



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

TATIANE PEDRALLI

**IMPLANTAÇÃO DA ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA EM PEDIATRIA: UMA
TECNOLOGIA EM SAÚDE**

**PORTO ALEGRE
2022**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

TATIANE PEDRALLI

**IMPLANTAÇÃO DA ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA EM PEDIATRIA: UMA
TECNOLOGIA EM SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Prof.^a Dra. Estefânia Inez Wittke
Coorientadora: Prof.^a Dra. Graciele Sbruzzi

**PORTO ALEGRE
2022**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Luciane Kopittke

Doutora em Ciências da Saúde

PPG ATS/SUS

Grupo Hospitalar Conceição — GHC

Prof.^a Dra. Camila Wohlgemuth Schaan

Doutora em Endocrinologia

Hospital de Clínicas de Porto Alegre — HCPA/UFRGS

Prof. Me. Diego Monroe Kurtz

Mestre em Avaliação de Tecnologias para o SUS

Hospital da Criança Conceição — GHC

ATA DE APROVAÇÃO
(versão final - após defesa)

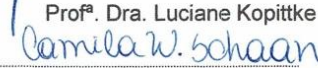
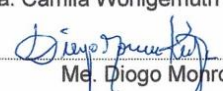


ATA DE DEFESA PÚBLICA DE MESTRADO PROFISSIONAL

Aos trinta dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte e dois, às quatorze horas, na Sala doze da Escola GHC, realizou-se a sessão pública de defesa de dissertação, intitulada: "IMPLANTAÇÃO DA ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA EM PEDIATRIA: UMA TECNOLOGIA EM SAÚDE", de autoria da candidata Tatiane Pedralli, aluna do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do GHC (PPGATSUS), em nível de Mestrado Profissional. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos professores: Prof^a. Dra. Luciane Kopittke, Dra. Camila Wohlgemuth Schaan, Me. Diogo Monroe Kurtz, pela Prof^a. Dra. Estefânia Inez Wittke – orientadora e Prof^a. Dra. Graciele Sbruzzi - coorientadora. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, os membros da banca consideraram a dissertação:

☒ aprovado
☐ reprovado

Banca Examinadora:


Prof^a. Dra. Luciane Kopittke

Dra. Camila Wohlgemuth Schaan

Me. Diogo Monroe Kurtz

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me mantido com saúde nesses tempos de incertezas, aos colegas de trabalho e mestrado que seguraram minha mão quando pensei que não conseguiria, à minha orientadora prof.^a Dra. Estefânia Inez Wittke e coorientadora, prof.^a Dra. Graciele Sbruzzi, à prof.^a Vânia Hiakata e Aline Franceschini pela parceria e paciência.

Um agradecimento especial ao Mestrado Profissional ATS/SUS-GHC que me proporcionou essa formação, ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre pela liberação das atividades assistenciais durante o período necessário e a todas as chefias envolvidas, o que possibilitou a realização desse estudo.

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à minha família, que de forma integral me deu força e coragem, me acolheu e apoiou nos momentos difíceis.

Aos pacientes e suas famílias, que motivam nosso trabalho diário na busca do cuidado que todos merecem, com excelência e humanidade. Sem vocês, nada disso faria sentido.

EPÍGRAFE

Você vai rir. E chorar. E se sentir abraçada. E vai chorar de novo. Mas vai olhar para si mesmo com carinho. E entender que a vida é sobre ciclos que começam todos os dias, em muitos lugares, com pessoas diferentes. Você vai se sentir confortado. Mas antes, vai doer um pouquinho.

Igor Pires da Silva

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, diversos setores da saúde têm voltado sua atenção ao desenvolvimento de práticas seguras e sistematizadas na assistência da população, desenvolvendo e aperfeiçoando processos e protocolos na busca da melhoria do cuidado. **Objetivos:** Avaliar a implantação da anamnese na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em relação à adesão dos profissionais e aos desfechos clínicos. **Metodologia:** Foi um estudo transversal de abordagem mista quantitativa e qualitativa fenomenológica, por meio de revisão de prontuários e entrevista semiestruturada no período de abril de 2021 a abril de 2022. Para os dados quantitativos, foi realizada análise estatística pelo programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), e para os dados qualitativos, foi realizada a análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas, as quais foram codificadas em unidades de análise temáticas, categorizadas de forma apriorística por frequenciamento. **Resultados:** A amostra foi composta por 156 internações, com maioria do sexo masculino (57,7%), mediana de 21 (QI7–QIII58,7) meses, internados por disfunção respiratória (61,5%), portadores de condição crônica complexa (CCC) (80,8%), com reinternação em 12 meses $n=54$ (34,6%). Foram 113 anamneses preenchidas (72,4%), o tempo mediano de resposta foi de 24 horas (QI12–QIII72) e o nível assistencial foi de 200 pontos (QI165–QIII225), indicativo da necessidade de 2–3 atendimentos/dia. Houve associação moderada entre o nível assistencial e o número de atendimentos/dia realizado ($r=0,44$ $p<0,01$) e de ambos com o tempo de ventilação mecânica ($r=0,38$ $p<0,01$ e $r=0,32$ $p<0,01$), respectivamente, além da associação do número de atendimentos/dia, *Pediatric Index of Mortality* (PIM2) e probabilidade de óbito ($p<0,05$). Nas entrevistas, emergiram as questões do tempo e da carga de trabalho relacionadas com a não adesão ao preenchimento do instrumento. **Conclusão:** Podemos considerar a implantação do instrumento "Anamnese fisioterapêutica em pediatria" (AFP) um avanço nos processos assistenciais da fisioterapia. Sua utilização para o desenvolvimento de um indicador assistencial pode ser considerada.

Palavras-chave: anamnese; avaliação de processos em cuidados de saúde; carga de trabalho; tecnologia biomédica; gestão da qualidade.

ABSTRACT

Introduction: Over the last decades, many health sectors have focused on the development and improvement of safe and systematized practices, processes, and protocols for population care. **Objective:** We aim to evaluate the implementation of anamnesis in the Pediatric Intensive Care Unit of Hospital de Clínicas de Porto Alegre concerning its adherence by professionals and the clinical outcomes. **Methodology:** We carried out a cross-sectional study with a mixed quantitative and qualitative approach. We conducted a review of medical records and semi-structured interviews from April 2021 to April 2022. We used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software,⁰ and all qualitative data were encoded in thematic analysis units, categorized a priori by frequency. **Results:** The sample consisted of 156 hospitalizations. Most of them were male patients (57.7%), with a median of 21 (QI17–QIII58.7) months, hospitalized due to respiratory dysfunction (61.5%), with complex chronic conditions (80.8%), and hospitalization in 12 months, n=54 (34.6%). Regarding the filling of anamnesis, 72.4% of them had a medical record filled. Considering the 113 anamneses evaluated, the median response time was 24 hours (QI12–QIII72). Also, the level of care was 200 points (QI165–QIII225), indicating the need for 2 to 3 consultations per day. There was a moderate association between the care level and the number of consultations per day ($r=0.44$ $p<0.01$) and both with the duration of mechanical ventilation ($r=0.38$ $p<0.01$ and $r=0.32$ $p<0.01$, respectively) in addition to the association between the number of consultations per day and PIM2/ probability of death ($p<0.05$). The interviews pointed out issues of time and workload with greater relation to non-adherence to the instrument. **Conclusions:** We can consider the implementation of "Physiotherapeutic Anamnesis in Pediatrics", an advance in care processes. It also can be considered for the development of a care indicator.

Keywords: medical history taking; process assessment health care; workload; biomedical technology; quality management.

LISTA DE ABREVIATURAS

AFP	Anamnese Fisioterapêutica em Pediatria
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCC	Condição Crônica Complexa
CTI	Centro de Terapia Intensiva
D1	Dia Um
DP	Desvio-padrão
GT	Grupo de Trabalho
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IIQ	Intervalo Interquartílico
JCI	Join Commission International
MS	Ministério da Saúde
MsIs	Membros Inferiores
MsSs	Membros Superiores
N1	Nível 1 do PMP
N2	Nível 2 do PMP
N3	Nível 3 do PMP
N4	Nível 4 do PMP
NA	Nível Assistencial
NSP	Núcleo de Segurança o Paciente
P25	Primeiro Quartil
P75	Terceiro Quartil
PA	Protocolo Assistencial
PDSA	Plan-Do-Study-Act
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PIM2	Pediatric Index of Mortality
PMP	Protocolo De Mobilização Precoce
PMPf	Protocolo De Mobilização Precoce Final
PMPi	Protocolo De Mobilização Precoce Inicial
QUALIS	Programa de Qualidade e Informações em Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTINEO	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
VM	Ventilação Mecânica
VNI	Ventilação Não Invasiva

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1—Modelo de melhoria Plan-Do-Study-Act.....	22
Figura 2 — Exemplificação do ciclo de Plan-Do-Study-Act.....	23
Figura 3 — Anamnese fisioterapêutica — versão pediatria.....	26
Figura 4— Impressões diagnósticas e os valores atribuídos	27
Tabela 1 — Características da amostra estudada (n=156)	49
Tabela 2 — Desfechos clínicos e funcionais da amostra estudada.	49
Tabela 3— Associações dos desfechos.....	50
Tabela 4 — Associações de presença de anamnese e de pacientes com condições crônicas e reinternação em 12 meses.....	50

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 OBJETIVOS	15
1.1 Objetivo Geral.....	15
1.2 Objetivos Específicos	15
2 INTRODUÇÃO	16
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ARTIGO	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
CONCLUSÕES	53
APÊNDICES E ANEXOS	54
A. Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	54
B. Entrevista Semiestruturada:.....	58
C. Detalhes Metodológicos Adicionais	59
D. Normas para publicação na revista (consulta em 26/04/2022)	62
E. Outros documentos relevantes.....	64

APRESENTAÇÃO

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no período de abril de 2021 a abril de 2022, buscando responder às seguintes questões de pesquisa:

1. Como analisar a implantação de um instrumento de avaliação pediátrica desenvolvido?
2. Qual a adesão dos profissionais em relação ao preenchimento do instrumento “Anamnese Fisioterapêutica em Pediatria” (AFP)?
3. O nível assistencial que o instrumento propõe reflete o que é realizado?
4. O nível assistencial demonstra relação com desfechos clínicos?
5. Qual a percepção dos executores sobre a aplicação do instrumento, na busca do melhor entendimento do processo na prática assistencial?

A escassez de referências sobre o tema foi um desafio e uma motivação para a realização desta pesquisa. Desenvolver instrumentos e implementá-los requer um trabalho colaborativo extenso e complexo que necessita ser reavaliado e ajustado sempre que necessário. A busca de dados em uma composição quantitativa e qualitativa, incluindo a experiência e percepção do profissional que aplica o instrumento, enriquece e valoriza a participação do fisioterapeuta na construção e estruturação dos serviços. A busca de um instrumento adequado às necessidades do paciente, que promova condutas terapêuticas e o acompanhamento necessário, poderá gerar discussões sobre a disposição de recursos humanos e materiais, além da ampliação do uso e posterior validação para uso externo. Nesse caso, poderia auxiliar profissionais de outras instituições hospitalares na avaliação de seus pacientes ou no desenvolvimento de seus próprios instrumentos de avaliação e registro.

Apresentamos neste trabalho nossos resultados sob um olhar objetivo, mas com entendimento da condição de cuidado como uma arte, baseada em evidências, mas centrada no paciente e na percepção de valor como condição para uma discussão permanente, buscando indicadores capazes de conduzir programas de melhoria em saúde.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Avaliar a implantação da anamnese fisioterapêutica na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) nos aspectos de adesão e desfechos frente às recomendações sugeridas pelo nível assistencial proposto.

1.2 Objetivos Específicos

- Analisar os motivos da adesão ou não adesão ao preenchimento da anamnese.
- Analisar e comparar os atendimentos realizados e o nível assistencial sugerido a partir da realização da anamnese.
- Analisar a relação entre os atendimentos realizados e o nível assistencial proposto pelo instrumento com os desfechos observados durante a internação, como: tempo de ventilação mecânica (VM), tempo de ventilação não- invasiva (VNI), tempo de internação, sedestação, saída do leito, ortostase, presença de condição crônica complexa (CCC) e reinternação em 12 meses.

2 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, diversos setores da saúde têm voltado sua atenção ao desenvolvimento de práticas seguras e sistematizadas de cuidado na assistência da população (BRASIL, 2009). Nesse contexto, visando prevenir efeitos adversos em serviços de saúde, por meio do estímulo à adoção de práticas seguras, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em parceria com as Coordenações Estaduais, Distrital e Municipais de Segurança do Paciente vem, desde 2016, monitorando os dados resultantes da aplicação anual da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde em hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI adulto, pediátrica ou neonatal) (ANVISA, 2016). Iniciativas que começaram a ser promovidas ainda os anos 1990, com a criação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar pelo Ministério da Saúde (MS). Houve então um aumento dos recursos financeiros e tecnológicos levando a um avanço na assistência e gestão hospitalar (POLIZER; D'INNOCENO, 2006). Outras agências, como a *Joint Commission International* (JCI), criada em 1994 nos Estados Unidos, conferem selos de acreditação para instituições que seguem padrões internacionais de qualidade e segurança.

