ANÁLISE DE QUALIDADE DE UM SERVIÇO DE FISIOETERAPIA BASEADA EM INDICADORES, RESULTADOS E METAS

ANALYSIS OF SERVICE QUALITY BASED ON INDICATORS, RESULTS AND TARGETS

Monique Gabriely Lucena Haydar[1], Lorena Lima Borges[2], Eduardo Eberhardt[3]

1. Especializando lato sensu em MBA Gestão, Auditoria e Qualidade em Saúde/ Fisioterapeuta da equipe Prófisio-Propará (Faculdade Inspirar/Belém/Pará/Brasil. Email:moniquehaydar@gmail.com
2. Especializando lato sensu em MBA Gestão, Auditoria e Qualidade em Saúde/Fisioterapeuta da equipe Prófisio-Propará (Faculdade Inspirar/Belém/Pará/Brasil. Email:lorena.lb.borges@gmail.com
3. Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva/Coordenador Geral da Prófisio-Propará (Faculdade Inspirar/Curitiba/Paraná/Brasil). Email: eduardo.profisio@gmail.com

RESUMO

Introdução: Se formos transferir para os dias atuais podemos dizer que a qualidade se caracteriza como sendo um processo continuo de aprimoramento, estabelecendo progressivamente os padrões, resultados dos estudos históricos de uma mesma instituição ou de comparação com outras instituições semelhantes, em busca do zero de imperfeições. Esse trabalho tem como objetivo analisar a qualidade de um serviço de fisioterapia. **Metodologia:** Trata-se de uma análise qualitativa, retrospectiva, comparativa, experimental, baseada na verificação de dados de indicadores de qualidade assistencial utilizados em um serviço de fisioterapia. Os valores extraídos foram referentes as metas e os resultados de cada indicador. **Resultados:** Dentre os critérios avaliados no trabalho, obtemos como resultados foram o de Sentar Fora Leito, com valores de 90,03% em 2016 e 93,53% no ano de 2017; Taxa de extubação em pacientes ventilados com mais de 24h subiu de 74,72% para 80,30%, Taxa de extubação em pacientes ventilados com menos de 24h o aumento foi mais discreto, quando em 2016 foi 93,32 a média anual, em 2017 ficou em torno dos 93,88% a entrega de PAF´s na Unidade Terapia Intensiva que no ano de 2016 alcançou 100%, em quanto em 2017 houve um declínio, atingindo apenas 78,84%.**Conclusão:** Concluímos que o serviço visa a qualidade, e melhor retorno do paciente a sociedade, trabalhando em cima de protocolos gerenciais que visam a mobilidade precoce, segurança do paciente e encerramento de um fluxo, onde este é acompanhando desde sua admissão até o momento da alta.

Palavras-chaves: qualidade, protocolo, padronização, melhoria.

ABSTRACT

Introduction: If we transfer to the present day we can say that the quality is characterized as a continuous improvement process, establishing the standards, the results of the historical studies of the same institution or comparison with other similar institutions in search of zero of imperfections. This study aims to analyze the quality of a physiotherapy service. **Methodology:** This is a qualitative analysis, retrospective, experimental, based on comparative data verification of care quality indicators used in a physiotherapy service. The extracted values were regarding the goals and the results of each indicator**. Results:** Among

the criteria assessed at work, we obtain as results were to Sit Out bed, with 90.03% values in 2016 and 2017 93.53% in the year; Rate of Extubation in patients ventilated with more than 12:00 am rose from 74.72% to 80.30%, rate of Extubation in patients ventilated with less than 12:00 am the increase was more discreet when in 2016 was 93.32 annual average, in 2017 was around of 93.88% delivery of PAF ´ in Pcs ADE Intensive Therapy that in the year 2016 reached 100% by 2017 in there was a decline, reaching only 78.84%.**Conclusion:** We conclude that the visa service quality, and best return of the patient society, working in top management protocols for the early mobility, patient safety and closure of a stream, where this is following since your admission to the time of high.

Keywords: quality, Protocol, standardization, improvement

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que a imobilidade pode causar várias complicações e influenciam diretamente no restabelecimento após os pacientes serem acometidos por doenças críticas, dentre essas alterações podemos citar a fraqueza muscular esquelética e atrofia muscular. Podemos minimizar esses efeitos através da realização de mobilização precoce no ambiente da unidade de terapia intensiva (UTI), levando em consideração que para uma realização segura precisamos respeitar a estabilidade hemodinâmica do paciente, garantindo uma mobilização que não proporcionará dano.[1]

Dentre as causas mais comuns que levam a hospitalização de pacientes críticos em UTI´s são os acometimentos do sistema respiratório, como insuficiência respiratória aguda, seguidas pelo sistema cardiovascular, sepse, alterações neurológicas e renais[2].

Dentre as causas para internação na UTI, o uso de ventilação mecânica invasiva é um dos fatores para que os pacientes tenham indicação médica de restrição de movimento até que se atinja a estabilização do quadro. Quando ocorre a redução ou anulação da carga ofertada ao sistema musculoesquelético, associada ao uso da ventilação mecânica por período de tempo prolongado, resulta em piora do prognóstico dos pacientes, sendo essa a principal causa de fraqueza muscular adquirida na UTI. Essa fraqueza pode ser desenvolvida pelas atrofias musculares advindas do imobilismo ou até mesmo pela toxicidade de determinadas medicações ministradas ao paciente em doses altas e por tempo prolongado, como os sedativos agentes bloqueadores neuromusculares e corticoesteroides[3].

Além dos efeitos funcionais a imobilidade no leito propicia a diagnósticos secundários como atelectasias, lesões por pressão, doença tromboembolítica, hipotensão postural, taquicardia. Sendo primordial a atuação do fisioterapeuta, podendo intervir na melhora respiratória, assim como no reestabelecimento motor funcional, diminuindo o tempo de ventilação mecânica, prevenindo e/ou reduzindo edema, trombose venosa profunda, assim como a redução do tempo de internação[4]. Havendo uma linearidade de atividades, progressivas e de acordo com a estabilidade clínica, podemos citar sedestação beira leito,

sedestação fora do leito, ortostatismo, transferências de decúbitos e por fim deambulação[1].

Como recursos para mobilização precoce, utilizamos os exercícios físicos com finalidade de aprimorar a funcionalidade e reduzir as incapacidades. A estimulação elétrica neuromuscular (EENM) utilizamos quando os pacientes críticos estão incapazes de realizar a contração muscular voluntária. Outra técnica utilizada é o posicionamento funcional, que pode ser realizado de forma de passiva ou ativa para a estimulação do sistema neuromuscular esquelético, melhorando assim o controle autonômico, o estado de alerta e da estimulação vestibular além de facilitar uma melhor postura antigravitacional, prevenindo contraturas musculares, edema linfático e minimizando os efeitos adversos da mobilização prolongada no leito[5 e 6].

A mobilização precoce e o posicionamento adequado no leito muitas vezes significam uma oportunidade única de interação do paciente com o meio ambiente, sendo fontes de estimulação sensório-motora e prevenção de complicações secundárias a imobilização. Quando adiamos o início dos exercícios estamos apenas colaborando para intensificar os déficits funcionais do paciente, senso assim a intervenção precoce é necessária para prevenir tanto os problemas físicos como evitar a hospitalização prolongada[7].

