



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

## **Protocolo de Atenção à Saúde**

# **Conduta Fisioterapêutica na Atenção Domiciliar do Distrito Federal**

**Área(s): Equipe de Fisioterapeutas da Atenção Domiciliar, Gerência de Saúde Funcional (GESF) e Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD)**

Portaria SES-DF Nº 418 de 04.05.2018 , publicada no DODF Nº 94 de 17.05.2018 .

## **1- Metodologia de Busca da Literatura**

### **1.1 Bases de dados consultadas**

Pesquisa realizada na base de dados Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline/Pubmed.

### **1.2 Palavra(s) chaves(s)**

Foram utilizadas as seguintes palavras chaves: fisioterapia, atenção básica, internação domiciliar.

### **1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes**

A pesquisa foi delimitada para referências relacionadas até 2009, com exceção das Portarias do Ministério da Saúde que são mais recentes. Foram utilizados 27 artigos nessa pesquisa.

O intervalo para realização deste trabalho foi de novembro de 2012 a fevereiro de 2017.

## **2- Introdução**

A atenção domiciliar é um conjunto de ações que busca a prevenção de um agravo à saúde, a sua manutenção e a recuperação do paciente já acometido por uma doença ou sequela.<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

É uma atividade contínua, com supervisão e ação da equipe de saúde específica e personalizada. É destinada a pacientes portadores de doenças crônicas, com complexidade moderada que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar. Tem por finalidade promover inclusão, melhorar a qualidade de vida, preservar ou recuperar a saúde do paciente. Para atingir esses objetivos a equipe oferece recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, levando em conta os potenciais e limitações do paciente e da família, adequando-os a condição de saúde do paciente. <sup>1,4,5,8,9</sup>

Compreende ações educativas e/ou assistenciais, desenvolvidas pela equipe no domicílio do paciente, direcionadas a ele próprio e/ou a seus familiares. <sup>1,3,7,9,10,11</sup>

A atenção domiciliar permite: <sup>6,8,11,12,13</sup>

- Individualizar o serviço e assim diminuir as iatrogenias;
- Desenvolver ações cuidativas na privacidade e segurança do domicílio do paciente;
- Permitir ao paciente/família um maior controle sobre o processo de tomada de decisões;
- Desenvolver parceria entre a equipe de saúde e o paciente/família no alcance das metas estabelecidas;
- Garantir cuidados e insumos mínimos com economia da hotelaria, redução de internações e reinternações, disponibilização de leitos hospitalares e, conseqüentemente, diminuição de custos de assistência.

Este modelo de atenção à saúde tem sido amplamente difundido no mundo e tem como pontos fundamentais o paciente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional. <sup>1,4,7,14,15</sup>

A Atenção Domiciliar foi instituída pela Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, foi substituída pela Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, sofreu alterações e acréscimos pela Portaria nº 1.533 de julho de 2012 e pela Portaria nº 963 de maio de 2013 do Ministério da Saúde e foi redefinida pela Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016<sup>34</sup>.

A Portaria nº 825 de abril de 2016 diz no Art. 3º O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) tem como objetivos: redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários internados; humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS). <sup>4,6,8,13,14</sup>

Essa Portaria ainda divide a Atenção Domiciliar em três as modalidades:

- Modalidade AD1: usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. Sendo seu atendimento de responsabilidade das equipes de atenção básica.

- Modalidade AD2: usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente: I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.
- Modalidade AD3: usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento (s) ou agregação de procedimento (s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do SAD. Ao usuário em AD acometido de intercorrências agudas será garantido atendimento, transporte e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, previamente definidas como referência para o usuário.

A Atenção Domiciliar deve seguir às seguintes diretrizes:

- Ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;
- Estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;
- Ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;
- Estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;
- Adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares;
- Estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

As equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:<sup>6,12,16,17</sup>

- Trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;
- Identificar e treinar os familiares e/ou cuidador respeitando os seus limites e potencialidades;
- Abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;
- Acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador;

- Elaborar reuniões para cuidadores e familiares;
- Utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;
- Promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador;
- Participar da educação permanente promovida pelos gestores;
- Assegurar, em caso de óbito, que o médico emita o atestado de óbito;
- Apoiar a alta programada de usuários internados em hospitais.

