadro 1 – Functional Status Scale

Para auxílio na execução das condutas fisioterapêuticas, as unidades hospitalares deverão ter em sua documentação interna os 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 RN na Uti Neonatal
- Admissão Uti Pediátrica
- Fisioterapia Motora
 - Posicionamento Funcional
 - Estimulação Precoce
 - Mobilização Precoce
- Fisioterapia Respiratória
 - Terapia de Higiene Brônquica
 - Terapia de expansão pulmonar
- Oxigenoterapia
- Ventilação Mecânica Invasiva (VMI): ○ Desmame da Ventilação Mecânica ○ Preditivos de extubação
- Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI)
 - CPAP
 - BIPAP
- Cpap Nasal Em Selo D'água
- Manejo Dor No RN
- Transporte Intra-Hospitalar
- Óxido Nítrico (NO)
- Ventilação de alta frequência (VAOF)
- Cateter Nasal De Alto Fluxo (CNAF)

Será realizado colóquio anual com os RTA e representantes das Unidades envolvidas, para apresentação de dados e compartilhar experiências.

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

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 Ventilação Mecânica (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 multidisciplinar para transporte intra-hospitalar do paciente que estiver em uso de ventilação mecânica.	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 e não sendo único responsável pela tarefa.	COMPARTILHADA
Troca de fixação de TOT e TQT	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

Tabela 1: definição das principais atribuições do fisioterapeuta intensivista ²⁰⁻²⁹.

Segue abaixo tabela de 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
0302020012	PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS
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

Tabela 2: códigos SIGTAP relacionados ao atendimento fisioterapia hospitalar

Serão utilizados indicadores para mensurar parâmetros de qualidade assistencial de interesse do serviço. A coleta de dados será realizada por intermédio dos censos diários e das fichas de monitorização (Anexo 1,2, 3 e 4), com a finalidade de regular, controlar e avaliar as atividades executadas nas unidades de terapia intensiva, sendo eles:

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	$\frac{\text{Nº de pacientes em VM} \times 100}{\text{Número de pacientes internados}}$
Unidade de medida	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta
Responsável	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Tabela 3: Indicador Taxa de Ventilação Mecânica

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
Justificativa	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	$\frac{\text{Nº de pacientes extubados} \times 100}{\text{Número de pacientes em ventilação mecânica por tubo orotraqueal}}$
Unidade de medida	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta
Responsável	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Tabela 4: Indicador Taxa de Extubação

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
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	Fisioterapeuta
Implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Tabela 5: Indicador Taxa de Sucesso de desmame da ventilação mecânica

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
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	$\frac{\text{Número de pacientes em VNI} \times 100}{\text{Número de pacientes internados}}$
Unidade de medida	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	sem meta
Responsável	Fisioterapeuta
Implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Tabela 6: Indicador Taxa de Ventilação Não Invasiva

Taxa de sucesso da 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
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	Fisioterapeuta
Implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Tabela 7: Indicador de taxa de sucesso da ventilação não invasiva

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	$\frac{\text{Nº de casos de extubação não planejada} \times 100}{\text{Número de pacientes intubados}}$
Unidade de medida	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	< 5%
Responsável	Fisioterapeuta
Implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Tabela 8: Indicador de taxa extubação não planejada

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	$\frac{\text{Número de eventos de mobilização precoce (cinesio ativa, sedestação e retirada do leito)}}{\text{Número de pacientes em Fisioterapia}} \times 100$
Unidade de medida	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	> 70%
Responsável	Fisioterapeuta
Implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Tabela 9: Indicador de mobilização precoce

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	$\frac{\text{Nº de eventos adversos}}{\text{Número de pacientes em fisioterapia}} \times 100$
Unidade de medida	Porcentagem
Fonte de dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	< 3%
Responsável	Fisioterapeuta
Implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Tabela 10: Indicador de efeitos adversos relacionados à mobilização

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chy, Anny; Riella, Caroline L.; Camilotti, Bárbara M.; Israel, Vera L. PEP: Critérios de avaliação fisioterapêutica em UTI. Acesso em abril/maio de 2013.
2. Desai S.V.; Law T.J.; 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. Ensaio 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. Peluso, A. Q. L. Ventilação mecânica em Neonatologia. Revista Intensiva. p.120-127. 2006
10. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.
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. Gosselink, R., et al. Physiotherapy for Adult Patients with Critical Illness: Recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Medicine*, 34(7), 1188-1199, 2008.
15. Stiller, K. Safety Issues That Should Be Considered When Mobilizing Critically Ill Patients. *Critical Care Clinics*, 16(3), 695-701, 2000.
16. Harris, C. L., et al. Monitoring and Reassessment in Pediatric Intensive Care: A Clinical Practice Guideline. *Critical Care Medicine*, 46(12), e1203-e1221, 2018.
17. Wieczorek, Beth DNP et al. PICU Up!: Impact of a Quality Improvement Intervention to Promote Early Mobilization in Critically Ill Children. *Pediatric Critical Care Medicine* 17(12):p e559-e566, December 2016.
18. Pereira GA, Schaan CW, Ferrari RS, Normann TC, Rosa NV, Ricachinevsky CP, et al. Functional Status Scale: Cross-Cultural Adaptation and Validation in Brazil. *Pediatric Critical Care Medicine*, 2019.
19. Bastos VC de S, Carneiro AAL, Barbosa M dos SR, Andrade LB de. Brazilian version of the Pediatric Functional Status Scale: translation and cross-cultural adaptation. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.