Na busca da contínua melhoria, os processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde tornaram-se uma das diretrizes que compõem o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), instituído nos serviços de saúde com o intuito de ser uma instância responsável por apoiar a direção do serviço na condução das ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente (ANVISA, 2020).

A anamnese foi desenvolvida a partir de um instrumento muito antigo para obtenção de dados, tendo suas origens na Grécia Antiga com o filósofo Hipócrates (460–370 a.C.). Pesquisas mostram que ele utilizava a técnica para obter informações quanto à doença do paciente. Há também uma coleção de 42 casos clínicos encontrados na biblioteca de Alexandria, no Egito, escritos por Hipócrates que evidenciam a importância da anamnese e do exame físico cuidadoso, da inspeção, palpação, ausculta e do exame do catarro e da urina. A partir desses casos, observa-se que o histórico do paciente já era considerado um ponto fundamental para o exame clínico como um todo (D'EPHÈSE, 1879).

Essa avaliação pode ser conduzida de duas formas: deixando o paciente relatar livremente suas queixas ou por meio da anamnese dirigida, seguindo um esquema

previamente montado. A anamnese bem conduzida proporciona diagnósticos e terapias corretas, além de uma humanização na relação terapeuta-paciente. Além disso, observa-se que o que mais influencia o alcance da anamnese adequada é o tempo que se dedica a ela (PORTO, 2009).

A anamnese é considerada um procedimento assistencial, que juntamente com medicamentos, equipamentos, sistemas organizacionais e todo o suporte dentro dos quais os cuidados de saúde são oferecidos, compõe o que conhecemos como tecnologias em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Diversas profissões, recentemente reconhecidas, dentro da área da saúde tem buscado organizar seus processos, a fisioterapia está entre elas. No entanto, há indícios de obras de cinesioterapia na China em 2698 a.C. (BRASIL, 2009). Mesmo com esse registro, ela só foi reconhecida após tratar e reabilitar os feridos de guerra reintegrando-os à sociedade. A fisioterapia surgiu no Brasil no ano de 1951 com a criação do primeiro curso de formação, mas foi apenas em 13 de outubro de 1969 que ela foi reconhecida como profissão. (CAVALVANTE *et al.*, 2011). Essa profissão abrange muitas especialidades que, apesar de suas diferenças, possuem algo em comum, a anamnese (CAVALVANTE *et al.*, 2011).

A fisioterapia encontra-se em estruturação nos diversos níveis de saúde, e vem buscando desenvolver seus processos e protocolos assistenciais voltados para a melhoria do cuidado (BRASIL, 2017). Nesse sentido, há uma escassez de estudos sobre o conhecimento do trabalho aplicado, dados sobre quantificação e qualificação da prestação de serviço, além de indicadores capazes de mensurar situações específicas necessárias para o desenvolvimento de processos de melhoria (CAVALHEIRO *et al.*, 2015).

Pensar em indicadores que traduzam os resultados assistenciais é uma tarefa árdua, que segue em discussão em diversos serviços e faz parte do Plano de Negócios e Gestão Estratégica (PNGE) institucional e do serviço de fisioterapia do HCPA.

Avaliar rotinas e processos buscando otimizar resultados é um desafio, uma vez que há constantes transformações tecnológicas e terapêuticas, com um aumento da expectativa de vida e de doenças crônicas, escassez de recursos e carência de gestão eficiente nas organizações de saúde e encontrar o melhor caminho depende de um olhar atento às necessidades e potencialidades (FARIAS; DE ARAUJO, 2017; VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014; BATAGLIN, 1998).

A anamnese foi o instrumento pensado como um primeiro processo de registro depois da evolução, já incorporado pela maioria dos colaboradores, vindo ao encontro das necessidades de sistematizar processos, facilitar a comunicação e, através do nível assistencial proposto, sugerir a necessidade de acompanhamento do paciente. A partir de então, ser um recurso, no auxílio da alocação de recursos materiais e humanos, contribuindo para o processo de planejamento e gerenciamento do serviço, mas com a necessidade de ser avaliado com relação ao cumprimento de suas finalidades.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a implantação da anamnese em pacientes pediátricos internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) como instrumento de sistematização e otimização de recursos na assistência de fisioterapia hospitalar, dentro de uma ideia inicial de processo de melhoria.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Compreender o que é uma tecnologia em saúde, seus tipos, sua relação com a gestão da qualidade com a busca por modelos de melhoria e determinação de indicadores em um contexto da construção do planejamento da gestão assistencial, é fundamental para o entendimento desse estudo.

3.1) Tecnologia em Saúde

As tecnologias em saúde são “todas as formas de conhecimento que podem ser aplicadas para a solução ou a resolução dos problemas de saúde de indivíduos ou populações” (PANERAI; PEÑA-MOHR, 1989), indo muito além de medicamentos, equipamentos e procedimentos usados na assistência. Já o conceito publicado pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE em 2009, que classifica as tecnologias em saúde hierarquicamente, conforme Liapopoulos (1997), onde:

Quanto a sua hierarquia, as tecnologias foram divididas da seguinte forma:

Tecnologias biomédicas, em um primeiro nível, são os equipamentos e medicamentos fazem interface direta com o paciente. O segundo nível refere-se às tecnologias médicas, que englobam as tecnologias biomédicas, nas quais se incluem procedimentos médicos, passando por anamnese/exame físico, técnicas cirúrgicas, normas técnicas de uso de aparelhos, entre outros, que constituem parte do treinamento dos profissionais da saúde e são essenciais para a qualidade na aplicação das tecnologias biomédicas.

Tecnologias de atenção à saúde, que envolvem os sistemas de suporte organizacional, estrutura de apoio técnico e administrativo e sistemas de informação e organização da assistência, e que se situam dentro do próprio setor Saúde (hospitais, ambulatorios, secretarias de saúde, Ministério da Saúde), juntamente com as tecnologias médicas.

Por fim, tecnologias em saúde. Além das tecnologias anteriormente descritas, há componentes organizacionais e de apoio que são determinados por forças que atuam fora do sistema de saúde como, por exemplo, saneamento, controle ambiental, direitos trabalhistas etc.

As tecnologias também podem ser classificadas de acordo com a natureza material, o propósito e o estágio de difusão conforme Goodman (1998), onde:

Quanto à natureza material: medicamentos; equipamentos e suprimentos: ventilador, marcapassos cardíacos, luvas cirúrgicas, kits de diagnóstico etc.; procedimentos médicos e cirúrgicos; sistemas de suporte: bancos de sangue, sistemas de prontuário eletrônico etc.; sistemas gerenciais e organizacionais: sistema de informação, sistema de garantia de qualidade etc.

Quanto ao propósito: prevenção: visa a proteger os indivíduos contra uma doença ou limitar a extensão de uma sequela (exemplo: imunização, controle de infecção hospitalar etc.); triagem: visa a detectar a doença, a anormalidade ou os fatores de risco em pessoas assintomáticas (mamografia, exame de Papanicolau); diagnóstico: visa a identificar a causa e a natureza ou a extensão de uma doença em pessoas com sinais clínicos ou sintomas (eletrocardiograma, raios X para detectar fraturas ósseas); tratamento: visa a melhorar ou manter o estado de saúde, evitar uma deterioração maior ou atuar como paliativo; reabilitação: visa a restaurar, manter ou melhorar a função de uma pessoa com uma incapacidade física ou mental.

Quanto ao estágio de difusão: futura: em estágio de concepção ou nos estágios iniciais de desenvolvimento; experimental: quando está submetida a testes em laboratório usando animais ou outros modelos; investigacional: quando está submetida a avaliações clínicas iniciais (em humanos); estabelecida: considerada pelos provedores como um enfoque padrão para uma condição particular e difundida para uso geral; obsoleta/abandonada/desatualizada: sobrepujada por outras tecnologias, ou no caso tenha sido demonstrado que elas são inefetivas ou prejudiciais (MINISTERIO DA SAÚDE, 2009).

3.2) Gestão da Qualidade

O conceito desenvolvido por Donabedian em 1980 foi um marco nas pesquisas em qualidade nos serviços de saúde. Nela, a qualidade é avaliada a partir de três dimensões (tríade): estrutura, processo e resultado. A estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica. O processo se refere às atividades envolvendo os profissionais da saúde e usuários, isto é, tudo que diz respeito ao tratamento no momento em que ele está ocorrendo. O resultado corresponde ao produto final da assistência prestada considerando a saúde, a satisfação dos padrões e as expectativas dos usuários. O mesmo autor em 1990 descreveu o que conhecemos como os “Sete Pilares da

Qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade. (DONABEDIAN, 1990)

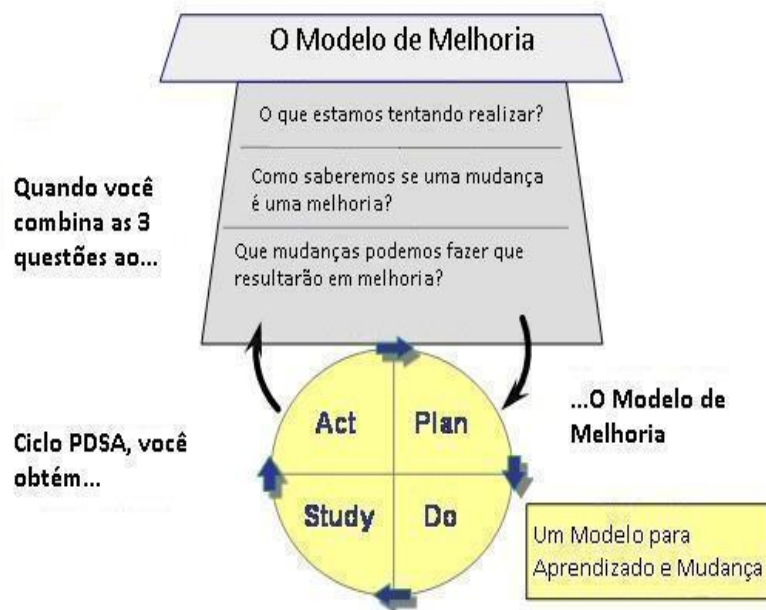
Em 1999, desenvolveu-se a ideia de que os processos hospitalares necessitam ser avaliados e controlados quanto a variáveis como eficácia, eficiência, introduzindo a também produção, produtividade e qualidade, quanto à prevenção e redução da morbimortalidade e quanto à sua imagem perante usuários ou clientes, como conceitos iniciais de indicadores, (BITTAR, 1999). Em 2006, outro estudo deu sequência e ampliou o conceito, propondo a avaliação através de seis áreas fundamentais à melhoria dos cuidados de saúde: efetividade baseada na evidência e apresentando resultados às necessidades das pessoas e da comunidade; eficiência com a maximização dos recursos evitando desperdícios; acessibilidade por meio da prestação de cuidados de saúde, com qualificações e recursos apropriados às necessidades; centrada no cliente, tendo em conta as preferências e as expectativas individuais dos clientes; equidade ao não fazer distinção das pessoas pelo seu gênero, raça, etnia, localização geográfica e classe socioeconômica; segurança com a minimização dos riscos e dos danos nos clientes, (BENGOA *et al.* 2006).

O estabelecimento de padrões e critérios de qualidade bem como a prática de medição e monitoramento de processos na área da saúde são uma estratégia utilizada pelos sistemas de saúde para melhorar os cuidados do paciente e garantir o sucesso dos processos e resultados institucionais. Sob essa ótica, qualidade consiste em alcançar os resultados desejados pela empresa e simultaneamente atender aos anseios dos clientes superando as expectativas (PORTELA, 2000).

3.2) Processos de Melhoria em Saúde

Na busca pela qualidade, diversos de modelos de melhorias originados na indústria começaram a fazer parte, de forma mais efetiva, das discussões na gestão da saúde. Métodos gerais de melhoria da qualidade como: definição da qualidade, desenvolvimento de medidas de melhoria, identificação da variação, uso de gráficos de controle e execução dos ciclos do Plan- Do Study -Act (PDSA), foram aplicados com sucesso aos processos de saúde.(GRUPO IBES, 2021), (Figura 1).