### 3- Justificativa

A fisioterapia é uma ciência da Saúde que estuda, previne e reabilita os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas.<sup>18</sup> Atualmente, o fisioterapeuta vem ampliando sua área de atuação, adquirindo crescente importância nos serviços de atenção básica à saúde.<sup>14,17,18,19,20</sup>

O atendimento fisioterapêutico domiciliar tem como objetivo: adequar o ambiente do paciente; prevenir agravos à saúde; fornecer cuidados paliativos e atender o paciente incapaz de locomover-se até a unidade de saúde.<sup>21,38</sup>

O atendimento é constituído de sessões de fisioterapia nas quais são realizados exercícios/manobras no paciente, orientações e capacitação do cuidador para a manutenção ou reabilitação do paciente. Assim, a proposta da fisioterapia na atenção domiciliar vai além da atenção direta ao paciente, visa também educar, treinar, capacitar o cuidador/família com objetivo de melhorar a qualidade de vida no domicílio.<sup>3,7,10,11,15,21,22,23,38</sup>

Os cuidados domiciliares repassados à família incluem: orientações de saúde em geral; treinamento quanto ao uso das órteses/próteses; orientação sobre a importância da continuidade do tratamento e sua realização diária, entre outros.<sup>3,19,24</sup>

O fisioterapeuta observa também a condição socioeconômica da família, elaborando dessa forma uma assistência específica e individualizada.<sup>18</sup>

O presente Protocolo visa contribuir para uma assistência integral e equânime, unificando e padronizando o atendimento dos fisioterapeutas das Equipes de Atenção Domiciliar (EAD) que tem como objetivos principais:<sup>9,14,15,18,25,26,38</sup>

- Diminuir ou prevenir riscos à saúde/complicações decorrente das patologias como diabetes e hipertensão arterial, dentre outras;
- Esclarecer o paciente e a família, quanto às limitações da deficiência e o compromisso do tratamento, fazendo uso de recursos fisioterapêuticos adequados a este;
- Proporcionar maior independência e autonomia possível ao paciente;
- Prevenir os acidentes no domicílio;
- Favorecer o retorno das atividades de vida diária (AVD's).

#### **4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

As doenças comumente atendidas, de acordo com o CID-10, pela fisioterapia na atenção domiciliar no DF são:

- códigos CID C00.0 a D48.9, em estágio de cuidados paliativos;
- códigos CID G, doenças do sistema nervoso;
- código CID I, doenças do sistema circulatório;
- código CID J, doenças aparelho respiratório;
- código CID L89, com úlceras de decúbito;
- código CID M, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

#### **5- Diagnóstico Clínico ou Situacional**

Será feito por uma avaliação fisioterapêutica com o objetivo de identificar o quadro clínico, dificuldades e incapacidades dos pacientes para desenvolver um tratamento apropriado (anexo 1).

#### **6- Critérios de Inclusão**

Determinados de acordo com o Projeto de Implantação da Internação domiciliar no Distrito Federal (anexo 2).

Segundo a Portaria nº 825 de abril de 2016<sup>16</sup>, apenas a modalidade AD2 e AD3 é de responsabilidade da SAD.

#### **7- Critérios de Exclusão**

Determinados de acordo com o Projeto de Implantação da Internação domiciliar no Distrito Federal (anexo 3).

Segundo a Portaria nº 825 de abril de 2016, “Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações: necessidade de monitorização contínua; necessidade de assistência contínua de enfermagem; necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.”

Os pacientes que estiverem dentro dos critérios de exclusão do programa, automaticamente receberão alta da fisioterapia. E o paciente que apresentar melhora funcional, por ser integrante do programa, continuará sendo assistido pela fisioterapia até este obter alta do programa.