26. 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.
27. 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.
28. 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. 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.
29. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO - BRASIL). Dispõe sobre o papel do Fisioterapeuta em relação ao procedimento de montagem, remoção, troca e/ou limpeza dos componentes de circuitos e condensadores dos ventiladores mecânicos e dos copos coletores de secreção traqueal. Acórdão nº 478 de 20 de maio de 2016.

ANEXO 1 - Ficha de Admissão em UTIN e UCIN
FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA FISIOTERAPIA

HISTÓRICO DO PACIENTE					
Leitos:			SES:		
Nome da mãe:				Idade:	
Nome RN:		Sexo:	Tipo de Parto:		APGAR 1º 5º
Data de Nasc: / /	PN:	IG:	Data Adm UTIN: / /		
Local do nascimento: () CO local () outros:					
INTERCORRÊNCIAS NA GRAVIDEZ					
() DHEG () ITU () DPP () Placenta Prévia () outros:					
HISTÓRIA DO NASCIMENTO					
DIAGNÓSTICOS					
() Prematuridade		() SAM		() Onfalocele	
() DMH		() Asfixia neonatal		() Enterocolite	
() DR precoce		() Atresia de esôfago		() Infecções Inespecífica	
() Pneumonia		() Gastrosquise		() Sepses	
() Cardiopatias:					
() Síndromes Genéticas:					
() Malformações:					
() Outros:					
CLASSIFICAÇÃO DO RN: () PIG () AIG () GIG () RNPT () RNT () RNPósT () MMBP () MBP () BP					
Muito muito baixo peso: < 1.000g; Muito baixo peso: < 1.500g; Baixo peso: < 2.500g.					
Assistência ventilatória sala de parto: () Sim () Não Qual:					
SURFACTANTE: () Sim () Não		1ª dose: / /		2ª dose: / /	
RESUMO DA ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA					
	Modalidade	Entrada	Saida	Motivo	
1		/ /	/ /		
2		/ /	/ /		
3		/ /	/ /		
4		/ /	/ /		
5		/ /	/ /		
6		/ /	/ /		
7		/ /	/ /		
8		/ /	/ /		
9		/ /	/ /		
10		/ /	/ /		

ANEXO 2 - Ficha de monitorização UTIN e UCIN

RN de: _____ Leito: _____ RN: _____ VC ideal (4 a 6ml/Kg): _____

	Data								
	Horário do atendimento								
	Fisioterapeuta								
	IG corrigida								
	Peso (último)								
	Dieta								
Sinais Vitais	SpO2								
	FC								
Drogas	Sedação								
	DVA								
Atividade Motora/Neuro	Tônus								
	Reatividade								
Aval. Respiratória	AP								
	DR (L/M/G)								
	Secreção (P/M/G)	TOT							
		Aspecto							
		VAS							
Assistência Ventilatória	VM/VNI								
	Modo								
	FR prog/real								
	Pinsp								
	PEEP								
	PS								
	Ti								
	Sensibilidade								
	FiO2								
	Vc								
	MAP								
	Cdyn								
	Rdyn								
	Óxido Nítrico								
	Hora da Extubação								
	CPAP/CAF HOOD/ O2 livre/ CN / AA	Tipo							
		Fluxo							
		FiO2							
	Interface	Tamanho	TOT						
			Pronga						
Altura do TOT		RL							
		RX							
	Aspecto da narina								
Posição Canguru (S/N)									
Decúbito (DD/DLE/DLD/ DV)									

RX: Data ____/____/____ Aspecto _____

Data ____/____/____ Aspecto _____

Gasometria:

Data ____/____/____ pH _____ PaO2 _____ PaCO2 _____ HCO3: _____ BE: _____ SaO2 _____

Data ____/____/____ pH _____ PaO2 _____ PaCO2 _____ HCO3: _____ BE: _____ SaO2 _____

Observações: _____

FICHA DE MONITORIZAÇÃO/ FISIOTERAPIA UTIP

Paciente: _____ Número do SES: _____

Leito: _____ Idade: _____ Peso: _____ Data admissão: ____/____/____ Horário admissão: ____:____

Diagnóstico/ Histórico:

INDICADORES	Data/ Horário	Data/Horário	Data/Horário
Intubação/ Início da VM			
TOT/RL			
Traqueostomia (acrescentar nº TQT)			
Extubação Eletiva/ retirada da VM			
Extubação não programada			
VNI Pós extubação			
VNI Preventiva			
Intubação Pós VNI preventiva			
Motivo da Reintubação			
Uso de corticoide pré extubação/Tempo utilizado	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Nebulização	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Escala de Westley	1º min: 15º min:	1º min: 15º min:	1º min: 15º min:
Momento/ Causa da extubação não programada			
Oxigenioterapia	Início- Data/hora:	Data/hora:	Data/hora:

Functional Status Scale (FSS)

DATA: ____/____/____

Domínios	Estado mental	Função sensorial	Comunicação	Função motora	Alimentação	Estado Respiratório	Pontuação total
Pontuação							

Data da Alta da UTIP: ____/____/____ Horário: _____ Encaminhado para: _____

ANEXO 4 - Ficha de Monitorização UTI Pediátrica
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									
	Ppico									
	P Platô									
	Pi Max									
	Rampa									
Oxigenoterapia	Cateter N/ Máscara									
TRM	Tipo									
	Carga									
	Séries/Repetições									
Observações:										