Quando falamos no uso de ventilação mecânica, tratamos de uma intervenção importante no paciente com insuficiência respiratória aguda, mas não podemos esquecer dos riscos que ele está sendo submetido, podendo desenvolver inúmeras complicações em decorrência de sua utilização, aumentado assim sua morbimortalidade. Essa retirada da ventilação artificial invasiva deve ser feita o mais precoce possível, a fim de minimizar os efeitos deletérios que possivelmente podem ocorrer. A partir da criação de um protocolo de desmame, conseguimos inúmeras vantagens como: redução entre tempo de desmame e tempo total de ventilação mecânica, diminuição das chances de insucessos e re-intubações, diminuição da mortalidade, redução do período de internação na unidade de terapia intensiva e hospitalar e como consequentemente, diminuição dos custos hospitalares[8].

Diariamente o fisioterapeuta deve realizar uma triagem sistemática a fim de recrutar os pacientes aptos a realizar o teste de respiração espontânea, seguindo o protocolo multidisciplinar da sua unidade de atenção, podendo assim, quando indicado realizar a interrupção da ventilação mecânica[9].

Há cerca de 20 anos o profissional fisioterapeuta vem ganhando espaço dentro das unidades de terapia intensiva, e cada vez mais tem assumido o controle da ventilação mecânica, se aprofundando nos cuidados com o doente crítico. Esses profissionais atuam com os pacientes graves que necessitam de suporte ventilatório, inclusive na assistência pós cirurgia, evitando complicações respiratórias e motoras. Participa também no processo de desmame e na extubação[9]. Além disso quando o paciente é submetido a um tempo prolongado de ventilação invasiva, o fisioterapeuta pode ajudar a evitar atelectasias, barotrauma e infecções respiratórias[10].

Sabemos que a alta exerce grande influência na continuidade da assistência prestada ao paciente, sendo esses cuidados transitório ou permanente. Quando realizada as orientações para o pós- alta, diminuímos assim o estresse proveniente da alta, e receios no manejo independente com pacientes, reduzindo a probabilidade de reinternação [11 e12].Quando se trata de um doente crônico ou que passou por um período prolongado de internação recebem alta, as condições adquiridas no período hospitalar, afetam não apenas ele, mas a família e os seus cuidadores/familiares, portanto deve haver um preparo adequado do indivíduo e dos que os cercam. Devemos lembrar que o processo saúde-doença está interligado às condições vitais da pessoa, condições sócio-político-econômicas e culturais[13].

A partir dessas melhorias que alcançamos até os dias atuais, em relação ao aumento da qualidade dos serviços de saúde, utilizamos as avaliações sistemática, como forma de contabilizar qualitativamente os cuidados prestados aos pacientes, acompanhantes/cuidadores, permitindo assim a identificação dos prováveis fatores que influenciam em um atendimento de alto nível ou visando melhorias a curto, médio e longo prazo em relação a assistência prestada[14].

Utilizamos indicadores, que são definidos como as variáveis que mensuram de forma quantitativa, para promover melhorias proporcionando maior qualidade, a fim de comparar as alterações nos critérios anteriormente obtidos, sendo um dado que descreve uma realidade de uma setor ou serviço[15].

Durante a gestão de um serviço, necessita-se de um meio para avaliar o seu desempenho de funções, sistemas ou processos. Utilizam-se então os indicadores, para conhecer valor estatístico, a fim de alcançar metas em um determinado tempo[16]. Normalmente os resultados são obtidos a partir de expressões matemáticas, em que o numerador representa o total de eventos predefinidos e o denominador a quantidade de eventos ocorridos, levando em consideração as características básicas de um indicador[17].

Podemos dizer que esse modelo de análise de qualidade hospitalar foi adaptado dos conceitos de qualidade utilizados na indústria, através da prática de ferramentas de qualidade. Sendo assim, os indicadores são usados para verificar se os objetivos mensurados foram alcançados[18].

Os estudos sobre qualidade em saúde datam do início do século XX, a partir da criação do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) quando em 1924, surgiu o Programa de Padronização Hospitalar- PPH[19].

Se formos transferir para os dias atuais podemos dizer que a qualidade ou melhoria contínua caracteriza-se como sendo um processo continuo de aprimoramento, estabelecendo progressivamente os padrões, resultados dos estudos históricos de uma mesma instituição ou de comparação com outras instituições semelhantes, em busca do zero de imperfeições. Embora não atingível na prática, norteia toda conduta em relação a gestão da qualidade. Esses processos necessitam de um padrão cultural, diretamente relacionado com a motivação, compromisso e educação dos envolvidos[20].

Esse trabalho tem como objetivo analisar a qualidade de um serviço de fisioterapia.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma análise qualitativa, retrospectiva, comparativa, experimental, baseada na verificação de dados de indicadores de qualidade assistencial utilizados em um serviço de fisioterapia. A amostra foi composta por dados referente aos protocolos assistenciais padronizados pelo serviço, sendo estes: Sentar Fora Leito na Unidade de Terapia Intensiva (Anexo I), Taxa de Sucesso de Extubação em Pacientes Ventilados em mais de 24h (Anexo II), Taxa de Sucesso de Extubação em Pacientes Ventilados em menos de 24h e Entrega de PAF´s (plano de alta da fisioterapia) na Unidade de Terapia Intensiva (Anexo III).

O estudo foi possível, a partir de um banco de dados, em que as informações eram inseridas diariamente, com objetivo de gerar resultado para uma análise mensal, sendo feitos a partir de fichas impressas. Como critérios de inclusão, computamos dados no período de janeiro a dezembro dos anos de 2016 e 2017. Os valores extraídos foram referentes as metas e os resultados de cada indicador. Dentre os critérios de exclusão estavam período de tempo inferior a janeiro 2016 ou superior a dezembro 2018.

Os protocolos foram criados pela empresa Prófisio-Assistência Fisioterápica como ferramentas de análise de qualidade.

A Ficha de Sentar Fora Leito trata-se de uma ferramenta que busca mensurar de forma quantitativa a mobilização precoce, dentro das unidades de terapia intensiva. Esta é caraterizada pela marcação de opções de múltiplas escolhas, a partir de critério necessários para a liberação, discutidos diariamente durante a visita multiprofissional, visando uma interação entre todos dos profissionais da unidade para uma melhor qualidade assistencial.