Figura 1—Modelo de melhoria Plan-Do-Study-Act

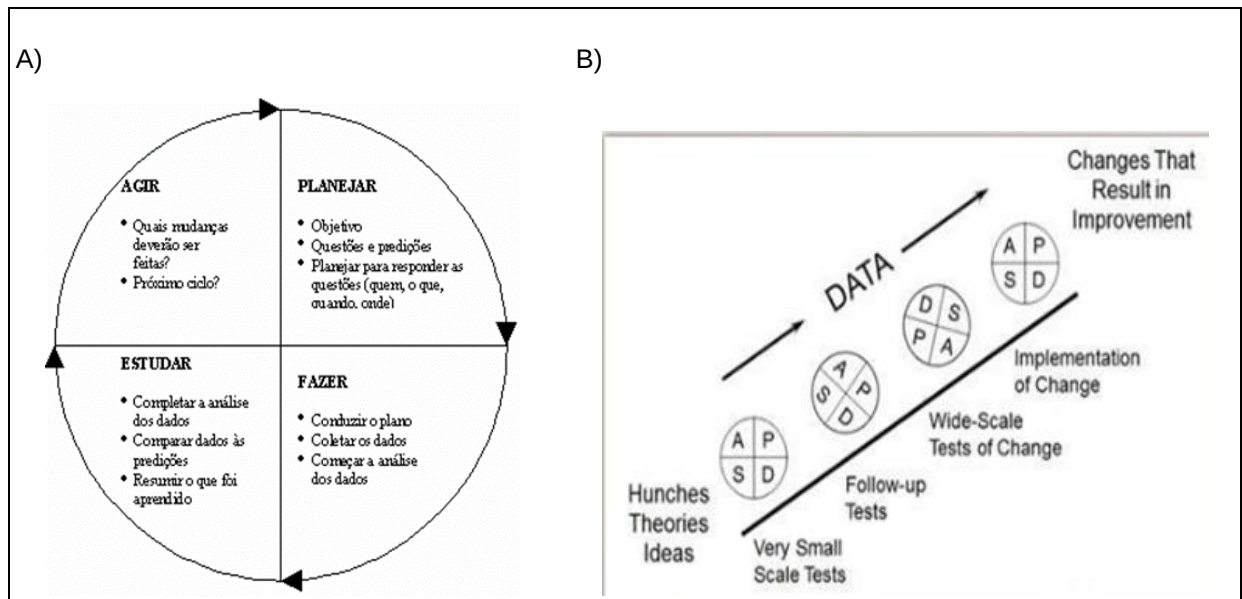


Fonte: Langley *et al*, 1996

O Ciclo do *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) é um conceito adaptado à língua portuguesa como Planejar, Fazer, Estudar, Agir. Foi criado em 1986 pelo estatístico norte-americano William Edwards Deming, que incorporou novas teorias ao método de *Plan-Do-Check- Act* (PDCA) existente, identificando como elementos diferentes interagem entre si, permitindo criar várias ideias de mudanças que resultam em melhorias em diferentes setores (LANGLEY *et al.*, 1996; HEALTH FOUNDATION, 2013)

O ciclo PDSA (Figura 2) prevê uma maneira de testar rapidamente mudanças em pequena escala, observar o que ocorre, fazer ajustes quando necessário e, então, testá-las novamente antes da implementação em escala maior. A fim de não desperdiçar semanas ou meses planejando uma grande mudança para colocá-la em prática e identificar falhas, o ciclo PDSA permite testes e aprendizado rápidos. Além de auxiliar na implementação de mudanças, os ciclos PDSA podem ser utilizados também para aprendizados sobre o sistema e em testes complexos em larga escala (LANGLEY *et al*, 1996).

Figura 2 — Exemplificação do ciclo de Plan-Do-Study-Act



Fonte: Langley *et al.*, 1994, Langley *et al.*, 2009

Um projeto de melhoria geralmente envolve vários ciclos e deve ser entendido como um processo iterativo. Após cada ciclo, a equipe avalia o sucesso da intervenção associada. Em algum momento, a intervenção é adotada ou abandonada, o que indica o fim dos ciclos. Alcançar o objetivo global indica a conclusão do projeto geral. O modelo *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) faz o ciclo de melhoria da qualidade. As equipes estudam os dados para aprender sobre os problemas em um sistema ou processo e implementam as etapas de melhoria. (GRUPO IBES, 2021; CARMO, 2018; TAYLOR *et al.*, 2014).

Há inúmeras limitações nesse método, como: 1) Não é apropriado e nem deve ser aplicado em todas as instituições; 2) Precisa que os profissionais entendam como extrair as informações e transformá-las em mudanças viáveis e efetivas; 3) Exige conhecimento técnico e habilidades individuais para que tenha sucesso, além de uma investigação prévia profunda e precisa para entender as reais necessidades e soluções mais adequadas; 4) Apresenta dificuldade em adaptar a mudança bem-sucedida em pequena escala para toda a instituição; 5) Necessita bom treinamento e orientação do corpo assistencial; 6) Se não for bem planejado e estudado, há chances de resultados falhos; 7) Necessita de feedbacks qualitativos periódicos para uma boa análise investigativa;

Para além das limitações, os benefícios dessa prática compensam, principalmente a longo prazo, por meio dos seguintes aspectos observados: 1)

Aumento da segurança do paciente; 2) Diminuição do tempo de espera e estadia dos pacientes; 3) Redução de custos; 4) Resultados assistenciais mais eficientes e efetivos; 5) Revelação de mudanças que são aplicáveis ou não à realidade da instituição; 6) Identificação de novos problemas durante a investigação; 7) Promoção do aprendizado; 8) Aplicação fácil; 9) Modelo flexível; 10) Resolução de problemas assistenciais prioritários (em questão de gravidade e incidência); 11) Empoderamento dos profissionais; 12) Promoção do trabalho multidisciplinar; 12) Ajuda na melhoria da cultura organizacional (REED; CARD, 2015).

Em 2016, um estudo descreveu a utilização de um ciclo de *Plan-Do-Check-Act* (PDCA), um modelo precursor do PDSA, para elaborar uma proposta de melhoria contínua da qualidade do serviço de fisioterapia, apresentando um plano de criação de serviço, (KATCHIKENGE, 2016).

3.4) Indicadores:

Indicadores de saúde são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. De forma breve, o dado é a unidade primária, que ao ser trabalhada, gera um indicador, esse que, ao ser analisado, produz informação, que ao ser interpretada, gera conhecimento (OPAS, 2018).

Um estudo sobre a sistematização de indicadores de desempenho na área hospitalar demonstrou sua utilização como instrumento para medir o desempenho, sendo úteis na avaliação da assistência prestada, na avaliação de custos e recursos, na verificação do grau de resolutividade dos serviços oferecidos e no planejamento das ações em saúde (MADALENO, 2015).

Também foi desenvolvido um instrumento para medir a qualidade da assistência da fisioterapia, que permitiu avaliar vários itens que compunham o serviço. Esse indicador englobou os cinco requisitos, denotou a qualidade e a atualização do profissional, os resultados de assistência, o resultado do planejamento terapêutico e a estrutura do serviço de Fisioterapia. Isso proporcionou a oportunidade de identificar os pontos de melhoria e os pontos fortes da equipe, bem como do processo de assistência da Fisioterapia, (CAVALHEIRO *et al.*, 2015).

Outro estudo desenvolvido dentro da área da fisioterapia realizou a validação dos indicadores de qualidade e o desenvolvimento dos painéis táticos e estratégicos como ferramentas da gestão assistencial da fisioterapia hospitalar, bem como de painéis de controle gerencial visou atender às práticas recomendadas a todos os serviços de saúde, incluindo os de fisioterapia. Isso proporcionou o direcionamento adequado aos gestores e gerou evidências de qualidade assistencial, auxiliando a fisioterapia hospitalar na busca de um modelo de gestão com visão sistêmica e institucional e a implementação de ações dos objetivos estratégicos (CARMO, 2018).

Estudos demonstram a existência de uma lacuna na área e uma oportunidade emergente para pesquisas relacionadas à avaliação dos serviços de fisioterapia sob a ótica da gestão organizacional para a criação de um sistema de mensuração da qualidade em serviço de fisioterapia, com indicadores que envolvam aspectos técnicos, de satisfação do cliente e relacionados à gestão, como custos, recursos humanos, dentre outros, de forma a proporcionar informações e conhecimento aptos no auxílio à tomada de decisão (FELIX, 2021; MANDELLI, 2016).

3.4) Anamnese Fisioterapêutica e Nível Assistencial:

A avaliação da fisioterapia tem como objetivo definir corretamente os problemas dos pacientes, sendo impossível desenvolver um tratamento apropriado sem esta. Deve ser realizada constantemente para identificar alterações e se os objetivos estabelecidos estão sendo atingidos. É necessário um conhecimento teórico para que o tratamento traçado seja adequado (VASSOLER; SARMENTO, 2007). A avaliação pode ser dividida em duas partes: a anamnese (questionário de investigação do paciente), e o exame físico (GUTMANN, 1991).

Neste estudo, o instrumento utilizado chamado pelo grupo de Anamnese Fisioterapêutica em Pediatria foi desenvolvido pelo grupo de fisioterapeutas do serviço de fisioterapia do HCPA, Figura 3.

Figura 3 — Anamnese fisioterapêutica — versão pediatria

História Clínica	
Motivo da internação	
Diagnóstico clínico	
Exame Físico	
Alteração de sensibilidade	
Perfusão periférica	
Edema	
Avaliação da dor (Local e característica)	
Intensidade da dor (EVA)	
Intensidade da dor (CHIPS)	
Classificação da dor (CHIPS)	
Intensidade da dor (NIPS)	
Classificação da dor (NIPS)	
Nível de consciência (Glasgow)	
Nível de sedação (COMFORT-B)	
Classificação do nível de sedação (COMFORT-B)	
Padrão ventilatório	
Sinais vitais	
Ausulta pulmonar	
Suporte ventilatório	
Parâmetros ventilação/oxigenioterapia	
Drogas/ Assistências externas	
Tosse	
Secreção	
Condição funcional prévia	
Avaliação da mobilidade atual	
Avaliação da funcionalidade (FSS)	
Classificação da funcionalidade (FSS)	
Avaliação de força Muscular (MRC)	
Avaliação do tônus muscular	
DNPM 1º trimestre	
DNPM 2º trimestre	
DNPM 3º trimestre	
DNPM 4º trimestre	
Avaliação de mobilidade (Manchester)	
Avaliações específicas	
Impressões Diagnósticas	
1	
2	
3	
4	
5	
Plano Terapêutico	
Pontuação Final = NÍVEL DE ASSISTÊNCIA	0

NÍVEL DE ASSISTÊNCIA	FALSE
Plano terapêutico	
1	
2	
3	
4	
5	
Condutas	
Conduta de Educação	
Paciente /família compreendeu?	

Fonte: Elaborado pelo grupo de trabalho de fisioterapeutas do serviço de fisioterapia HCPA.

A Anamnese Fisioterapêutica em Pediatria desenvolvida propõe um escore, chamado pelo grupo de Nível Assistencial em Fisioterapia, gerado pelo somatório dos pontos atribuídos as impressões diagnósticas determinadas pelo avaliador. Nesse sentido, observa-se que quanto maior no nível proposto, maior a demanda assistencial do avaliado, Figura 4.

Figura 4— Impressões diagnósticas e os valores atribuídos

Impressões Diagnósticas	Pontuação
Disfunção ventilatória hipoxêmica/hipercápnica	100
Troca gasosa prejudicada	80
Prejuízo da higiene brônquica	50
Inabilidade de proteção de via aérea	50
Alteração da expansibilidade pulmonar	30
Déficit de mobilidade corporal (escore 1-3)	50
Déficit de mobilidade corporal (escore 4-6)	30
Mobilidade corporal preservada (escore 7)	10
Déficit de força muscular (MRC<48)	50
Déficit de força muscular (MRC 48-54)	30
Déficit de força muscular (MRC>ou igual 55)	10
Restrição ao leito	10
Tolerância aos esforços/exercícios reduzida	30
Redução da funcionalidade	10
Risco associado a osteopenia	30
Risco associado ao extremo de idade	20

Risco de lesão por pressão associado ao uso de dispositivos ou por posicionamento	20
Limitação de mobilidade por risco de hemorragia/plaquetopenia/anemia	20
Restrição da mobilidade associado a procedimento clínico/cirúrgico	10
Risco de atraso do DNPM	20
Atraso do DNPM	30
Alteração de tônus	20
Dor com prejuízo funcional	30
Alteração de sensibilidade	30
Alteração da coordenação e equilíbrio	50
Alteração da resistência ao fluxo expiratório	50

Fonte: Elaborado pelo grupo de trabalho de fisioterapeutas do serviço de fisioterapia HCPA.

Não foram encontrados relatos na literatura referentes à avaliação de desfechos frente a um nível assistencial proposto dentro da fisioterapia hospitalar. Além disso, há uma escassez de estudos que demonstrem a necessidade de atenção fisioterapêutica em relação à necessidade do paciente, como o desenvolvimento de escores.