## 8- Conduta

São atribuições do profissional da fisioterapia:

- Participar do processo de admissão do paciente.
- Elaborar, supervisionar e executar programa terapêutico após completa avaliação dos parâmetros funcionais (motor, cardiorrespiratório e neurológico), com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente, promovendo a independência funcional máxima e prevenindo complicações.
- Prescrever órteses e equipamentos do interesse terapêutico quando forem necessários.
- Capacitar o cuidador para auxiliá-lo e como atuar na sua ausência para continuidade do tratamento.
- Agendar pacientes conforme plano terapêutico.
- Realizar avaliações periódicas no decorrer do tratamento, reformulando condutas e procedimentos.
- Fazer educação em saúde no domicílio, conscientizando a família/cuidador e o próprio paciente, quanto à importância da participação no sucesso do tratamento.
- Orientar e identificar barreiras arquitetônicas no domicílio para promover independência funcional mais adequada.

Segue definição das principais condutas do fisioterapeuta da EAD. Foram divididas entre “exclusiva”, “compartilhada” ou “não é atribuição” do fisioterapeuta.

ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	ATRIBUIÇÃO
Ambiência	Avaliação pré admissional com objetivo de identificar barreiras arquitetônicas e a adaptação correta para receber o paciente em sua residência	Compartilhada
Avaliação Fisioterapêutica Inicial	Será feita na primeira visita domiciliar utilizando uma ficha específica (anexo 1) e escala a definir	Exclusiva
Orientações da Fisioterapia ao Cuidador	Por meio de um manual de exercícios passivos (anexo 4), ativos (anexo 5) e/ou técnicas e recursos respiratórios (anexo 6) que será adequado para cada caso, levando em conta o paciente e o cuidador	Exclusiva
Orientações Gerais	Orientações quanto aos cuidados gerais com o paciente. Essas orientações podem ser feitas por qualquer membro da equipe.	Compartilhada

	Ex: posicionamento, mudança de decúbito, uso do traçado, entre outros.	
Cinesioterapia	Será feita nas visitas pelo fisioterapeuta, sendo que a mobilização deve ser contínua a fim de evitar o declínio funcional. <sup>27</sup>	Exclusiva
Posicionamento Funcional no Leito, Sedestação e Deambulação	Cabe ao Fisioterapeuta e a Equipe Multiprofissional orientar a família/cuidador quanto a importância do posicionamento adequado no leito e mobilização precoce, objetivando a prevenção de deformidades e perdas funcionais devido ao longo tempo de imobilismo. <sup>27</sup>	Compartilhada
Adaptação Domiciliar	Com objetivo de proporcionar a ergonomia domiciliar.	Compartilhada
Técnicas/Recursos Respiratórios	Com objetivo de reexpansão pulmonar e/ou higiene brônquica adequando-os a cada caso.	Exclusiva
Aspiração de Vias Aéreas	A aspiração traqueal e/ou de vias aéreas superiores, não é atribuição isolada do fisioterapeuta, exceto quando se tratar de parte do atendimento fisioterapêutico. <sup>27,28</sup>	Compartilhada
Oxigenoterapia	O fisioterapeuta poderá gerenciar a oxigenoterapia juntamente com a equipe multidisciplinar. <sup>27</sup>	Compartilhada
Nebulização	O fisioterapeuta pode orientar quanto ao procedimento, porém não deve administrar ou ser responsável pela tarefa, nem tão pouco prescrever o medicamento.	Compartilhada
Monitorização respiratória e funcional	Deve ser realizada em todas as visitas domiciliares.	Exclusiva
Visita de Luto ou pós óbito	É realizada aos cuidadores pós óbito do paciente com objetivo de confortar os	Compartilhada

	familiares, juntamente com a equipe multidisciplinar.	
--	---	--

Não são atribuições do fisioterapeuta: troca de fixação da cânula de TQT e troca de cânula de TQT ou decanulação<sup>29</sup>, sendo que nesse último o fisioterapeuta poderá apenas auxiliar a equipe médica, garantindo a ventilação e oxigenação do paciente. O fisioterapeuta deve ser responsável pela avaliação da permeabilidade de vias aéreas, condição muscular respiratória e efetividade da tosse. Participar da decisão de retirada junto à equipe multidisciplinar, entretanto não pode realizar o procedimento.