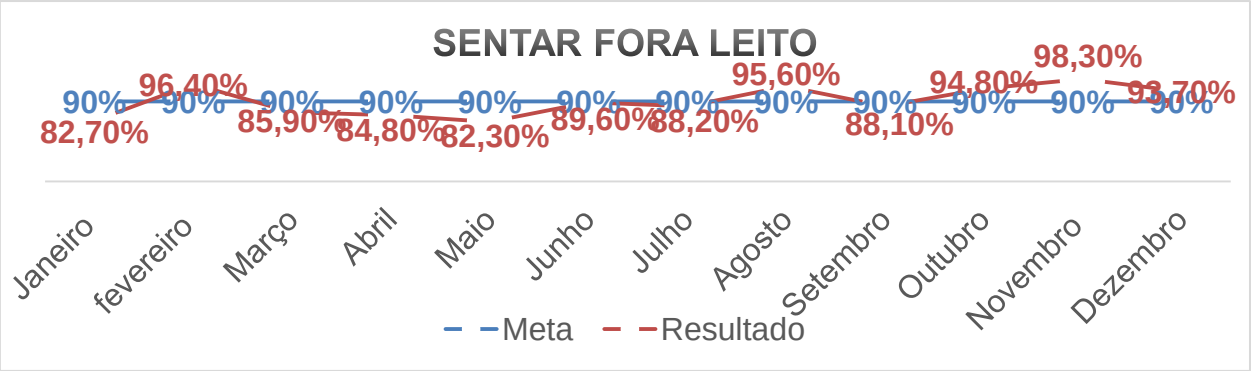
A extubação é caracterizada pela retirada da prótese ventilatória. Para realização, como medida de segurança e maior possibilidade de sucesso, é necessário o preenchimento de um checklist, que visa alcançar alguns critérios. Podemos dividir a extubação em dois período de ventilação mecânica, menos de 24h ou mais de 24h. Para realização do procedimento, utilizamos o checklist de desmame que compreende algumas fases a serem atingidas, como: motivo de intubação solucionado, estabilidade hemodinâmica 180 ≤ PAS ≥ 90mmHg, saturação ≥ 90%, PaO_2 ≥ 60mmHg, FiO_2 ≤ 40%, PEEP 5 a 8 cmH_2O, Relação

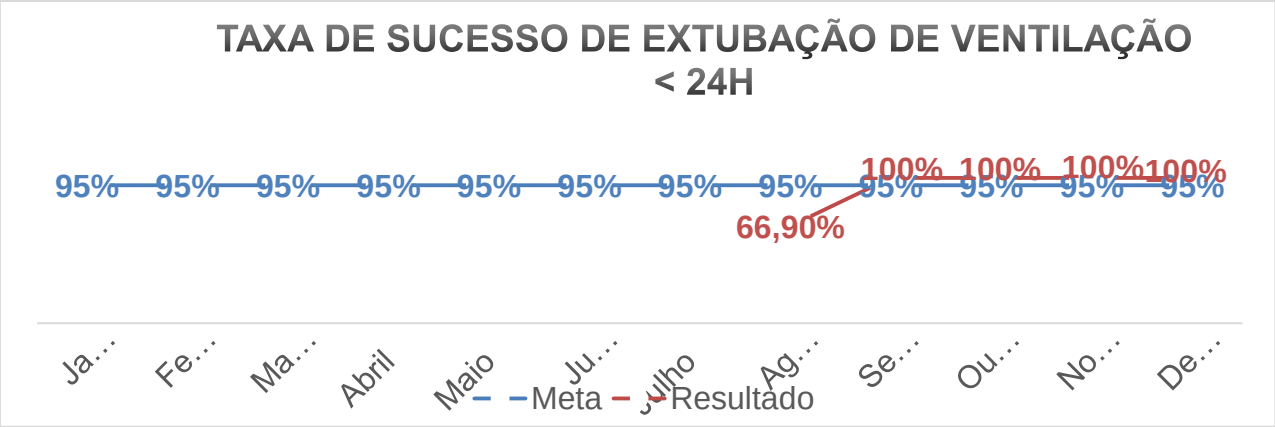
PaO_2/FiO_2 >200, assim como preenchimento da data e o horário do início do desmame. Após iniciado o desmame levamos em consideração alguns itens: estabilidade hemodinâmica 180 ≤ PAS ≥ 90 mmHg, nível de consciência adequado (Glasgow ≥ 9), reflexo de tosse e deglutição preservados, ventilação pulmonar adequada, força muscular ("bomba respiratória") adequada, gasometria arterial compensada ou aceitável (com no máximo 12h), oxigenação adequada (FiO_2 ≤ 40% e saturação ≥ 90% e teste de patência +, o paciente é classificado como apto para procedimento quando, preenche todos os critérios. O sucesso da extubação se dar após 24h fora da ventilação mecânica, finalizando assim o processo de extubação.

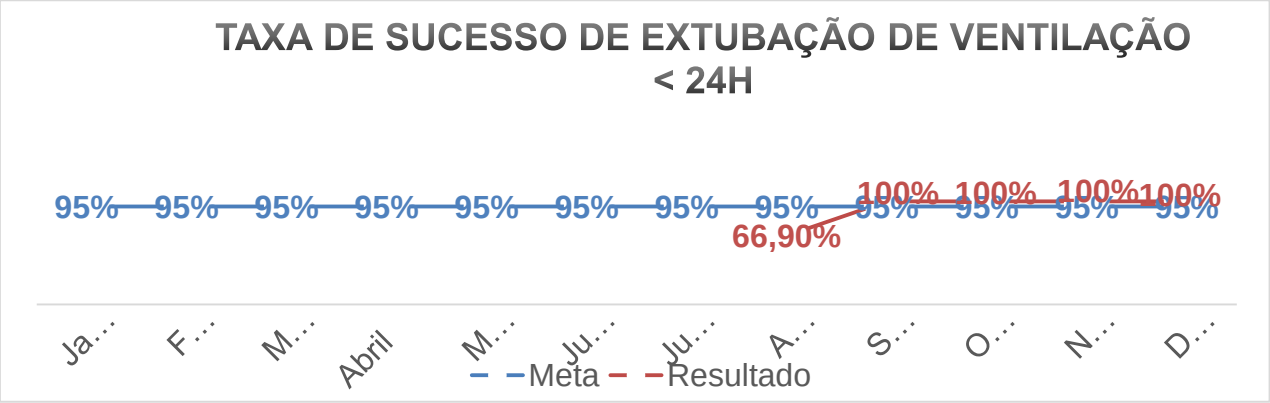
O plano de alta fisioterapêutico (PAF) é o elo entre fisioterapeuta e paciente, descrevendo o seu estado geral/funcional, orientando-o condutas e exercícios permitidos nesse período, é utilizado também como ferramenta de comunicação entre os profissionais fisioterapêuticos de diferentes setores, garantindo assim que informações importantes para o processo de desospitalização, sejam continuadas apesar da mudança de setor.

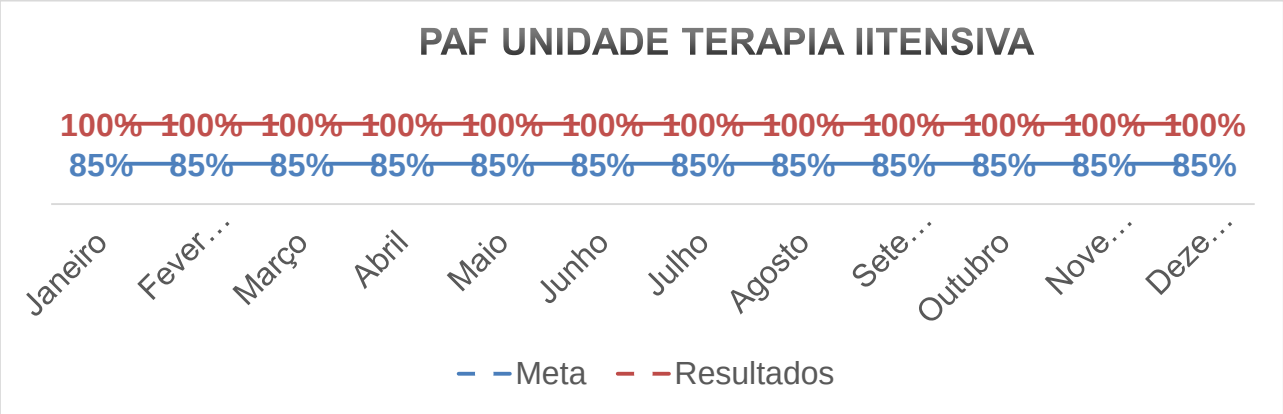
Os dados do trabalho foram coletados em um hospital pediátrico de alta complexidade, referência no atendimento oncológico, que atende crianças e adolescentes em uma faixa etária que varia de 0 meses a 19 anos.