Observamos a utilização em unidades de terapia intensiva pediátrica do escore *Pediatric Index of Mortality 2* (PIM2), com bom desempenho, sendo possível demonstrar uma associação entre a mortalidade e a presença de condições clínicas de origem do paciente. Nesse contexto, estão asseguradas as recomendações de utilização desse escore pela ANVISA para atenção à saúde de pacientes pediátricos graves (LIMA NETTO *et al.*, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANVISA. **Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf. Acesso em: 29 maio 2022.
- ANVISA. **Relatório de autoavaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviços de saúde — 2019**. Brasília: Anvisa, 2020. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Relat%C3%B3rio+de+Autoavali%C3%A7%C3%A3o+Nacional+das+Pr%C3%A1ticas+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+%E2%80%93+2019/faa6381c-b3c3-4210-8ddf-4e93927c64dd>. Acesso em 29 maio 2022.
- ARAUJO, R. *et al.* **Síndrome de Burnout: realidade dos fisioterapeutas intensivistas?** Fisioterapia e Pesquisa, v.25, n.4, p. 388–394, 2018.
- BATAGLIN, M. P. **Avaliação em serviços de saúde**. Mimeo, 1998.
- BENGOA *et al.* **Quality of Care: A Process of Making Strategic Choices in Health Systems**. 2006.
- BITTAR, O. **Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde**. Rev. Assoc. Med. Bras., v.45, n.4, p.357–363, 1999.
- BONATO, V.L. **Gestão de qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente**. São Paulo: O Mundo da Saúde, v.35, n.5, p. 319–331, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de Tecnologias em Saúde. Ferramentas para a Gestão do SUS**. Brasília; DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf. Acesso em: 22 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Metodológicas // Avaliação de Desempenho de Tecnologias em Saúde**. Brasília; DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/DIRETRIZ_AdTS_final_I_SBN.pdf. Acesso em: 22 maio 2022.
- CAMPOS, C.J. **MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. Rev Bras Enferm., v.57, n.5, p.611–614, 2004.
- CARMO, C. **Gestão assistencial da fisioterapia hospitalar: indicadores**. 2018. Tese (doutorado) — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.
- CAVALCANTE, C.C.L. *et al.* **Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão**. Fisioter. Mov, v. 24, n. 3, p. 513–522, jul./set. 2011.

CAVALHEIRO, L.V. *et al.* **Delineamento de um instrument para medir a qualidade da assistência da Fisioterapia.** Einstein, v.13, n.2, p. 260–268, 2015.

CHOONG, K. *et al.* **Practice Recommendations for Early Mobilization in Critically Ill Children.** J Pediatr Intensive Care, v.7, n.1, p. 14–26, 2018.

COHEN, E. *et al.* **Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research initiatives.** Pediatrics, v.127, n.3, p. 529–538, mar. 2021.

D'EPHÈSE, R. **De L'interrogatoire Des Malades.** Oeuvres De Rufus D'ephèse. Paris: Imprimerie Nationale, p. 196–218, 1879.

DE PAIVA, W.M.; PAIVA, D.M.; GOMES, S.P. **Engajamento de funcionários no trabalho como diferencial estratégico.** Revista Gestão em Foco, 11 ed., 2019.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.** v.1, 1980a.

DONABEDIAN, A. **The Criteria and Standards of Quality.** 1980b.

DONABEDIAN, A. **The Seven Pillars of Quality.** Arch Pathol Lab Med, v.114, n.11, p. 1115–1118, 1990.

FARIAS, D.C.; DE ARAUJO, F. **Gestão Hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais.** Ciênc. Saúde colet.,v.26, n.6, p.1895–1904, 2017.

FELIX, J. **Gestão da qualidade em serviços de fisioterapia: uma revisão bibliográfica.** Artigos Científicos em Fisioterapia, ed.104, n.25, 2021. Disponível em: <https://www.novafisio.com.br/gestao-da-qualidade-em-servicos-de-fisioterapia-uma-revisao-bibliografica/>. Acesso em: 13 jun 2022

FEUDTNER *et al.*: **Pediatric complex chronic conditions classification system version 2: updated for ICD-10 and complex medical technology dependence and transplantation.** BMC Pediatrics, 2014.

FIOCRUZ. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. **Simplificando a melhoria da qualidade.** 2014.

GRUPO IBES. **Melhoria da qualidade em saúde: passos orientadores. 2021.** Disponível em: <https://www.ibes.med.br/melhoria-da-qualidade-em-saude-passos-orientadores>. Acesso em: 13 jun 2022.

GUTMANN, A. Z. **Fisioterapia Atua.** 4ª edição. São Paulo: Pancast, 1991.

HEALTH FOUNDATION. **Quality improvement made simple.** 2 ed, ago 2013.

KATCHIKENGE, E. **Proposta de um programa de melhoria contínua da qualidade do serviço de fisioterapia do Hospital Geral do Huambo Angola.** 2016. Dissertação (mestrado). Lisboa.

LANGLEY, G.L. *et al.* **Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance.** San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1996.

LIMA NETTO, A. *et al.* **Desempenho do *Pediatric Index of Mortality 2* em unidade de cuidados intensivos pediátrica.** Rev Bras Ter Intensiva, v.26, n.1, p. 44–50, 2014.

MADALENO, J. **Uma proposta de sistematização de indicadores de desempenho na área hospitalar.** 2015. Dissertação (mestrado) — Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2015.

MANDELLI *et al.* **Qualidade na gestão de serviços de fisioterapia: uma revisão sistemática.** 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/316220835_QUALIDADE_NA_GESTAO_D_E_SERVICOS_DE_FISIOTERAPIA_UMA_REVISAO_SISTEMATICA. Acesso em: 13 jun 2022.

OPAS. **Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos.** Washington, D.C.: OPAS; 2018.

PANERAI, R. B.; PEÑA-MOHR, J. **Health Technology Assesment Methodologies for Developing Countries.** Washington: PAHO, 1989.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. **Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem.** Rev. Bras. Enferm, v.49, n.4, 2006.

PORTELA, M.C. **Avaliação da qualidade em saúde.** 2000

PORTO, C.C. **Semiologia Médica.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

REED, J.; CARD, A. **The problem with Plan-Do-Study-Act cycles.** BMJ Qual Saf., v.25, n.3, p. 147–152, dez. 2015.

RODRIGUES, A. *et al.* **Gestão do tempo aplicada à produtividade, qualidade de vida e desempenho: análise de publicações do banco de dados da CAPES e do Google Acadêmico.** Revista do Congresso Internacional de Administração. 2018.

SILVA, U. **Treinamento e capacitação.** 2015. Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2015.

SLASTER, A. *et al.* **PIM2: a revised version of the Paediatric Index of Mortality.** Intensive Care Med, v.29, p. 278–285, 2003.

SOARES, H.L.; CUNHA, C.E. **Síndrome do “burn-out”: sofrimento psíquico nos profissionais de saúde.** Revista do Departamento de Psicologia — UFF, v.19, n.2, p. 505–506, jul./dez. 2007.

SOUZA, H.P. **A importância de valorizar os colaboradores no ambiente organizacional.** Congresso Nacional

TAYLOR, M.J. *et al.* **Revisão sistemática da aplicação do método PSDA para melhorar a qualidade do cuidado de saúde.** BMJ Qual. Saf, v.23, 2014, p. 290–298.

VASSOLER, C.A, SARMENTO, G.J.V. **Avaliação fisioterapêutica em UTI.** Sarmento GJV. Fisioterapia respiratória no paciente crítico. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2007. p. 23–30.

VIGNOCHI, L.; GONÇALO, C.; LEZANA, A.G. **Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?** Rev. Adm. Empres., v.54, n.5, p. 496–509, 2014.

ARTIGO

IMPLANTAÇÃO DA ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA EM PEDIATRIA: UMA TECNOLOGIA EM SAÚDE

PHYSIOTHERAPY ANAMNESIS IN PEDIATRICS: A HEALTH TECHNOLOGY

IMPLANTAÇÃO DA ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA

Tatiane Pedralli¹

Estefânia Inez Wittke²

Graciele Sbruzz³

1. Fisioterapeuta, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
2. Médica cardiologista, Doutora em Cardiologia PPG-Cardiologia/UFRGS, Docente do PPG ATS/SUS, Grupo Hospitalar Conceição-GHC.
3. Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde (IC-FUC), Professora Associada 1 do Curso de Fisioterapia da Faculdade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora e orientadora de Mestrado e Doutorado PPG- Ciências do Movimento Humano da UFRGS. Chefe do Serviço de Fisioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Trabalho realizado como pré-requisito para obtenção do título de mestre, realizado em parceria PPGATS-SUS- GHC e HCPA, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva do HCPA.

Autor correspondente: Tatiane Pedralli, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Fisioterapia, Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Santa Cecília
CEP: 90035-903 Porto Alegre (RS), Brasil
E-mail: tpedralli@hcpa.edu.br

Número do projeto: 2021-0179 CAEE 47706421300005327

RESUMO:

Processos e protocolos assistenciais voltados para a melhoria do cuidado vêm sendo desenvolvidos e aperfeiçoados, estimulando a adoção de boas práticas em saúde, facilitando a comunicação e auxiliando na gestão de recursos. **Objetivo:** Avaliar a implantação da Anamnese Fisioterapêutica em Pediatria (AFP) quanto a adesão e desfechos clínicos, frente às recomendações sugeridas pelo nível assistencial sugerido. **Metodologia:** Foi um estudo transversal de abordagem mista, com revisão de prontuários e entrevista semiestruturada entre abril de 2021 e abril de 2022. A análise utilizou o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), realizando a análise de conteúdo das entrevistas, sendo codificadas em unidades de análise temáticas, categorizadas de forma apriorística por freqüenciamento. **Resultados:** Foram 156 internações, do sexo masculino $n=90$ (57,7%), idade mediana de 21,03 (7-58,75) meses, com disfunção respiratória $n=96$ (61,5%), portadores de condição crônica complexa (CCC) $n=126$ (80,8%), com reinternação $n=54$ (34,6%), anamneses preenchidas $n=113$ (72,4%), tempo de resposta de 24h (12–72) e nível assistencial de 200 pontos (165–225). Houve moderada associação entre o nível assistencial e número de atendimentos por dia realizado ($r=0,44$ $p<0,01$) e de ambos com o tempo de ventilação mecânica (VM) ($r=0,38$ $p<0,01$ e $r=0,32$ $p<0,01$), respectivamente. Nas entrevistas, o tempo e a carga de trabalho foram relacionados à não adesão, enquanto a participação, agilidade, visibilidade e sistematização foram facilitadoras à adesão. **Conclusões:** A AFP foi um avanço nos processos assistenciais da fisioterapia, e sua utilização no desenvolvimento de um indicador assistencial pode ser considerado.

Palavras-chave: anamnese; avaliação de processos em cuidados de saúde; carga de trabalho; tecnologia biomédica; gestão da qualidade.

ABSTRACT

Summary: Processes and protocols aimed at improving care have been developed and improved, encouraging the adoption of good health practices, facilitating communication, and assisting in resource management. **Objective:** To assess the Physiotherapy Anamnesis in Pediatrics regarding adherence and clinical outcomes, considering the recommendations suggested by the suggested level of care found. **Methodology:** We carried out a cross-sectional study with a mixed quantitative and qualitative approach. We conducted a review of medical records and semi-structured interviews from April 2021 to April 2022. We used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software, analyzed all interviews content, and encoded them in thematic analysis units, categorized a priori by frequency. **Results:** There were 156 hospitalizations, mostly male patients $n=90$ (57.7%), median age of 21.03 (7–58.75) months, with respiratory dysfunction $n=96$ (61.5%), complex chronic condition $n=126$ (80.8%), readmission $n=54$ (34.6%), complete anamnesis $n=113$ (72.4%), response time of 24 hours (12–72) and care level of 200 (165–225). There was a strong association between the level of care and the number of visits per day performed ($r=0.44$ $p<0.01$) and both with the duration of mechanical ventilation (MV) ($r=0.38$ $p<0.01$ and $r=0.32$ $p<0.01$), respectively. The interviews pointed out issues of time and workload with greater relation to non-adherence to the instrument. **Conclusions:** We can consider the implementation of the instrument "Physiotherapeutic Anamnesis in Pediatrics" an advance in care processes and its use in to develop an assistance indicator.

Keywords: medical history taking; process assessment health care; workload; biomedical technology; quality management.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, diversos setores da saúde têm voltado sua atenção ao desenvolvimento de práticas seguras e sistematizadas de cuidado na assistência da população¹. Nesse contexto, visando prevenir efeitos adversos em serviços de saúde, por meio do estímulo à adoção de práticas seguras, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em parceria com as Coordenações Estaduais, Distrital e Municipais de Segurança do Paciente vem, desde 2016, monitorando os dados resultantes da aplicação anual da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde em hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI adulto, pediátrica ou neonatal)². Estimulando processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde a tornarem-se uma das diretrizes que compõem o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), instituído nos serviços de saúde com o intuito de ser uma instância responsável por apoiar a direção do serviço na condução das ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente³.