Os itens acima têm respaldo em leis, portarias e/ou recomendações. Porém, há atribuições que não constam em referências específicas; para tais, houve discussão e consenso entre este colegiado. Todos os itens foram aprovados pela Gerência de Saúde Funcional (GESF) e Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD).

## **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

### **I- ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS (TÉCNICA ESTÉRIL) <sup>27</sup>**

#### **1-FINALIDADE:**

Manter as vias aéreas desobstruídas e melhorar a troca gasosa.

#### **2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:**

**Indicação:** Presença de sons adventícios à ausculta a partir de broncoaspiração gástrica ou de via aérea superior; ausculta pulmonar que caracterize a presença de secreções; queda nos níveis da saturação via oximetria de pulso (SpO2); quadro febril associado a taquidispnéia caracterizando infecção respiratória e/ou sinais de insuficiência respiratória.

**Cuidados:** Deve ser utilizada com cuidado em casos de sangramento nasofaríngeo, naqueles medicados com terapia anticoagulante, e nos clientes portadores de discrasias sanguíneas, porque aumentam o risco de sangramento.

#### **3-RESPONSABILIDADE:**

Todos os profissionais capacitados.

#### **4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:**

Hipoxemia; arritmias cardíacas; parada cardíaca; traumatismo da mucosa traqueal; hipertensão arterial; infecções; ansiedade.

#### **5-MATERIAIS:**

Pacote de Curativo, aspirador, frasco de aspiração, máscara, óculos, gorro, Capote não Estéril, sonda de aspiração, gaze, luvas estéril e de procedimento, SF 0,9%,



**6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:**

<b>Ação da equipe</b>	<b>Justificativa</b>
<b><i>ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS INFERIORES</i></b>	
01- Reunir o material necessário;	01- Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo;
02- Conferir o nome completo do paciente e explicar o procedimento;	02- Evitar erros; diminuir a ansiedade e propiciar a cooperação;
03- Higienizar as mãos;	03- Reduzir a transmissão de microrganismos;
04- Colocar o cliente em semi-Fowler ou Fowler, se for tolerável e interromper a dieta;	04- Promover conforto, oxigenação, reduzir o esforço para a ventilação e prevenir vômitos e a aspiração;
05- Interromper a dieta e administração de medicação preferencialmente com antecedência de 30 minutos;	05- Evitar a ocorrência de vômitos e aspiração pulmonar;
06- Abrir a embalagem da sonda (somente a parte que conecta na extensão do tubo coletor), utilizar o restante da embalagem para protegê-la e mantê-la estéril, adaptar à extensão do aspirador;	06- Evitar contaminação do material;
07- Colocar o gorro, avental, máscara, óculos e luvas estéreis;	07- Prevenir a exposição aos riscos biológicos;
08- Ligar o aspirador com a mão considerada não estéril (não dominante), mantendo a pressão conforme recomendação;	08- Para iniciar o procedimento;
09- Com a mão não dominante segurar a parte da sonda não estéril e com a mão dominante, retirar a sonda de forma a mantê-la estéril;	09- Evitar risco de exposição ocupacional, evitar a contaminação do circuito e, consequentemente, da via aérea;
10- Lubrificar a sonda com água destilada ou soro fisiológico 0,9% (estéril) e manter o frasco com a solução próximo ao leito para a limpeza das extensões após o término do procedimento;	10- A lubrificação do cateter ajuda a movimentar as secreções no interior do mesmo;
11- Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda na TQT mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até	11- Para evitar contaminações, facilitar a introdução da sonda e