Ano 2016

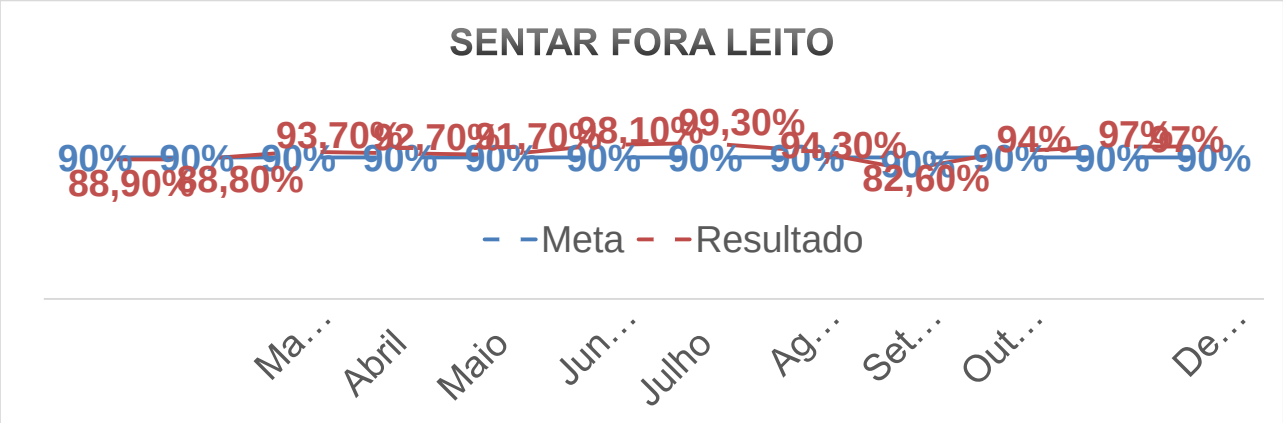


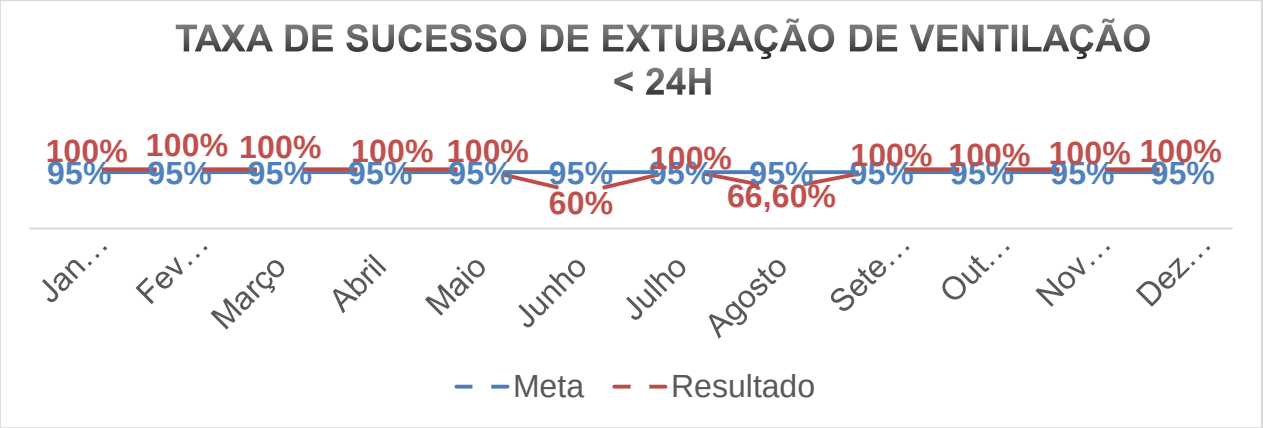

TAXA DE SUCESSO DE EXTUBAÇÃO DE VENTILAÇÃO < 24H
95% 95% 95% 95% 95% 95% 95% 95% 95% 95% 95% 95%
66,90% 100% 100% 100% 100%
Ja... Fe... Ma... Abril Maio Ju... Julho Ag... Se... Ou... No... De...
Meta Resultado

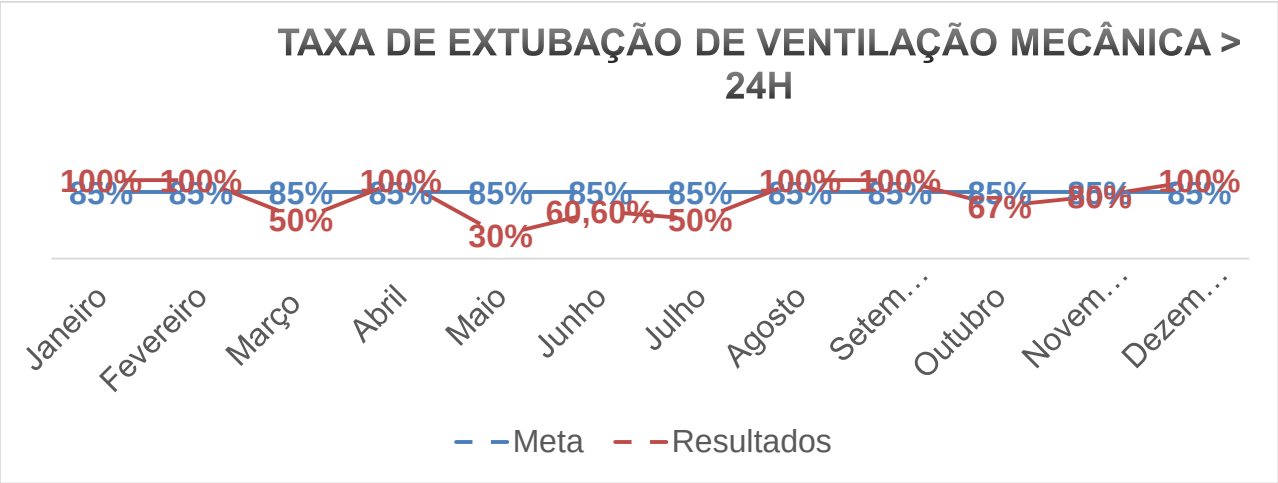

TAXA DE SUCESSO DE EXTUBAÇÃO DE VENTILAÇÃO < 24H
95% 95% 95% 95% 95% 95% 95% 95% 95% 95% 95% 95%
66,90% 100% 100% 100% 100%
Ja... F... M... Abril M... Ju... Ju... A... S... O... N... D...
Meta Resultado