Nesse contexto, esse estudo buscou responder, diante da utilização de um instrumento de avaliação fisioterapêutica desenvolvido por um grupo de fisioterapeutas do serviço de fisioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), denominado de Anamnese Fisioterapêutica em Pediatria (AFP), as seguintes questões:

1. Como analisar a implantação de um instrumento de avaliação pediátrica desenvolvido?
2. Qual a adesão dos profissionais em relação ao preenchimento do instrumento?
3. O nível assistencial que o instrumento propõe reflete o que é realizado?
4. O nível assistencial demonstra relação com desfechos clínicos?
5. Qual a percepção dos executores sobre a aplicação do instrumento, na busca do melhor entendimento do processo na prática assistencial?

A fisioterapia, profissão regulamentada em 1951, encontra-se em estruturação nos diversos níveis de saúde, e vem buscando desenvolver seus processos e protocolos assistenciais voltados para a melhoria do cuidado⁴. Nesse sentido, há uma escassez de estudos sobre o conhecimento do trabalho aplicado, dados sobre quantificação e qualificação da prestação de serviço, além de indicadores capazes de

mensurar situações específicas necessárias para o desenvolvimento de processos de melhoria⁵.

Avaliar rotinas e processos buscando otimizar resultados é um desafio, mas encontrar o melhor caminho depende de um olhar atento às necessidades e potencialidades⁶.

A anamnese foi o instrumento desenvolvido pela necessidade de sistematizar processos, facilitar a comunicação e, através do nível assistencial proposto, sugerir a necessidade de acompanhamento do paciente. A partir de então, auxiliar na alocação de recursos materiais e humanos, contribuindo para o processo de planejamento e gerenciamento do serviço. Pensar em indicadores que traduzam os resultados assistenciais é um desafio proposto pelo Plano de Negócios e Gestão Estratégica (PNGE) institucional e pelo serviço de fisioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), para 2022-2023.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a implantação da anamnese em pacientes pediátricos internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) como instrumento de sistematização e otimização de recursos na assistência de fisioterapia hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de abordagem mista quantitativa e qualitativa fenomenológica realizado por meio de revisão de prontuários e entrevista semiestruturada no período de abril de 2021 a abril de 2022. Através da revisão e acompanhamento dos prontuários, foram coletados dados referentes à caracterização da amostra, ao preenchimento ou não da anamnese, ao tempo de resposta, ao nível assistencial e aos atendimentos realizados por dia com alguns desfechos, como tempo de ventilação mecânica (VM), tempo de ventilação não-invasiva (VNI), tempo de internação e condição funcional. Para critério de análise, foi observado o dia um (D1) de ocorrência para sedestação, saída do leito e ortostase, para toda a amostra, nas modalidades passiva, ativo-assistida e ativa, conforme desenvolvimento motor esperado para a faixa etária e a capacidade apresentada. Para o tempo de VM, VNI e internação, foram avaliados os dias totais de utilização.

Para a identificação de pacientes que reinternaram em 12 meses, se considerou-se a presença de no mínimo uma internação na UTIP do HCPA no período de 12 meses que antecederam o estudo.

Para a identificação de presença de condição crônica complexa, utilizamos a identificação de qualquer condição médica que possa durar pelo menos 12 meses e que envolva vários sistemas de órgão diferentes ou um sistema de órgão com gravidade suficiente para exigir cuidados de especialidade pediátrica e provavelmente algum período de internação em centro de atenção terciária, incluindo categoria identificada previamente, no período neonatal, bem como domínios de complexidade decorrentes da dependência de tecnologia ou transplante de órgãos.

Para definirmos o Nível de Mobilização do Protocolo de Mobilização Precoce, utilizamos o Protocolo de Mobilização Precoce (PMP) desenvolvido pelo grupo de fisioterapeutas da UTIP que prevê quatro níveis de mobilização:

Nível 1 (N1): posicionamento funcional, mobilizações/alongamentos passivos e trocas de decúbitos de 2 em 2 horas durante o dia e 4 em 4 horas durante a noite.

Nível 2 (N2): posicionamento funcional, alongamento passivo, cicloergômetro passivo de membros inferiores (MSIs) conforme idade, cinesioterapia passiva ou ativa conforme grau de força, estimulação sensório-motora nos lactentes e trocas de decúbitos de 2 em 2 horas durante o dia e 4 em 4 horas durante a noite.

Nível 3 (N3): posicionamento funcional, alongamento passivo ou ativo, cinesioterapia passiva ou ativa conforme grau de força, estimulação sensório-motora nos lactentes, cicloergômetro ativo de membros superiores (MSs) ou de membros inferiores (MSIs) conforme força e idade, saída do leito, ortostase e trocas de decúbitos de 2 em 2 horas durante o dia e 4 em 4 horas durante a noite.

Nível 4 (N4): posicionamento funcional, alongamento passivo ou ativo, cinesioterapia passiva ou ativa conforme grau de força, exercícios resistidos conforme grau de força, estimulação sensório-motora nos lactentes, cicloergômetro ativo de membros superiores (MSs) ou de membros inferiores (MSIs) conforme força e idade, saída do leito, ortostase e deambulação se adequado para idade.

Outra característica da amostra observada foi o escore *Pediatric Index of Mortality 2* (PIM2) / Probabilidade de Óbito (%), coletado pela equipe médica e registrada em prontuário, que utiliza informações clínicas e laboratoriais já estabelecidas na rotina da assistência intensiva até 1 hora após a admissão (pressão

arterial, uso de ventilação mecânica, reação pupilar à luz, gasometria arterial, recuperação de procedimento cirúrgico, diagnóstico de alto ou baixo risco.

A Anamnese fisioterapêutica em Pediatria, proporciona ao avaliador/ executor identificar no máximo 5 e mínimo 3 impressões diagnósticas do avaliado. Cada uma recebe uma pontuação que somadas levam ao nível assistencial coletado. Nessa lógica, quanto maior o nível assistencial encontrado, maior será a necessidade de assistência fisioterapêutica avaliada.

Para a coleta dos dados referentes à adesão, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, realizadas via ZOOM, com duração média de trinta minutos e compostas por dez perguntas.

Aspectos Éticos: Este estudo foi submetido a análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, CAEE 47706421300005327.

Crítérios de Inclusão: A amostra foi coletada por conveniência incluindo todos os paciente que cumpriam critérios como idade de 0 (zero) à 18 (dezoito) anos de ambos os sexos que iniciaram acompanhamento no período proposto pelo estudo, com permanência mínima de 24h em acompanhamento e que não preencheram os critérios contraindicação para as intervenções fisioterapêuticas, como: instabilidade hemodinâmica, PO imediato/impossibilidade cirúrgica, Instabilidade óssea/cervical, hipertensão intracraniana ou outra contraindicação clínica ou cirúrgica à critério da equipe médica assistente, cujos responsáveis aceitaram participar e assinaram o TCLE para responsáveis. Além dos fisioterapeutas atuantes na unidade que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE para adultos.

Crítérios de Exclusão: Pacientes que não permaneceram 24 horas na UTIP, foram excluídos da amostra. Pacientes que apresentaram contraindicações para a continuidade do acompanhamento, tiveram seu acompanhamento suspenso e retomado quando reestabelecida a condição clínica. Em casos de interrupção, óbitos ou altas, esses foram considerados desfechos para análise.

Análise estatística: Foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão online versão 20.

A análise descritiva foi realizada através de frequências relativas e absolutas (variáveis categóricas) para sexo, média e desvio-padrão para as variáveis contínuas (números de atendimento dia) e conforme teste de normalidade, foi utilizado mediana e intervalo interquartilico para as demais variáveis.

Para a distribuição das variáveis quanto à normalidade, foi utilizado o teste de Shapiro-Wills. Para os desfechos clínicos, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

Para as associações entre as variáveis nível assistencial e desfechos clínicos, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman e para associações entre anamnese, presença de condição crônica complexa (CCC) e reinternação em 12 meses, foi utilizado o teste qui-quadrado com correção de continuidade e com nível de significância $<0,05$.

Análise qualitativa: o estudo fenomenológico foi realizado através de análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas com cinco fisioterapeutas, codificando alguns construtos comumente envolvidos em análises qualitativas que abrangem processos desenvolvidos por profissionais de saúde como: reações e papéis de profissionais/*burnout* bem como adesão e não-adesão aos processos. Outros construtos poderiam emergir se pertinentes ao objetivo do estudo.

Para isso, as entrevistas buscaram elucidar questões relacionadas a adesão. Essas foram gravadas, transcritas, codificadas em unidades de análise temáticas, categorizadas de forma apriorística por freqüenciamento e por relevância implícita⁷, considerando o caráter único de algumas falas relevantes.

RESULTADOS

Características da amostra

A amostra incluiu 156 internações, do sexo masculino $n=90$ (57,7%), mediana de idade de 21,03 (7–58,75) meses, com disfunção respiratória $n=96$ (61,5%), portadores de condição crônica complexa (CCC) $n=126$ (80,8%), com reinternação em 12 meses $n=54$ (34,6%), anamneses preenchidas $n=113$ (72,4%), tempo de resposta de 24h (12–72) e nível assistencial de 200 pontos (165–225), caracterizada após revisão e acompanhamento de prontuários, conforme a Tabela 1.

Desfechos

Foram coletados dados de desfechos clínicos e funcionais e, para critério de análise, observado o dia um (D1) de ocorrência para sedestação, saída do leito e ortostase. Para o tempo de VM, VNI e internação, foram avaliados os dias totais de utilização, conforme a Tabela 2.

Houve moderada associação entre o nível assistencial e número de atendimentos realizados por dia ($r=0,44$ $p<0,01$) e de ambos com o tempo de VM ($r=0,38$ $p<0,01$ e $r=0,32$ $p<0,01$), respectivamente, além de relação com PIM2/probabilidade de óbito ($p<0,05$), descritos na Tabela 3.

Com relação à adesão dos profissionais ao preenchimento do instrumento, o estudo mostrou moderada relação entre o não preenchimento e a reinternação em 12 meses com presença de condição crônica complexa (CCC), conforme a Tabela 4.

O estudo demonstrou adesão ao preenchimento do instrumento de 72,4%, com moderada relação de não preenchimento associada à reinternação em 12 meses ($p<0,01$).

Entrevistas

Diante de um processo participativo de implementação, o diálogo com o profissional responsável, atuante, comprometido com o cuidado, foi peça fundamental no entendimento e na observação do papel que os processos assumem na sua rotina e qual o espaço que a anamnese ocupa no contexto da carga diária de trabalho.

Foi realizada a análise de conteúdo das entrevistas, codificando alguns construtos comumente envolvidos em análises qualitativas que envolvem processos desenvolvidos por profissionais de saúde como: reações e papéis de profissionais/ *burnout* a partir de estudo de como são vivenciados os problemas dos profissionais de saúde por prestarem cuidados, em particular ao processo de trabalho exaustivo centrado em pacientes de alta complexidade, relacionando a percepção de carga de trabalho à adesão e não-adesão aos processos. Outros construtos poderiam emergir se pertinentes ao objetivo do estudo.

Os dados foram codificados em cinco eixos temáticos:

Processos e registros: Qual a importância atribuída e como é percebida?

A abordagem inicial observou o entendimento do conceito de engajamento no trabalho, que pode ser definido como a conexão entre o profissional e a empresa bem como a familiaridade com os processos existentes⁸.

Anamnese dentro dos processos: Qual a importância atribuída e como é percebida?

Esse eixo dialogou com o anterior, seguindo o conceito de engajamento. Com ele, surgiu a questão do tempo e das demandas de trabalho de forma mais presente, a gestão do tempo dentro da rotina e a delegação de prioridades, remetendo a

escolhas. Devido à impossibilidade de realizar todas as atividades preconizadas, opta-se pelas necessárias na percepção do profissional.

Definir o grau de importância das atividades a serem realizadas é algo necessário. Dessa maneira, um jeito de ter tempo para tarefas importantes é inibir o seu desperdício. Entendendo o desperdício como toda atividade humana que absorve recursos, mas não cria valor. Consequentemente, o tempo entendido como recurso deve ter o empenho para minimizar o desperdício e, para tal, é possível analisar todas as atividades realizadas, interrompendo as que não agregam valor⁹.

Preenchimento: Qual a percepção quanto às facilidades, dificuldades e se cumpre o que propõe?

Houve a percepção quanto às questões facilitadoras e as dificuldades de realização do preenchimento, trazendo um sentido de utilidade que cumpre o que propõe, introduzindo a questão da execução da tarefa.