<p>encontrar resistência e, então, retirar a sonda 1 a 2 cm antes de aplicar sucção;</p> <p>12- Desclampar a extensão e aspirar retirando a sonda com movimentos circulares. Esta etapa não deve exceder a 10 segundos;</p> <p>13- Deixar o paciente descansar por 30 segundos e se necessário, repetir o procedimento, mas não realizar mais do que três ou quatro aspirações por sessão;</p> <p>14- Ao término da aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada ou SF 0,9 % e realizar aspiração nasal e oral. Após todas as aspirações, lave a extensão do aspirador com solução estéril e despreze a sonda enrolando-a na mão e puxando a luva sobre ela;</p> <p>15- Deixar o paciente confortável;</p> <p>16- Auscultar os pulmões do paciente e reavaliar suas condições clínicas;</p> <p>17- Recolher o material utilizado e desprezar os resíduos em local adequado;</p> <p>18- Higienizar as mãos e retirar os EPIs;</p> <p>19- Realizar as anotações no prontuário, anotando o aspecto, volume e coloração da secreção aspirada.</p> <p><b>ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES:</b> (Repetir os itens de 01 a 04)</p> <p>05- Colocar gorro, avental, máscara, óculos e luvas de procedimento;</p>	<p>prevenir lesões da mucosa traqueal. É recomendado não ultrapassar a carina para prevenir lesão de mucosa brônquica e atelectasias;</p> <p>12- Favorecer adequada remoção das secreções, prevenir hipóxia;</p> <p>13- Permitir que o paciente ventile e descanse entre as aspirações, para corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto;</p> <p>14- Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>15- Demonstrar preocupação com seu bem estar;</p> <p>16- Verificar a eficácia do procedimento e avaliar suas repercussões;</p> <p>17- Manter o ambiente em ordem;</p> <p>18- Proporcionar barreira física entre o profissional e fluidos corporais do paciente;</p> <p>19- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.</p>
--	--

06- Adaptar o aspirador (portátil) ao frasco coletor, ligar a aspiração, e regular a pressão conforme recomendações. Ocluir a ponta do tubo de conexão para verificar a pressão de aspiração;

07- Abrir o invólucro da sonda e adapte-a à extensão do aspirador e regule a pressão do aspirador/vacuômetro;

08- Lubrificar a sonda com água destilada ou soro fisiológico 0,9%, introduzir a sonda em uma das narinas (+- 13 a 15 cm) clampeada (sem aplicar sucção) e aspirar retirando a sonda, em movimento circular, por no máximo 15 s;

09- Retirar lentamente a sonda e deixar o paciente descansar por 20 a 30 s;

10- Aspirar a cavidade oral. Se necessário, trocar a sonda, inserir o cateter na boca do paciente e fazer avançar de 7,5 a 10cm pelo lado da boca do cliente até alcançar o acúmulo de secreções ou até que comece a tossir;

11- Proporcionar 2-3 minutos de descanso, enquanto o paciente continua a respirar oxigênio, quando necessário.

12- Lavar a sonda e intermediário no frasco de solução salina sempre que necessário;

13- Após a sessão, lavar a extensão do aspirador com solução estéril e despreze a sonda enrolando-a na mão e puxando a luva sobre ela;

14- Desligar o aspirador portátil e desprezar a sonda no saco de lixo;

15- Repetir os itens de 14, 15, 16 e 18.

## 7-RECOMENDAÇÕES:

- O calibre da sonda de aspiração não deve ser superior a metade do diâmetro da traqueostomia.
- Utilizar o oxímetro de pulso durante o procedimento para monitorar o paciente.
- O uso de instilação com soro fisiológico para fluidificar secreções deve ser limitado a casos de rolhas e obstrução que não se reverta somente com aspiração. Neste caso, instila-se 1 ml de SF 0,9% e aspira-se imediatamente. Este procedimento ajuda a fluidificar a secreção, no entanto pode causar hipoxemia, além de infecções.
- Deve-se interromper a dieta e administração de medicamentos durante o procedimento, devido a possibilidade de ocorrer vômitos e aspiração pulmonar (OLIVEIRA; ARMOND; TEDESCO, 2001, DREYER et al., 2003).