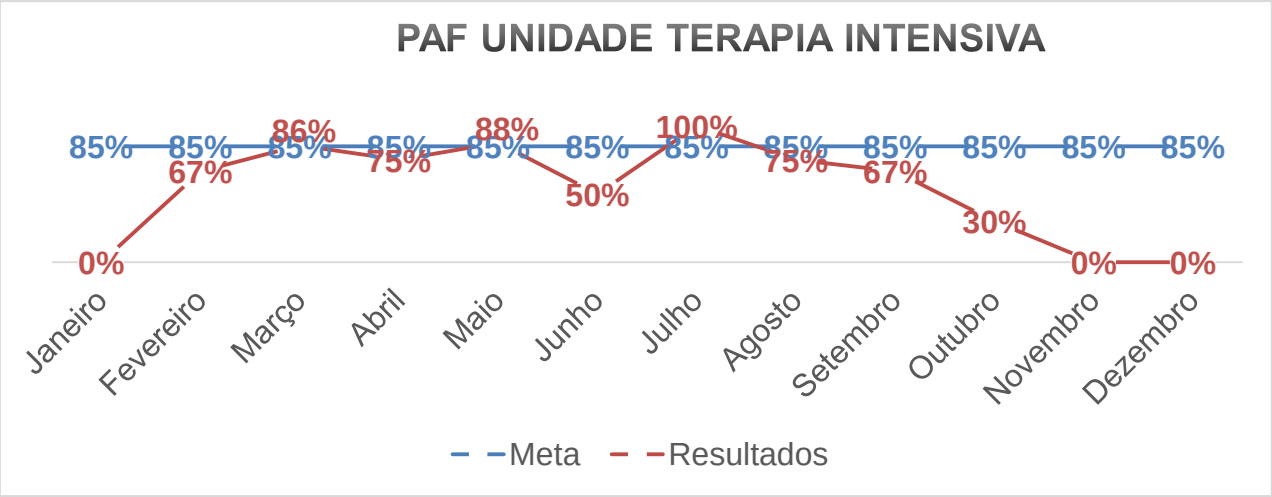

PAF UNIDADE TERAPIA IITENSIVA
100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%
85% 85% 85% 85% 85% 85% 85% 85% 85% 85% 85% 85%
Janeiro Fever... Março Abril Maio Junho Julho Agosto Sete... Outubro Nove... Deze...
Meta Resultados

Ano 2017


SENTAR FORA LEITO
90% 90% 90% 90% 90% 90% 90% 90% 90% 90% 90% 90%
88,90% 88,80% 93,70% 92,70% 91,70% 98,10% 99,30% 94,30% 82,60% 94% 97% 97%
Meta Resultado
Ma... Abril Maio Jun... Julho Ag... Set... Out... De...



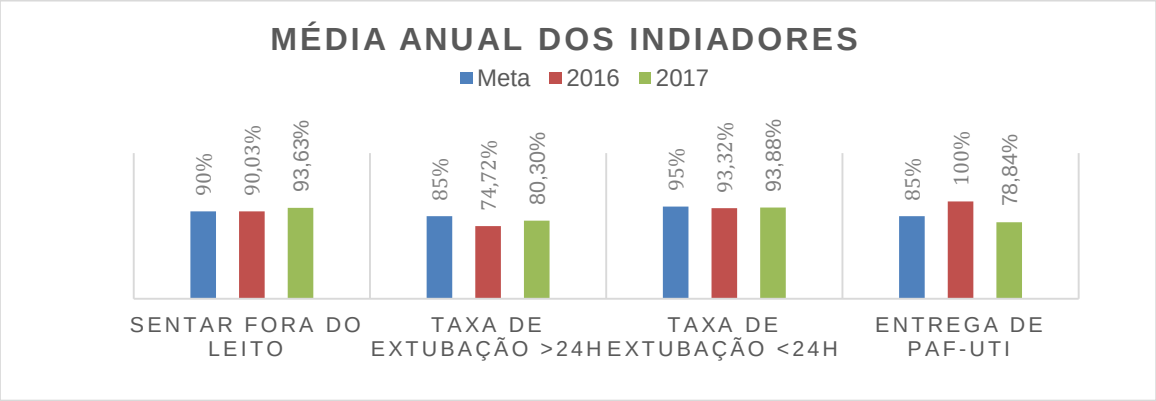




2.1. Análise Estatística

Para avaliação dos dados foi realizada uma análise individual de cada indicador com propósito de conhecer a média anual, das ferramentas

atualizadas. Utilizamos a fórmula: $x = \frac{\text{Resultado Anual}}{\text{Total de meses}} \times 100$, para adquirimos conhecimento do dado proposto. Como demostrado na tabela abaixo:



Para elaboração dos resusltados utilizaremos as avaliações qualitativas de cada indicador, tendo como base os principios de função, pré estabelecidos pelos normas que regem estruturação dessas ferramentas de gestão, assim como analisaremos os resultados obtidos.

4 RESULTADOS

Utilizamos os indicadores no serviço para nos ajudar a monitorar a situação atual de um problema, fazermos comparações, verificarmos as necessidades de implantação de mudanças nos processos, para corrigir ou eliminar erros. Aplicamos esse método para mensurar a execução das ações planejadas durante um tempo, neste caso, os dados foram computados mensalmente, em um período de dois anos (2016 e 2017).

Dentre os processos analisados, podemos ter a percepção da organização do serviço, o produto utilizado e manejo do recurso em si.

Durante a elaboração de marcadores de qualidade precisamos levar em conta: validade (função), disponibilidade (dados existem), confiabilidade (dados fidedignos), sensibilidade (variações de comportamento do fenômeno), especificidade/pertinência, utilidade, viabilidade, simplicidade (objeto), discriminatoriedade (comparação ≠ realidades), exatidão, atendendo a princípios éticos. Elaboramos metas para cada indicador, a fim de verificar a

importância da mensuração de dados para o direcionamento das tomadas de decisão.

Como forma de verificar a qualidade do serviço, utilizamos as metas como parâmetros para mensurar os processos executados, para um melhor direcionamento das decisões e/ou melhorias necessárias.

Dentre a avaliação qualitativa, podemos analisar quanto a eficiência, eficácia, produtividade, qualidade, lucratividade, rentabilidade, competitividade, de modo geral em relação a qualidade, obtivemos resultados satisfatórios, necessitando de alguns ajustes para melhor qualidade.

A partir desses conceitos em que preconizava-se a análise qualitativa, podemos relatar que os resultados obtidos estão fora dos padrões pré-definidos nos indicadores, as metas. Dentre os critérios avaliados no trabalho, podemos afirmar que o único que se manteve acima do estabelecido foi o de Sentar Fora Leito, com valores de 90,03% em 2016 e 93,53% no ano de 2017. Taxa de extubação em pacientes ventilados com mais de 24h subiu de 74,72% para 80, 30%, Taxa de extubação em pacientes ventilados com menos de 24h o aumento foi mais discreto, quando em 2016 foi 93,32 a média anual, em 2017 ficou em torno dos 93,88%. O segundo melhor resultado foi o marcador referente a entrega de PAF´s na Unidade Terapia Intensiva que no ano de 2016 alcançou 100%, em quanto em 2017 houve um declínio, atingindo apenas 78,84%. Os outros apesar de estarem abaixo esperado, apresentaram melhoras em comparação aos valores referentes aos dois anos.