Ocorreu o entendimento de que a anamnese atinge o objetivo de avaliar a condição clínica, levantando questões técnicas de treinamento e execução operacional dentro do sistema. Percebendo o treinamento como educação, institucionalizada ou não, que visa adaptar a pessoa para o exercício de determinada função ou para a execução de tarefa específica em determinada organização, a sua falta pode demandar mais tempo para sua execução, interferindo no preenchimento e tempo de resposta¹⁰.

Participação: Como se percebe a participação da equipe no processo de desenvolvimento do instrumento?

Observou-se a participação do profissional no processo de desenvolvimento do instrumento, apresentando a ideia de valorização da equipe. Há a ideia de que a experiência da prática diária pode contribuir para o desenvolvimento e a reavaliação de processos, além de retomar o diálogo com o engajamento, introduzindo o conceito de valorização da equipe.

A palavra valor está relacionada à oposição que o ser humano coloca entre o principal e o secundário; entre o essencial e o acidental; entre o desejável e o indesejável; entre o significativo e o insignificante¹¹. Ser participativo pode ser entendido como significativo, onde a contribuição assume um caráter de valorização do profissional.

Otimização: Como pensar em um uso mais otimizado do instrumento?

Observou-se a abordagem de utilização otimizada do instrumento, passando pelo interesse por ele e pelo processo de evoluir, melhorar e demonstrar um olhar mais atento.

Realizar a anamnese no início do acompanhamento e refazê-la na alta da unidade apareceram como uma possibilidade de entender o processo evolutivo do paciente. Nesse sentido, emergiu o uso das impressões diagnósticas e o nível assistencial como uma proposta de acompanhamento diário. O profissional, como agente transformador, pode apropriar-se do instrumento, pensar em processos, rever as rotinas e os possíveis processos de melhoria. No contexto atual, as organizações têm demonstrado uma tendência à valorização dos talentos humanos para atuarem como agentes participativos do replanejamento e da ressignificação do contexto do trabalho vigente¹².

Em graus diferentes, pôde-se observar relação com alguns dos três pilares reconhecidos da Síndrome de Burnout como exaustão emocional, despersonalização e, em melhor grau, a redução da realização profissional. Não foi mencionada pelos participantes a percepção de redução de realização profissional, mas, implicitamente, a frustração em ter que eleger prioridades constantemente remete a essa questão¹³.

DISCUSSÃO

O estudo encontrou relação significativa entre o nível assistencial sugerido e o que é realizado pelos fisioterapeutas, demonstrando que o nível assistencial sugerido pela Anamnese Fisioterapêutica em Pediatria reflete a necessidade de acompanhamento do paciente. Pouco estudos sugerem algum instrumento que possa quantificar e qualificar a assistência em fisioterapia. Cavalheiro *et al* (2015) desenvolveu um instrumento para medir a qualidade da assistência da fisioterapia, permitiu avaliar vários itens que compunham o serviço. Esse indicador que englobou os cinco requisitos e denotou a qualidade e a atualização do profissional, os resultados de assistência, o resultado do planejamento terapêutico e a estrutura do serviço de Fisioterapia. Isso proporcionou a oportunidade de identificar os pontos de melhoria e os pontos fortes da equipe e do processo de assistência da Fisioterapia⁵.

Outros desfechos foram significativos e reforçaram que o nível assistencial reflete a necessidade do paciente, como a relação com o tempo de ventilação mecânica e com PIM2/ probabilidade de óbito. Lima Netto *et al.*¹⁴ apresentou bom

desempenho do escore PIM2, sendo possível encontrar uma associação entre a mortalidade e a presença de condições clínicas de origem do paciente, recomendado para atenção à saúde de pacientes pediátricos graves.

Os resultados demonstram uma adesão parcial ao instrumento de 72,4%. Nas entrevistas, o tempo, a carga de trabalho e estresse, emoções intensas características que podemos relacionar com Síndrome de *Burnout*, descrita em outros estudos¹³. Em estudo sobre percepção de estresse, foram entrevistados 56 fisioterapeutas, desses, 17 em UTI pediátricas e neonatais, evidenciando que as cargas horárias de trabalho foram superiores em relação à UTI adulto. Outros fatores estressantes foram citados, como o elevado percentual em relação a ruídos excessivos, lidar com sofrimento e morte¹⁵. Além disso, a falta de visibilidade, a priorização de atividades e a necessidade de treinamento também contribuíram com a não adesão.

A participação do profissional no processo de desenvolvimento do instrumento também emergiu nas falas. Diversos trabalhos relacionaram o engajamento, importância da realização das atividades, treinamentos, interferindo no preenchimento e tempo de resposta, além de como o ser participativo pode ser entendido como significativo, onde a contribuição assume um caráter de valorização do profissional^{8,9,10,11}.

Um trabalho sobre a implantação dos Protocolos Assistenciais (PA) no HCPA concluiu que modificações como a informatização e sistematização foram utilizadas como estratégias de adesão, contribuindo para a consolidação e fornecimento de instrumentos na rotina assistencial. Sua utilização também permitiu a revisão dos processos assistenciais, na perspectiva do fortalecimento de ações de melhoria da qualidade de atendimento e da segurança do paciente. A percepção da importância dessas modificações nas rotinas organizacionais foi consenso entre os entrevistados, dialogando com a estimulação de boas práticas de segurança, auxiliando na identificação de informações, a comunicação entre as equipes e os serviços na transição do cuidado¹⁶.

Observamos no serviço de fisioterapia uma condição de estruturação amparada por ideias que seguiam, de forma primária, o conceito de processo de melhoria na construção de seus instrumentos e busca de indicadores, ainda sem sistematização e estabelecimento estratégico¹⁷. Estudos sobre gestão de qualidade trazem a necessidade de monitorar e aperfeiçoar os processos, estimulando o desenvolvimento de indicadores como instrumentos de medida específicos⁵.

Mudanças nas rotinas levam a ajustes das equipes e estimulam o desenvolvimento de uma nova cultura organizacional diretamente relacionada ao conceito de cultura de segurança. Neste estudo, abordamos a implantação de um instrumento que dialogou com a mudança e a apropriação de uma nova cultura instituída. Estudos identificam a cultura de segurança como produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e coletivos que determinam o compromisso de uma administração e organização saudável e segura. A avaliação da proficiência dessa cultura permite identificar e gerir questões relevantes de segurança nas rotinas de trabalho¹⁸.

A anamnese contribuiu no desenvolvimento de uma cultura de segurança dentro do serviço de fisioterapia, inicialmente, como um processo de melhoria nos modelos de PDSA. No entanto, o conceito de processo de melhoria é muito amplo e deve ser estudado para melhores resultados¹⁹.

A partir da ideia de processo de melhoria, torna-se importante estabelecer indicadores táticos e estratégicos, validados para mensuração de resultados, facilitando a reavaliação sistemática dos processos, contemplando aspectos da assistência, como a opinião do usuário dos serviços, a realização dos processos internos, a gestão de recursos e a produtividade, além do investimento na educação permanente, para proporcionar o aperfeiçoamento contínuo da equipe¹⁷.

Os processos e o desenvolvimento de indicadores vêm sendo estimulados e implantados de forma a agregar conhecimento e otimizar relações, melhorando a coleta de dados e facilitando a comunicação entre as equipes contribuindo na transição do cuidado, no planejamento e na gestão dos recursos, mas ainda carecem de estudos mais aprofundados, com melhor elaboração e divulgação^{16,5}.

Carmo ¹⁴ e Cavaleiro *et al.*⁵ contribuíram na busca de indicadores de qualidade, assistenciais, táticos e estratégicos em fisioterapia, discutindo o tema como forma de instrumentalizar os serviços na estruturação de seus processos de sistematização, planejamento e gestão de qualidade.

Limitações do estudo

Os serviços de saúde seguem absorvendo o impacto de mais de dois anos de atendimentos de SARS-CoV-2. Nesse contexto, houve alterações nos fluxos e rotinas

que ainda não puderam ser avaliadas em todas as suas dimensões. Além disso, há escassez de estudos sobre o tema, exigindo pesquisas relacionadas à fisioterapia.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou responder os objetivos, avaliando a implantação do instrumento Anamnese Fisioterapêutica em Pediatria (AFP), dentro da rotina assistencial dos fisioterapeutas de UTIP, avaliando se o nível assistencial que ele propõe reflete a necessidade de cuidado fisioterapêutico do paciente através de alguns desfechos clínicos e funcionais determinados. O nível assistencial apresentou relação com o número de atendimentos realizados e com o tempo de VM, PIM2 e probabilidade de óbito.

As falas dos fisioterapeutas trazem questões quanto a realização da anamnese na prática assistencial, dialogando com carga de trabalho, estresse, engajamento, falta de treinamento e informatização com fatores que prejudicaram a adesão.

O trabalho avaliou a implantação da AFP com um avanço nos processos assistenciais da fisioterapia, pois sugeriu atender aos objetivos, não havendo instrumento anterior para comparação. Sua utilização para o desenvolvimento de um indicador assistencial pode ser considerada, otimizando recursos materiais, tecnológicos e humanos, e auxiliando o gestor a redimensionar a força de trabalho. Destacamos o tempo e a comunicação como pontos importantes de atenção na rotina assistencial, contribuindo com a transição do cuidado como parte integrante na linha de cuidado do paciente pediátrico, dentro do PNGE do HCPA 2022-2023.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação de Tecnologias em Saúde: Ferramentas para a Gestão DO SUS [Internet]. 2009 [cited 2022 May 22]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf
2. ANVISA. Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde [Internet]. 2016 [cited 2022 May 29]; Available from: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf.
3. ANVISA. Relatório de autoavaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviços de saúde — 2019 [Brasília]; 2020 [cited 2022 May 29]. Available from: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Relat%C3%B3rio+de+Autoavali%C3%A7%C3%A3o+Nacional+das+Pr%C3%A1ticas+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+%E2%80%93+2019/faa6381c-b3c3-4210-8ddf-4e93927c64dd>
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Metodológicas // Avaliação de Desempenho de Tecnologias em Saúde [Internet]. 2017 [cited 2022 May 22]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/DIRETRIZ_AdTS_final_I_SBN.pdf.
5. Cavaleiro LV, Eid R, Talerman C, et al. Delineamento de um instrumento para medir a qualidade da assistência da Fisioterapia. Einstein. 2015;13:260-268.
6. Bataglin MP. Avaliação em serviços de saúde. Mimeo. 1998.
7. Claudinei JGC. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4.
8. Paiva WM, Paiva DM, Gomes SP. Engajamento de funcionários no trabalho como diferencial estratégico. Revista Gestão em Foco. 2019;11.
9. Rodrigues A, Alves J, Lopes A, Gomes N, Rocha M. Gestão do tempo aplicada à produtividade, qualidade de vida e desempenho: análise de publicações do banco de dados da capes e do Google Acadêmico. Revista do Congresso Internacional de Administração. 2018.
10. Silva U. Treinamento e capacitação: apresentação de monografia. Universidade Cândido Mendes. 2015.
11. Souza H. A importância de valorizar os colaboradores no ambiente organizacional. Congresso nacional de excelência em gestão. 2016.

12. Silva R, Araújo B, Moraes C, Campos S, Andrade, A, Brandão, D. Síndrome de Burnout: realidade dos fisioterapeutas intensivistas? *Fisioterapia e Pesquisa*. 2018;25(4):388-394.
13. Soares HL, Cunha CE. A síndrome do “burn-out”: sofrimento psíquico nos profissionais de saúde. *Revista do Departamento de Psicologia*. 2007; 19(2): 505–506.
14. Carmo CM. Gestão assistencial da fisioterapia hospitalar: indicadores. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2018.
15. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*. 2011;35(5):319-331.
16. Pena MM, Melleiro MM. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Rev Enferm UFSM [Internet]*. 28º de setembro de 2018 [citado 9º de junho de 2022];8(3):616-25. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25432>
17. Lima Netto A, Muniz VM, Zandonade E, Maciel EL, Bortolozzo R, Costa N, et al. Desempenho do *Pediatric Index of Mortality 2* em unidades de cuidados intensivos pediátrica. *Rev. Bras Ter Intensiva*. 2014; 26(1): 44–50.
18. Reis C, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28 (11).
19. FIOCRUZ. Simplificando a melhoria de qualidade: o que todos devem saber sobre melhoria da qualidade do cuidado de saúde. 2014

Tabela 1 — Características da amostra estudada (n=156)

Variáveis	Frequência (%)	
Sexo masculino	90 (57,7)	
Idade (meses), mediana (IIQ)	21,5 (7 - 58,7)	
Motivo da internação		
Disfunções respiratórias	96 (61,5)	
Disfunções hepáticas	21 (13,5)	
Neurológico	13 (8,3)	
Infeccioso	9 (5,8)	
Cirúrgicos (não oncológicos)	8 (5,1)	
Cirúrgicos (oncológicos)	5 (3,2)	
Digestivos	3 (1,9)	
Metabólico	1 (0,6)	
Portadores de CCC	126 (80,8)	
Taxa de internação em 12 meses	54 (34,6)	
Protocolo de mobilização precoce (PMP)	Inicial	Final
Nível 1	23 (14,7)	4 (2,6)
Nível 2	109 (69,9)	25 (16,0)
Nível 3	24 (15,4)	109 (69,9)
Nível 4	0 (0,0)	18 (11,5)
PIM2 Mediana (IIQ)	-3,993 (-4,856, -2,912)	
Probabilidade de óbito (%), mediana (IIQ)	1,81 (0,77 - 5,15)	
Anamnese	113 (72,5)	
Tempo de resposta, mediana (IIQ)	24 (12-72)	
Nível assistencial, mediana (IIQ)	200(165-225)	

Legenda: IIQ – Intervalo interquartilico (P25 e P75).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 2 — Desfechos clínicos e funcionais da amostra estudada.