## II - ASPIRAÇÃO DE VIAS ÁERAS (TÉCNICA LIMPA)<sup>30,31,32,33</sup>

AÇÕES	JUSTIFICATIVA
1. Organizar o leito e explicar o procedimento para o pacientes;	1. Fazer com que o paciente seja mais cooperativo e tolerante para um procedimento que, no início, é bastante desagradável;
2. Interromper a dieta e administração de medicamentos antes de realizar o procedimento;	2. Evitar a ocorrência de vômitos e aspiração pulmonar;
3. Higienizar as mãos;	3. Reduzir transmissão de microrganismos;
4. Posicionar o paciente em posição "Fowler" alta, a menos que haja contraindicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;	4. Facilitar a inserção da sonda;
5. Colocar máscara, óculos e calçar luvas de procedimento respectivamente;	5. Proporcionar barreira física entre o cuidador e os fluidos corporais do paciente;
6. Abrir a embalagem da sonda (somente a parte que conecta na extensão do tubo coletor), utilizar o restante da embalagem para protegê-la e mantê-la estéril, adaptar à extensão do aspirador;	6. Evitar contaminação do material;
7. Ligar o aspirador com a mão não dominante;	7. Evitar contaminação do material;
8. Com a mão dominante, introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência e, então, retirar a sonda 1 a 2 cm antes de aplicar sucção;	8. Para evitar contaminações, facilitar a introdução da sonda e prevenir lesões da mucosa traqueal. <b>É recomendado não ultrapassar a carina para prevenir lesão de mucosa brônquica e atelectasias;</b>
9. Desclampar a extensão e aspirar retirando a sonda com movimentos circulares. Esta etapa não deve exceder a 10 segundos;	9. Favorecer adequada remoção das secreções, prevenir <b>hipóxia;</b>
10. Se necessário após aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada ou SF 0,9 % e realizar aspiração nasal e oral. Após todas as aspirações, lave a extensão do aspirador com solução estéril e despreze a sonda enrolando a na mão e puxando a luva sobre ela;	10. Manter o material limpo para evitar a proliferação de microorganismos.

11. Reunir todo material e deixar o paciente confortável e desprezar o material em local apropriado;	11. Manter o ambiente em ordem e demonstrar preocupação com o seu bem estar;
12. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos e remover os óculos e a máscara respectivamente;	12. Reduzir transmissão de microrganismos;
<b>24. Realizar anotações</b>	

### III - ADMISSÃO E AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE <sup>27</sup>

#### 1-FINALIDADE:

Uniformizar o processo de admissão e avaliação inicial dos pacientes.

#### 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

**Indicação:** Todos os pacientes admitidos pela EAD devem ser admitidos e avaliados pela fisioterapia para definição do plano terapêutico.

**Contra-indicação:** não se aplica.

#### 3-RESPONSABILIDADE:

Fisioterapeuta

#### 4-RISCOS/PONTOS CRITICOS:

Utilizar a ficha padrão de avaliação, realizar o preenchimento completo.

#### 5-MATERIAIS:

Ficha de padrão de avaliação (anexo 1).

#### 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Fisioterapia	Justificativa
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Reunir o material necessário</li> <li>2- Preenchimento dos dados gerais, incluindo cabeçalho e identificação;</li> <li>3- Higienização das mãos</li> <li>4- Coletar dados e informações do quadro clínico atual e história pregressa do paciente;</li> <li>5- Anotar os parâmetros relacionados à ventilação;</li> <li>6- Realizar os testes para avaliar capacidade motora;</li> <li>7- Verificar o posicionamento da TQT;</li> <li>8- Adequar o posicionamento do paciente;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo, evitar erros;</li> <li>2. Evitar a inserção de informação incorreta do paciente;</li> <li>3. Reduzir os riscos de infecção cruzada;</li> <li>4. Conhecer a clínica, motivo de internação, história pregressa.</li> <li>5. Permitir a comparação em momentos distintos;</li> <li>6. Identificar/monitorar o nível de comprometimento motor;</li> <li>7. Garantir um bom posicionamento da prótese respiratória artificial;</li> <li>8. Favorecer a avaliação global.</li> </ol>

#### 7-RECOMENDAÇÕES:

- Para todo paciente admitido deve ser realizado avaliação inicial, evolução em prontuário e/ou no trak care.