5 DISCUSSÃO

Segundo Mota e Silva 2012[1], o índice baixo de problemas relacionados aos eventos ocorridos durante a mobilização precoce, torna a atividade segura de ser realizada, enquanto para Schweickert et al.[21], 2009, preconiza que antes de iniciar a mobilização, precisa-se observar quais pacientes são propícios a apresentar alguma instabilidade hemodinâmica visando a segurança em uma visão geral de cada caso.

Em relação aos achados nos estudos de Dantas et.al. 2012[22] e Felicianos et al. 2012[8], onde observou-se que os pacientes submetidos a um protocolo de mobilização precoce, obtiveram uma significante redução do tempo de internação nas unidades de terapia intensiva comparados com os que foram submetidos aos cuidados usuais, Chiang et. al. 2006[23] foi mais específico quando ressalta a realização de um programa de exercícios físicos de 6 semanas, pode elevar a funcionalidade dos pacientes que necessitem de ventilação mecânica prolongada, melhorando a força muscular periférica.

Saraiva, Cardoso e Fernades[24], afirmam que a cinesioterapia, quando realizada inclusive de forma precoce, traz benefícios e acelera a reversão da fraqueza muscular adquirida pelo paciente crítico, reestabelecendo mais rápido à sua funcionalidade, com influência direta em sua qualidade de vida pós alta hospitalar, redução no tempo de desmame e de permanência na UTI.

Quando associamos a mobilização precoce a protocolos de desmame, conseguimos uma melhora considerável a assistência prestada a esses pacientes, Oliveira, José, Dias et. al. 2002[9], observaram em um estudo controlado, prospectivo e aleatório, em que compararam os resultados do desmame da ventilação mecânica usado um protocolo versus o desmame empírico em pacientes que necessitaram de ventilação invasiva por mais de 24h, os pacientes que foram submetidos ao protocolo, 5% evoluiu com falha de desmame em quanto o desmame empírico teve 65% de falhas observadas Saura, Blanch, Mestre et al [25] e Scheinhorn[22] complementam que e o desmame é bem conduzido, há uma sensível melhora na evolução do paciente e podem ocorrer repercussões positivas diretas, como a diminuição do tempo de desmame e da ventilação mecânica, menor índice de falhas no desmame, menor taxa de re-intubação, traqueostomia e pneumonia, diminuição do tempo de internação na unidade de terapia intensiva e hospitalar, além da redução dos custos hospitales.

Quando nos referimos a qualidade de assistência, tratamos de inúmeras possibilidades, como utilização de protocolos de segurança, protocolos assistências, assim como a implantação de indicadores, para monitorarmos esses serviços ofertados. Levando em consideração o estudo realizado por

Rossaneis et al 2015[15]. Onde afirmam que se faz necessária a avaliação periódica dos serviços monitorados pelos indicadores para o alcance de padrões de qualidade. Para que esses resultados sejam atingidos precisa-se estabelecer uma estrutura e rotina de coleta de dados e análise dos indicadores a fim de obter resultados fidedignos.

A partir da criação de protocolos e instalação de indicadores, precisamos elaborar uma rotina de coleta e análise de dados, para que esses resultados sejam fidedignos à realidade apresentada pela instituição, sendo assim podemos afirmar que a maior dificuldade na obtenção dos dados para análise por indicadores é uma das principais razões para que esses não sejam plenamente adotados. Contudo a melhor maneira de se obter resultados satisfatórios é a partir da reflexão sobre a importância de informações legítimas e válidas[14]. Travoso et al, 1999 já relatava a importância do desenvolvimento de estratégias para permitir que os resultados melhorassem, assim como que a partir do uso de indicadores de desempenho podíamos identificar e analisar problemas no cuidado e na promoção de ações de saúde, buscando a modificação e a reversão da situação não satisfatória encontrada[26].

Para Bonato[27], necessita de aplicação de metodologias de qualidade para os serviços de saúde, elaboração de planos de desenvolvimento e capacitação efetiva de recursos humanos, realização de pesquisas com as instituições que aplicaram as diferentes metodologias de qualidade, buscando comparar o antes e o depois da aplicação, implantação de ações de controle e avaliação de programas de qualidade voltadas para a gestão da melhoria dos serviços de saúde.

6 CONCLUSÃO

A partir do estudo feito observou-se que, a fisioterapia em geral é iniciante no quesito indicadores de qualidade, são pouco os serviços que apresentam esses marcadores na visão qualitativa, o que não favoreceu a discussão.

Ao realizarmos uma análise crítica do serviço, visando a melhoria podemos citar:

a) Digitalização dos dados que hoje eram manuscritos;
b) Implantação e treinamento de protocolo;
c) Discussão de casos e suas restrições para mobilidade em visitas multidisciplinares;
d) Alteração na entrega do PAF;
e) Implantação do plano terapêutico e as discussões multiprofissionais, os quais fizeram com que a comunicação ficasse mais efetiva, proporcionando uma assistência de melhor qualidade.

Concluímos que apesar das falhas o serviço visa a qualidade, e melhor retorno do paciente a sociedade, trabalhando em cima de protocolos gerenciais que visam a mobilidade precoce, segurança do paciente e encerramento de um fluxo, onde este é acompanhado desde sua admissão até o momento da alta, tendo posse de orientações por escritos que podem ser utilizadas sempre que surgirem dúvidas. Buscamos a melhoria continua para que os nossos pacientes sejam reitegrados a sociedade de forma mais funcional possível, retornando as suas atividades.

Esse trabalho é um raio x do serviço que vem buscando trabalhar com melhorias nos processos em prol da excelência e qualidade no cuidado ao paciente. Muitos passos ainda podem ser dados, mas om certeza esse é o início da caminhada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mota, C.M. e Silva, V.G. Segurança da Mobilização precoce em pacientes críticos: Uma Revisão de Literatura. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente,** v.1, n.1, pág 83, 2012.
2. Damasceno, M.P.C.D.; David, C.M.N.; Souza, P.C.S.P.; Chiavone, P.A.; Cardoso, L.T.Q.; Amaral, J.L.G. et al. Ventilação Mecânica no Brasil. Aspetos epidemiológicos. **Revista Brasileira De Terapia Intensiva**, v. 18, n. 3, pág. 219-28, 2006.
3. Needham DM. Mobilizing patients in the intensive care unit: improving neuromuscular weakness and physical function. **JAMA**, v. 300, n. 14, pág. 1685-90, 2008.
4. Costa, F. M. et al. Avaliação da funcionalidade motora em pacientes com tempo prolongado de internação hospitalar. **Revista Científica de Ciências Biológicas e Saúde**, v. 16, n. 2, pág. 87-91, 2014.
5. Saraiva, A.A.; Cardoso, B.B. e Fernandes, L. S. O uso do treinamento físico muscular como forma de mobilização precoce do desmame da ventilação mecânica em pacientes críticos na uti: revisão bibliográfica. **Revista Científica do HCE**.
6. França EET.; Ferrari F.; Fernandes P.; Cavalcanti R.; Duartec, A,; Martinez, B.P.; Aquim E.E, Damasceno, M.C.P. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 24, n. 1, pág. 6-22, 2012.
7. Feliciano, V.A.; Alburquerque, C.G.; Andrade, F.M.D. et al. A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na **Unidade de Terapia Intensiva**. ASSOBRAFIR Ciência, v.3, n.2, pág. 31-42, 2012.
8. Oliveira, L.R.C.; José, A.; Dias, E.C.P.; Ruggero,C.; et al. Padronização do Desmame da Ventilação Mecânica em Unidade de Terapia Intensiva: Resultados após Um Ano. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 2, pág. 131-136, 2006.
9. Jerre,G.; Silva, T.J.S.; Beraldo,M.A.; Gastaldi, A. et al. Consenso Brasileiro de ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n.2, pág. 142-150, 2007.