Variáveis	N	Mediana (IIQ)
Atendimentos por dia, média (dp)	156	1,81(±0,70)
Sedestação	113	4 (2-8)
Saída leito	100	5(3-9)
Ortostase	16	5(3,75-7)
VNI	63	5(2-11)
VM	118	4(2-7)
Internação	156	8(4-14)

Legenda: Desvio-padrão (DP), IIQ: intervalo interquartilico (P25 e P75), atendimentos por dia, sedestação, saída do leito e ortostase (em dia D1 de ocorrência), tempo de VM, VNI e internação, em dias totais.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 3— Associações dos desfechos.

Desfechos	N	Nível assistencial		Atendimento dia	
		R	valor-p	R	valor-p
Sedestação	78	0,02	0,847	0,01	0,970
Saída do leito	74	0,02	0,883	0,02	0,822
Ortostase	12	0,00	0,988	0,29	0,153
VM	90	0,38	<0,001	0,32	<0,001
VNI	48	0,13	0,760	0,05	0,689
Internação	113	0,16	0,101	0,15	0,064
PIM2	113	0,01	0,958	0,21	0,011
Prob Óbito	113	0,00	0,976	0,20	0,010
Atendimentos/di	113	0,44	<0,001		

a

Legenda: Nível assistencial (NA) e (atendimentos/dia) Atendimentos realizados por dia (r) Coeficiente de correlação de Pearson (valor-p)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 4 — Associações de presença de anamnese e de pacientes com condições crônicas e reinternação em 12 meses.

Variáveis	N 156 (%)	Reinternação 12 meses (%)		Valor-p
		Sim (N 54)	Não (N 102)	
Anamnese	113 (72,4)	26 (48,1)	87 (85,3)	<0,001
CCC	126 (80,8)	54 (100)	72 (70,6)	<0,001

Legenda: Condição crônica complexa (CCC), probabilidade de significância (valor-p).

Fonte: Elaborado pelo autor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos no serviço de fisioterapia uma condição de estruturação amparada por ideias que seguiam, de forma ainda primária, um conceito de processo de melhoria na construção de seus instrumentos e agora busca de indicadores, para seguir desenvolvendo e aperfeiçoando seus processos, fortalecendo relações e promovendo assistência de qualidade.

O conceito de processo de melhoria é muito amplo e deve ser mais desenvolvido para melhores resultados.

Reforçamos o papel determinante dos processos nas rotinas organizacionais, promovendo boas práticas de segurança e estimulando o desenvolvimento de programas de melhoria vinculados à identificação de indicadores. Definir indicadores para monitorar a qualidade é fundamental no planejamento e tomada de decisão como parte integrante dos planos estratégicos gerenciais.

Estabelecer indicadores para mensuração de resultados, contemplando a opinião do usuário dos serviços, a realização dos processos internos, a gestão de recursos e produtividade, além do investimento na educação permanente da equipe, podem ser considerados no planejamento estratégico.

A anamnese foi uma etapa no desenvolvimento de uma nova cultura organizacional dentro do serviço de fisioterapia. Os processos são fundamentais dentro das instituições e precisam ser pensados e incorporados de forma a agregar conhecimento e otimizar relações, melhorar a coleta de dados facilitando os registros e a comunicação entre as equipes durante as rotinas assistenciais e transição de cuidado.

Com base nesse estudo, o nível assistencial como escore pode ser pensado como forma de classificar a necessidade de assistência em fisioterapia? Ele pode ser utilizado, juntamente com suas impressões diagnósticas, como um instrumento útil na transição do cuidado intra e extra-hospitalar?

Não temos resposta para isso. Estudos futuros podem contribuir, avançando no desenvolvimento e implantação de processos, otimizando a utilização de recursos na melhoria da assistência dos pacientes.

Limitações do estudo:

Diversas condições podem ser entendidas como alterações da normalidade. Em respeito à rotina assistencial, ainda estamos absorvendo o impacto de mais de dois anos de atendimentos de SARS-CoV-2. Nesse contexto, houve alterações nos fluxos e rotinas que ainda não puderam ser avaliadas em todas as suas dimensões. Além disso, há escassez de estudos sobre o tema, exigindo pesquisas mais aprofundadas e relacionadas à fisioterapia e das limitações metodológicas de um estudo transversal.

CONCLUSÕES

Este estudo buscou responder os objetivos, avaliando a incorporação do instrumento Anamnese Fisioterapêutica em Pediatria (AFP), dentro da rotina assistencial dos fisioterapeutas de UTIP, avaliando se o nível assistencial que ele propõe reflete a necessidade de cuidado fisioterapêutico do paciente através de alguns desfechos clínicos e funcionais determinados.

O nível assistencial apresentou relação com o número de atendimentos realizados e com o tempo de VM, PIM2 e probabilidade de óbito. As falas dos fisioterapeutas elucidaram nas entrevistas questões relacionadas com a realização da anamnese na prática assistencial, dialogando com carga de trabalho, estresse, engajamento, falta de treinamento e informatização com fatores que prejudicaram a adesão.

O trabalho avaliou a implantação do instrumento Anamnese Fisioterapêutica em Pediatria (AFP) como um avanço nos processos assistenciais da fisioterapia, pois sugeriu atender aos objetivos, não havendo instrumento anterior para comparação. Sua utilização para o desenvolvimento de um indicador assistencial pode ser considerada, necessitando de novos ciclos (PDSA) para ajustes, visando otimizar recursos materiais, tecnológicos e humanos, auxiliando o gestor a redimensionar a força de trabalho. Destacamos o tempo e a comunicação como pontos importantes de atenção na rotina assistencial, contribuindo com a transição do cuidado como parte integrante na linha de cuidado do paciente pediátrico (em implantação), dentro do PNGE do HCPA 2022-2023.

APÊNDICES E ANEXOS

A. Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - HCPA UFRGS	
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA EM PEDIATRIA COMO PROPOSIÇÃO DE UM PROCESSO DE MELHORIA EM SAÚDE

Pesquisador: Graciele Sbruzzi

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 47706421.3.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.978.201

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1743840.pdf, de 08/09/2021).

O presente estudo tem como objetivo avaliar a implementação do instrumento anamnese fisioterapêutica em pediatria, utilizando princípios dos programas de melhoria PDSA. Apresenta como justificativa a necessidade de sistematização de um processo de avaliação que seja adequado, seguro e aplicável, para tal, propõem-se avaliar o instrumento em uso desde 2019, analisando sua utilização e nível assistencial proposto, observando desfechos clínicos, como tempo de ventilação mecânica (VM), ventilação não invasiva (VNI), cateter nasal de alto fluxo (CNAF), tempo para sedestação/saída do leito e internação. Trata-se de uma pesquisa mista quantitativa e qualitativa, analítica através de um estudo de coorte prospectivo, a ser realizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os dados serão coletados durante o ano de 2021. Serão incluídos todos os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica que estiverem em acompanhamento fisioterapêutico nesse período e

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229	
Bairro: Santa Cecília	CEP: 90.035-903
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640	Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.978.201

fisioterapeutas atuantes nesta unidade.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

O objetivo desse estudo será avaliar a implantação da anamnese fisioterapêutica em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) como instrumento de avaliação nos aspectos de adesão e desfechos frente às recomendações sugeridas pelo nível assistencial encontrado.

OBJETIVOS PRIMÁRIOS

Avaliar a adesão ao preenchimento/realização da anamnese pelos fisioterapeutas da UTIP;

Analisar os motivos da adesão ou não adesão ao preenchimento da anamnese pelos fisioterapeutas da UTIP, analisar e comparar o nível assistencial sugerido a partir da realização da anamnese e os os atendimentos realizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa proposta envolve riscos relacionados ao uso de dados coletados através da revisão dos prontuários dos pacientes internados que iniciarem acompanhamento fisioterapêutico e de entrevista estruturada realizada com os fisioterapeutas atuantes na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital terciário de Porto Alegre, que concordarem em participar desse estudo. Como já referido nos aspectos éticos, os

pesquisadores estarão comprometidos com a privacidade e confidencialidade dos dados. Sempre preservando o anonimato, garantindo que os participantes não serão identificados, apenas suas informações clínicas para fins de pesquisa. Como já descrito, não haverá intervenções adicionais aos pacientes. Ao grupo de fisioterapeutas será necessário o agendamento da entrevista, despendendo tempo, mas proporcionando um momento de escuta sobre a realização da anamnese como processo assistencial, num contexto de gestão do trabalho.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, espera-se avaliar o instrumento anamnese fisioterapêutica em pediatria, observar aplicabilidade, condições de execução, propondo discussão sobre otimização de seu uso,

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.978.201

além de outro aspectos que possam emergir a partir dos resultados, sempre com o objetivo de agregar mais qualidade e segurança aos processos de trabalho assistências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

Tipo de estudo: o presente estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem mista qualitativa e quantitativa, através do delineamento de estudo coorte prospectivo. A amostra será selecionada por conveniência, no período suficiente para atingir o número necessário para a amostra durante o ano de 2021, através do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE 1) e com entrevista semiestruturada realizada com os fisioterapeutas que atuam na unidade (APÊNDICE 2).

Local da pesquisa: a pesquisa será realizada na UTIP do HCPA. Os dados serão obtidos através da revisão de prontuários dos pacientes internados que iniciarem acompanhamento fisioterapêutico, que permanecerem na unidade por, no mínimo, 24h e através de entrevista semiestruturada agendada com os profissionais fisioterapeutas.

Universo e Amostragem: o universo da pesquisa consistirá da análise dos dados de pacientes internados, amostrados por conveniência que iniciarem acompanhamento fisioterapêutico e os cinco (5) fisioterapeutas em atuação na unidade no período de 2021. Instrumentos: o estudo utilizará informações disponíveis nos prontuários do "AGHUSE-HCPA", através de um instrumento de coleta de dados desenvolvido (anexo 1). Para a coleta de dados qualitativos será aplicada entrevista semi estruturada para profissionais fisioterapeutas atuantes na unidade (APÊNDICE 2).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE para responsáveis e para profissionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 4.894.364 foram respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 08/09/2021. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (projeto versão adicionada em 08/09/2021, TCLE versão adicionada em 08/09/2021 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.978.201

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 188 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto está cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa (20210179) para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.
- d) Deverão ser adicionados relatórios semestrais e um relatório final do projeto no cadastro do mesmo, no Sistema AGHUse Pesquisa.
- e) Eventos adversos deverão ser comunicados de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep (Carta Circular nº 13/2020-CONEP/SECNS/MS). Os desvios de protocolo também deverão ser comunicados em relatórios consolidados, por meio de Notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1743840.pdf	08/09/2021 22:43:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAdultos07setembro.docx	08/09/2021 22:35:48	TATIANE PEDRALI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEResponsaveis07setembro.docx	08/09/2021 22:35:13	TATIANE PEDRALI	Aceito
Outros	cartacep07setembro.docx	08/09/2021 22:04:58	TATIANE PEDRALI	Aceito
Projeto Detalhado	projeto07set2021.docx	08/09/2021	TATIANE PEDRALI	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.978.201

/ Brochura Investigador	projeto07set2021.docx	22:04:00	TATIANE PEDRALI	Aceito
Outros	LGPD17julho.pdf	17/07/2021 19:08:02	TATIANE PEDRALI	Aceito
Outros	cartacep17julho.docx	17/07/2021 18:52:22	TATIANE PEDRALI	Aceito
Outros	FRassinada_HCPA_20210179.pdf	07/06/2021 10:19:35	Eva Mônica Dias Gonçalves	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/05/2021 03:59:25	TATIANE PEDRALI	Aceito
Outros	declaracaoleiprotecaodados.pdf	06/05/2021 12:11:03	TATIANE PEDRALI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE06mai2021.doc	06/05/2021 11:49:15	TATIANE PEDRALI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomestrado07abril2021.docx	06/05/2021 11:44:30	TATIANE PEDRALI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Setembro de 2021

Assinado por:
Têmis Maria Félix
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

Página 05 de 05

B. Entrevista Semiestruturada:

N da coleta:

Data:

1) Dentro dos processos assistenciais, você observa importância nos registros?
Numa escala de 0 a 10, sendo 0 dispensáveis e 10 fundamentais

2) Que importância você daria a anamnese?

3) Qual objetivo você vê na sua realização?

4) Acredita que ela cumpre esse objetivo? Por quê? Como?

5) Como você entende a realização da anamnese durante sua rotina de trabalho? Cite facilidades e dificuldades.

6) Você participou da elaboração do instrumento atual? Se sim, como? Se não, gostaria de ter participado? Acha importante a participação da equipe?

7) Você percebe pontos positivos e negativos? Quais?

8) Percebe que o instrumento poderia ser otimizado?

9) Teria sugestões, para o instrumento, para a sua aplicação e / ou para o seu uso? Acha interessante avaliar e propor melhorias?

10) Você teria comentários a fazer?

C. Detalhes Metodológicos Adicionais

Para um entendimento adicional desse estudo, foi descrita uma contextualização histórica do processo de desenvolvimento, com as etapas que antecederam esse estudo, além de uma conceituação de alguns desfechos coletados, específicas da área do intensivismo e da pediatria.

1) Processo de desenvolvimento: Em 2013, o serviço de fisioterapia do HCPA foi criado e enfrentou dificuldades iniciais de estruturação. No mesmo período, discussões institucionais buscavam desenvolver processos que respondessem a questões primordiais de segurança em conformidade ao momento de preparação para acreditação internacional da *Join Commission International* (JCI). Foi organizado um grupo de representantes do serviço de fisioterapia e do Programa de Qualidade e Informações em Saúde (QUALIS) do HCPA para iniciar as discussões que levaram ao desenvolvimento de um instrumento de avaliação sistematizado para realização e registro de anamnese em prontuário eletrônico no sistema AGHUse, por meio de uma planilha compartilhada via Google Docs.

A versão final desse instrumento foi resultado de um processo de discussão, pesquisa e participação dos fisioterapeutas, iniciado ainda em 2013.

Em 2015 foi desenvolvido um grupo de trabalho (GT), chamado GT Anamnese/Indicadores, composto por representantes das três áreas assistenciais do serviço:

1. Saúde da Criança, composta por Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINEO), UTIP, e internação pediátrica;
2. Adulto Crítico, composta pelos Centros de Terapia Intensiva (CTIs) Adulto e emergências;
- 3- Internação adulto.

Os trabalhos iniciaram a partir da avaliação das demandas de cada unidade na composição do instrumento que, inicialmente, se pensava em ser único, mas o processo resultou na criação de uma versão pediátrica e outra adulta.

Respeitando as particularidades de cada paciente, os instrumentos seguiram a mesma lógica de desenvolvimento. Além disso, uma extensa revisão de escalas e testes foi estudada e selecionada para o objetivo proposto. A anamnese é composta pela história clínica e exame físico do paciente.

Com a realização da coleta da história clínica e exame físico, o profissional tem informações para definir até cinco impressões diagnósticas. Cada impressão diagnóstica está vinculada a uma pontuação, de acordo com a gravidade clínica. A soma dessas pontuações leva ao Nível Assistencial (NA), que irá propor o número de atendimentos de fisioterapia por dia sugerido ao paciente.

As etapas do processo de trabalho do GT anamnese seguiu uma ideia, ainda primária, de modelo de melhoria.

O planejamento do GT seguiu estas etapas:

1. Encontros entre os pares de cada área para desenvolver o instrumento;
2. Definição da versão piloto;
3. Realização do teste piloto;
4. Redefinição de instrumentos e sugestões com base no teste piloto realizado;
5. Novo teste piloto e definição do instrumento;
6. Realização de auditorias nos prontuários;
7. Definição de meta do serviço para o indicador (anamneses realizadas);
8. Planejamento de como atingir a meta e capacitação das equipes;
9. Realização de nova auditoria e definição de metas;

10. Plano de qualificação da anamnese e nível terapêutico;

Esse GT seguiu o planejamento até a etapa nove. Em 2018, foi refeita a auditoria, e o instrumento foi incorporado em 2019.

Este estudo realizou a etapa dez do planejamento, analisando, em pequena escala informações sobre a incorporação do instrumento, adesão ao preenchimento, relação do nível assistencial e com desfechos, observando a presença de condição crônica complexa (CCC), o nível do protocolo de mobilização precoce inicial (PMPi), o escore *Pediatric Index of Mortality* (PIM2) e a probabilidade de óbito (%).

2) Conceitualização os dados: Alguns dados coletados para análise são específicos da área realização do estudo, como pediatria e intensivismo, e foram detalhados a seguir:

2.1) Condição Crônica Complexa (CCC): Para definir a presença de CCC em crianças, utilizamos o conceito Feudtner et al. (2014), que apresentou a versão 2 para a classificação de Condição Crônica Complexa (CCC) utilizada no estudo.

2.2) Protocolo de Mobilização Precoce (PMP): Foi desenvolvido pelo grupo de fisioterapeutas da UTIP com base no estudo de Choong *et al.* (2018) sobre a recomendação de mobilização precoce nesta população, respeitando as condições clínicas e a ausência de contra indicações absolutas para o protocolo, como: evidência de tamponamento cardíaco sem tratamento, arritmia não controlada, isquemia cardíaca, crise de hipertensão arterial sistêmica ou pulmonar, falência respiratória aguda, evidência ou suspeita de edema cerebral agudo, hipertensão intracraniana, morte encefálica, crise convulsiva não controlada ou estado epilético refratário, sangramentos ativos, fratura espinhal ou pélvica ou outra emergência cirúrgica. Seus níveis já foram descritos no estudo.

D. Normas para publicação na revista (consulta em 26/04/2022)

Revista Fisioterapia e Pesquisa
 Forma e preparação dos manuscritos

1 – Apresentação:

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter no máximo 25 mil caracteres com espaços.

2 – A página de rosto deve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres);
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo, no número máximo de 6 (casos excepcionais onde será considerado o tipo e a complexidade do estudo, poderão ser analisados pelo Editor, quando solicitado pelo autor principal, onde deverá constar a contribuição detalhada de cada autor);
- d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica, universidade, etc.), cidade, estado e país;
- e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d)”; no caso de não-inserção institucional atual, indicar área de formação e eventual título;
- f) endereço postal e eletrônico do autor correspondente;
- g) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo se for o caso;
- f) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- h) no caso de estudos com seres humanos ou animais, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC (<http://www.ensaiosclnicos.gov.br>) ou no *Clinical Trials* (<http://clinicaltrials.gov>).

OBS: A partir de 01/01/2014 a FISIOTERAPIA & PESQUISA adotará a política sugerida pela Sociedade Internacional de Editores de Revistas em Fisioterapia e

exigirá na submissão do manuscrito o registro retrospectivo, ou seja, ensaios clínicos que iniciaram recrutamento a partir dessa data deverão registrar o estudo ANTES do recrutamento do primeiro paciente. Para os estudos que iniciaram recrutamento até 31/12/2013, a revista aceitará o seu registro ainda que de forma prospectiva.

3 – Resumo, *abstract*, descritores e *keywords*:

A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O resumo e o *abstract* devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e *keywords* (sugere-se a consulta aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>)).

4 – Estrutura do texto:

Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal:

- a) Introdução – justificar a relevância do estudo frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado e estabelecer o objetivo do artigo;
- b) Metodologia – descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística;
- c) Resultados – sucinta exposição factual da observação, em seqüência lógica, em geral com apoio em tabelas e gráficos. Deve-se ter o cuidado para não repetir no texto todos os dados das tabelas e/ou gráficos;
- d) Discussão – comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores. Quando houver, apresentar as limitações do estudo;
- e) Conclusão – sumarizar as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados.

5 -- Tabelas, quadro, figural e diagramas:

Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas são considerados elementos gráficos. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo cinco desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nas legendas, as quais devem permitir o entendimento do elemento gráfico, sem a necessidade de consultar o texto. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida compreensão das variáveis complexas, e não para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso na legenda.

Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações devem ser inseridas na legenda, a seguir ao título.

6 – Referências bibliográficas:

As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org/index.html>).

7 – Agradecimentos:

Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.

O texto do manuscrito deverá ser encaminhado em dois arquivos, sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas.

E. Outros documentos relevantes

1) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RESPONSÁVEIS LEGAIS

projeto GPPG ou CAAE__47706424.3.000053_

Título do Projeto: ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA EM PEDIATRIA: UMA TECNOLOGIA EM SAÚDE

O paciente pela qual você é responsável está sendo convidado a participar de uma pesquisa que está sendo realizada pelo Serviço de Fisioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O objetivo dessa pesquisa é analisar a realização e utilização de uma avaliação que o fisioterapeuta faz para avaliar o paciente e planejar o acompanhamento e tratamento de fisioterapia durante a internação na UTIP, acompanhando tratamento proposto nos atendimentos e como o paciente responde.

Se você aceitar a participação na pesquisa, gostaríamos de sua autorização para acessar o prontuário do paciente e consultar as seguintes informações: sexo, idade, diagnóstico, motivo da internação, presença de condição crônica complexa (CCC), escore prognóstico de mortalidade PIM 2 utilizado na UTIP, para caracterização do perfil dos pacientes acompanhados, uso de ventilação mecânica, ventilação não-invasiva ou cateter nasal de alto fluxo e dados referentes aos atendimentos fisioterapêuticos, como: número de atendimento/dia, nível do protocolo de mobilização precoce, condição funcional (sedestação e/ou ortostase), tempo de acompanhamento fisioterapêutico e tempo de internação (UTIP).

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são relacionados à utilização dos dados colhidos dos prontuários e ao tempo despendido e algum desconforto causado pela aplicação dos termos de aceitação.

Compreendemos a condições de extremo estresse que a permanência do paciente nessa unidade de cuidados intensivos gera, mas gostaríamos de explicar que ao participar dessa pesquisa, não serão adicionados riscos físicos ou psicológico ao paciente, sendo assim não propomos que seja realizada nenhuma intervenção além das que já acontecem como parte do tratamento e acompanhamento proposto.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são avaliar como vem sendo o uso, se cumpre com os objetivos assistenciais, se é possível otimizar seu uso com melhorias e expandir sua aplicabilidade, contribuindo ao conhecimento sobre os processos desenvolvidos, melhorando os fluxos de trabalho, segurança e informação.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar, ou ainda, desistir da participação e retirar sua autorização, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento do paciente.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano resultante da participação na pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome ou da pessoa pela qual você é responsável não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Estefania Inez Wittke, com os pesquisadores Tatiane Pedralli ou Graciele Sbruzzi pelo telefone (51) 3359-7335, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 3359-7640, email cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou termo

Assinatura

Local e Data: _____

2) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ADULTOS

Nº do projeto GPPG ou CAAE 47706424.3.000053

Título do Projeto: ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA EM PEDIATRIA: UMA TECNOLOGIA EM SAÚDE

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre como vem sendo a realização/utilização da avaliação anamnese fisioterapêutica em pediatria fisioterapia. Esta pesquisa está sendo realizada pelo serviço de fisioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Sua participação na pesquisa envolverá a realização de uma entrevista semiestruturada de aproximadamente trinta (30) minutos, pré-agendada e realizada em local reservado para preservar absoluto sigilo e privacidade, essa será gravada, transcrita e codificada para melhor análise do conteúdo, tendo em vista o contexto de pandemia, a entrevista poderá ser realizada no ambiente on-line via “Zoom ou Meet”, se assim o participante preferir e igualmente gravada e transcrita.

Você, enquanto participante dessa pesquisa, não será submetido a nenhum risco físico, mas é possível o surgimento e reativação de memórias, pensamentos e/ou sentimentos desagradáveis como angústia, ansiedade e tristeza, podem emergir. Caso sinta algum desconforto, pedimos que verbalize ou transporeça para que o pesquisador retome o sentido voluntário da participação, informando a possibilidade de interrupção. Outros riscos decorrentes da participação na pesquisa envolvem a utilização dos dados colhidos, que serão utilizados, exclusivamente para fins de avaliação do uso e aplicação do instrumento anamnese, mantendo total anonimato ao participante.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são avaliar como vem sendo o uso, se cumpre com os objetivos assistenciais, se é possível otimizar seu uso com melhorias e expandir sua aplicabilidade, contribuindo ao

conhecimento sobre os processos desenvolvidos, melhorando os fluxos de trabalho, segurança e informação.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo institucional,

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Dra. Estefânia Inez Wittke, com os pesquisadores Tatiane Pedralli ou Graciele Sbruzzi pelo telefone (51) 3359-7335 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, e-mail cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____