10. Azeredo, C. **Fisioterapia Respiratória Moderna**. 4. ed., 2002. 505 p. 27; 485-487.
11. Albertina, N. E.; Dalla, N.A.; Rodrigues, L.M.G.; Camara, B.J.; Tatsch, N.E.; Sosmayer,V.L. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, pág. 809-816, 2012.
12. Sousa JC, Silva LMS, Guimarães TA. Preparo para a alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. Pediatria, v. 30, n. 4, pág. 217-71, 2008.
13. Vargas PRM, Goçalves LHT. O Marco de referência de trajetória de condições crônicas de Cobin e Strauss em uma situação de cuidado de pessoas idosas. **Cogitare Enfermermagem**, v. 9, n.2, pág. 251-63, 2008.
14. Rossaneis, Mariana Angela; Silvia Gabriel, Carmen; Lourenço Haddad, Maria do Carmo; Antonietto da Costa Melo, Marcia Regina; Bernardes, Andrea.Indicadores de qualidade da assistência: opinião de enfermeiros gerentes de hospitais de ensino. **Cogitare Enfermagem**, vol. 20, núm. 4, octubre-diciembre, 2015, pp. 798-804
15. Mariza Kluck, *Jair Ferreira.* Indicadores de Qualidade para assistência hospitalar. Hospital de Clínicas de Posto Alegre
16. Joint Commission International. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. [Internet] 2014 [acesso em 22 ago 2015]. Disponível: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/JCIH14_Sample_Pages.pdf.
17. Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahasshi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P, organizadora. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.77-107.
18. Innocenzo, M.D., Adamin, N.P., Cunha, I.C.K.O.O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n.1, p. 84-8, 2006.
19. Roberts JC, Coale JG, Redman MA. A history of the joint commission of accreditation of hospitals. JAMA 1987; 258(7):936-40.

20. Azevedo AC. Indicadores de Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde. Rev Ind Qual Produt Ipea 1993; 1(1):49-54.
21. Schweickert, W.D. et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. **The Lancet**,Chicago, v. 373, p. 1874-1882, 2009.
22. Dantas, C. M. et al. Influência da mobilização precoce na força muscular periférica e respiratória em pacientes críticos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva,** v. 24, n. 2, p. 173-178, mai. 2012.
23. Chiang, L. L. et. al. Effects of Physical Training on Functional Status in Patients With Prolonged Mechanical Ventilation. **Phys Ther**, v 86, n. 9, p. 1271-1281, set. 2006.
24. Saraiva, A.A., Cardoso,B.B. Fernandes, L.S. O uso do treinamento físico muscular como forma de mobilização preoce no desmame da ventilação mecânica em pacientes críticos na UTI: Revisão Bibliográfica. Disponível em http://www.hce.eb.mil.br/images/comsoc/2017/Artigos/O-uso-do-Treinamento-Fsico-Muscular-como-forma-de-mobilizao-precoce-no-desmame-da-ventilao-Mecnica-em-Pacientes-Crticos-na-UTI-Reviso-Bibliogrfica.pdf. Acesso em 15 de julho de 2018.
25. Felix, Ana Paula; Pereira Martins, Andreia; Dyniewicz, Ana Maria capacitação de cuidadores de pacientes em alta hospitalar **Cogitare Enfermagem**, vol. 13, núm. 1, enero-marzo, 2008, pp. 124-131
26. Saura P, Blanch L, Mestre J et al - Clinical consequences of the implementation of a weaning protocol. **Intensive Care Med,** 1996;22:1052-1056.
27. Travassos, C.; Noronha, J. C. & Martins, M. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n. 2, pág. 367-381, 1999
28. Bonato, V.L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2011;35(5):319-331.

ANEXO 1: Ficha protocolo Sentar Fora Leito

PRÓFISIO
ASSISTÊNCIA FISIOTERÁPICA

SENTAR FORA DO LEITO (SFL)

DATA: ____/____/____

Leito: ISOL. Nome:

CONTRAINDICAÇÃO
( ) Hipertensão Intracraniana
( ) PAM < 60mmHG
( ) TVP (sem uso de anticoagulante)
( ) IAM agudo (primeiras 24hs)
( ) Plaquetopenia < 30.000

CONTRAINDICAÇÃO RELATIVA
( ) Uso de sedação
( ) Recebendo Quimioterapia
( ) Fratura instável de MMII/coluna/pelve
( ) Agitação psicomotora
( ) Peritoniostomia aberta
( ) DVA
( ) Transfusão sanguínea
( ) Hb < 8

Liberado para SFL? ( )SIM ( )NÃO
Conduta: ( ) SFL ( ) NÃO SFL

Obs.: .:_____
_____

Leito: 1 Nome:

CONTRAINDICAÇÃO
( ) Hipertensão Intracraniana
( ) PAM < 60mmHG
( ) TVP (sem uso de anticoagulante)
( ) IAM agudo (primeiras 24hs)
( ) Plaquetopenia < 30.000

CONTRAINDICAÇÃO RELATIVA
( ) Uso de sedação
( ) Recebendo Quimioterapia
( ) Fratura instável de MMII/coluna/pelve
( ) Agitação psicomotora
( ) Peritoniostomia aberta
( ) DVA
( ) Transfusão sanguínea
( ) Hb < 8

Liberado para SFL? ( )SIM ( )NÃO
Conduta: ( ) SFL ( ) NÃO SFL

Obs.: .:_____
_____

Leito: 2 Nome:

CONTRAINDICAÇÃO
( ) Hipertensão Intracraniana
( ) PAM < 60mmHG
( ) TVP (sem uso de anticoagulante)
( ) IAM agudo (primeiras 24hs)
( ) Plaquetopenia < 30.000

CONTRAINDICAÇÃO RELATIVA
( ) Uso de sedação
( ) Recebendo Quimioterapia
( ) Fratura instável de MMII/coluna/pelve
( ) Agitação psicomotora
( ) Peritoniostomia aberta
( ) DVA
( ) Transfusão sanguínea
( ) Hb < 8

Liberado para SFL? ( )SIM ( )NÃO
Conduta: ( ) SFL ( ) NÃO SFL

Obs.: .:_____
_____

Leito: 3 Nome:

CONTRAINDICAÇÃO
( ) Hipertensão Intracraniana
( ) PAM < 60mmHG
( ) TVP (sem uso de anticoagulante)
( ) IAM agudo (primeiras 24hs)
( ) Plaquetopenia < 30.000

CONTRAINDICAÇÃO RELATIVA
( ) Uso de sedação
( ) Recebendo Quimioterapia
( ) Fratura instável de MMII/coluna/pelve
( ) Agitação psicomotora
( ) Peritoniostomia aberta
( ) DVA
( ) Transfusão sanguínea
( ) Hb < 8

Liberado para SFL? ( )SIM ( )NÃO
Conduta: ( ) SFL ( ) NÃO SFL

Obs.: .:_____
_____

Leito: 4 Nome:

CONTRAINDICAÇÃO
( ) Hipertensão Intracraniana
( ) PAM < 60mmHG
( ) TVP (sem uso de anticoagulante)
( ) IAM agudo (primeiras 24hs)
( ) Plaquetopenia < 30.000

CONTRAINDICAÇÃO RELATIVA
( ) Uso de sedação
( ) Recebendo Quimioterapia
( ) Fratura instável de MMII/coluna/pelve
( ) Agitação psicomotora
( ) Peritoniostomia aberta
( ) DVA
( ) Transfusão sanguínea
( ) Hb < 8

Liberado para SFL? ( )SIM ( )NÃO
Conduta: ( ) SFL ( ) NÃO SFL

Obs.: .:_____
_____

Leito: 5 Nome:

CONTRAINDICAÇÃO
( ) Hipertensão Intracraniana
( ) PAM < 60mmHG
( ) TVP (sem uso de anticoagulante)
( ) IAM agudo (primeiras 24hs)
( ) Plaquetopenia < 30.000

CONTRAINDICAÇÃO RELATIVA
( ) Uso de sedação
( ) Recebendo Quimioterapia
( ) Fratura instável de MMII/coluna/pelve
( ) Agitação psicomotora
( ) Peritoniostomia aberta
( ) DVA
( ) Transfusão sanguínea
( ) Hb < 8

Liberado para SFL? ( )SIM ( )NÃO
Conduta: ( ) SFL ( ) NÃO SFL

Obs.: .:_____
_____

ANEXO 2: Check list de desmame

PRÓFISIO
ASSISTÊNCIA FISIOTERÁPICA

CHECK LIST DESMAME E EXTUBAÇÃO

Nome:_____ Sexo: M ( ) F ( )

Diagnóstico:_____ Idade: _____

Critérios para início do desmame
Data ____/____/____ Horário de inicio do desmame:_____

( ) Motivo da intubação solucionado
( ) Estabilidade Hemodinâmica 180 ≤ PAS ≥ 90mmHg
( ) $SatO^2$ ≥ 90%
( ) PaO^2 ≥ 60mmHg
( ) FiO^2 ≤ 40%
( ) PEEP 5 a 8 cmH2O
( ) Relação PaO^2/FiO^2 >200

Critérios para extubação
Data ____/____/____ Horário de extubação:_____

( ) Estabilidade Hemodinâmica 180 ≤ PAS ≥ 90mmHg
( ) Nível de consciência adequado (Glasgow ≥ 9)
( ) Reflexo de tosse e deglutição preservados
( ) Ventilação pulmonar adequada
( ) Força muscular ("bomba respiratória") adequada
( ) Gasometria arterial compensada ou aceitável (com no máximo 12hs)
( ) Oxigenação adequada (FiO2 ≤ 40% e SatO2 > 90%)
( ) Teste de patência +

( ) SUCESSO ( ) INSUCESSO ( ) TQT Data ____/____/____

( ) ALTA Data ____/____/____ ( ) ÓBITO Data ____/____/____

Obs.:_____
_____
_____

ANEXO 3: Plano de alta Fisioterapêutica (PAF)

PROFISIO

PLANO DE ALTA FISIOTERAPÊUTICA DA PEDIATRIA

Usuário:_____

Diagnóstico: _____

Data: _____/_____/_____

ORIENTAÇOES

- ☐ Manter a cabeceira da cama levantada, de 30° a 45°
- ☐ Realizar mudança de posição no leito a cada 2 horas
- ☐ Permanecer sentado na poltrona durante _____ hora (s) por dia
- ☐ Limpar o nariz usando papel higiênico, gaze ou cotonete se necessário
- ☐ Realizar aspiração traqueal a cada _____ hora (s) ou quando necessário
- ☐ Não desinsuflar o balonete sem autorização do médico, do fisioterapeuta ou do fonoaudiólogo
- ☐ Manter cânula de traqueostomia bem posicionada
- ☐ Realizar a limpeza da cânula intermediária metálica após a aspiração ou quando necessário
- ☐ Não retirar e não aumentar o oxigênio sem autorização do médico ou fisioterapeuta
- ☐ Realizar exercícios para estimular a criança
- ☐ Realizar exercícios com a garrafa de água
- ☐ Sair da cama apenas com a orientação do médico ou fisioterapeuta
- ☐ Caminhar ____ x por dia
- ☐ Se crise convulsiva, virar de lado, levantar a cabeceira e chamar ajuda
- ☐ Evitar ficar muito tempo debaixo de sol forte ou realizar atividades ao ar livre
- ☐ Cuidar com movimentos bruscos em membros com acesso venoso
- ☐ Realizar atividade física após a alta hospitalar: _____
- ☐ Evitar contatos com bichinhos ou cobertores de pelúcia a menos que sejam antialérgicos
- ☐ Atentar para contatos com bichinhos de estimação

_____ _____

Fisioterapeuta Responsável

"Consulte seu fisioterapeuta, tire dúvidas sobre o plano de tratamento após a alta hospitalar, e tenha mais segurança na sua recuperação. "

É proibida a reprodução, parcial ou total, do conteúdo sem previa autorização do autor.

ngp@redeprofisio.com.br

PROFISIO

PLANO DE ALTA FISIOTERAPÊUTICA DA PEDIATRIA

Usuário:_____

Diagnóstico: _____

Data: _____/_____/_____

ORIENTAÇOES

- ☐ Manter a cabeceira da cama levantada, de 30° a 45°
- ☐ Realizar mudança de posição no leito a cada 2 horas
- ☐ Permanecer sentado na poltrona durante _____ hora (s) por dia
- ☐ Limpar o nariz usando papel higiênico, gaze ou cotonete se necessário
- ☐ Realizar aspiração traqueal a cada _____ hora (s) ou quando necessário
- ☐ Não desinsuflar o balonete sem autorização do médico, do fisioterapeuta ou do fonoaudiólogo
- ☐ Manter cânula de traqueostomia bem posicionada
- ☐ Realizar a limpeza da cânula intermediária metálica após a aspiração ou quando necessário
- ☐ Não retirar e não aumentar o oxigênio sem autorização do médico ou fisioterapeuta
- ☐ Realizar exercícios para estimular a criança
- ☐ Realizar exercícios com a garrafa de água
- ☐ Sair da cama apenas com a orientação do médico ou fisioterapeuta
- ☐ Caminhar ____ x por dia
- ☐ Se crise convulsiva, virar de lado, levantar a cabeceira e chamar ajuda
- ☐ Evitar ficar muito tempo debaixo de sol forte ou realizar atividades ao ar livre
- ☐ Cuidar com movimentos bruscos em membros com acesso venoso
- ☐ Realizar atividade física após a alta hospitalar: _____
- ☐ Evitar contatos com bichinhos ou cobertores de pelúcia a menos que sejam antialérgicos
- ☐ Atentar para contatos com bichinhos de estimação

_____ _____

Fisioterapeuta Responsável

"Consulte seu fisioterapeuta, tire dúvidas sobre o plano de tratamento após a alta hospitalar, e tenha mais segurança na sua recuperação. "

É proibida a reprodução, parcial ou total, do conteúdo sem previa autorização do autor.

ngp@redeprofisio.com.br