#### IV- Atendimento de Fisioterapia Motora e Respiratória <sup>27</sup>

##### 1-FINALIDADE:

Estabelecer e uniformizar o atendimento fisioterapêutico, traçando uma abordagem sistemática para realizar adequada avaliação do paciente, identificando os comprometimentos cardiorrespiratórios, osteomioarticulares e conseqüente tomada de decisão quanto à melhor conduta a ser promovida

##### 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

**Indicação:** Atendimento aos pacientes admitidos pela EAD.

**Contraindicação:** Anormalidades mecânicas e funcionais relevantes

##### 3-RESPONSABILIDADE:

Fisioterapeuta

##### 4-RISCOS/PONTOS CRITICOS:

Avaliação das limitações funcionais e incapacidades, tomando a melhor decisão quanto a conduta Fisioterapêutica

##### 5-MATERIAIS RECOMENDADOS:

- Ficha de monitorização
- Luvas de procedimento
- Kit de aspiração traqueal;
- AMBU;
- Incentivador respiratório;
- Halter;
- Faixa elástica;
- TENS;

##### 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Fisioterapia	Justificativa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunir o material necessário</li> <li>• Higienização das mãos</li> <li>• Estabilidade hemodinâmica</li> <li>• Tempo de exercício terapêutico</li> <li>• Prevenção das disfunções, melhora, restauração e manutenção de força muscular e do sistema cardiorrespiratório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo, evitar erros; diminuir a ansiedade, propiciando a cooperação</li> <li>• Diminuir os riscos de infecção</li> <li>• Avaliação abrangente do paciente</li> <li>• Atingir os resultados funcionais previstos</li> </ul>

- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar a mobilidade, flexibilidade, estabilidade, relaxamento, coordenação, equilíbrio e habilidades funcionais e cardiorrespiratórias</li> </ul> |
|--|--|

## 7-RECOMENDAÇÕES:

A fisioterapia na Atenção Domiciliar aborda:

- Técnicas de Reexpansão Pulmonar;
- Técnicas de Higiene Brônquica;
- Estimulação motora de acordo com a clínica do paciente
- Posicionamento no leito após o atendimento

### 8.1 Conduta Preventiva

Por meio do atendimento do fisioterapeuta e também da capacitação, treinamento e orientação do cuidador. Tem como objetivo prevenir ou diminuir risco a saúde do paciente, deformidades e complicações de um modo geral.

### 8.2 Tratamento Não Farmacológico

Compreende a realização ou orientação de exercícios pelo fisioterapeuta, ilustrados nos manuais. Os mesmos serão propostos de acordo com cada caso e os cuidadores serão treinados para dar continuidade ao tratamento.

### 8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica

#### 8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica

#### 8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica.

#### 8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica.

## 9- Benefícios Esperados

- Proporcionar a reabilitação do paciente incapaz de locomover-se até a unidade de saúde;
- Diminuir ou prevenir riscos a saúde;
- Conscientizar o paciente e a família, quanto às limitações instaladas e o compromisso do tratamento;
- Proporcionar maior independência e autonomia possível do paciente;
- Melhorar, manter ou recuperar a qualidade de vida e a saúde do paciente.<sup>1,8,18,21,25</sup>

## **10- Monitorização**

Pacientes atendidos pelo programa mesmo que não estejam em tratamento fisioterapêutico recebem visitas periódicas do fisioterapeuta e são constantemente reavaliados. O tratamento será interrompido apenas com a saída do programa que pode acontecer por:

- melhora clínica, neste caso sendo encaminhado para a atenção básica ou ambulatório de fisioterapia;
- piora clínica com necessidade de hospitalização
- altas por inadequações assistenciais já citadas anteriormente.

### **CrITÉrios de saída/alta do Programa**

Conforme Portaria nº 825/2016 e Projeto de Implantação do PID.

A avaliação da fisioterapia tem como objetivo identificar os problemas do paciente. É necessária para traçar o planejamento e desenvolver um tratamento apropriado (anexo 1). Deverá ser realizada na admissão do paciente ao programa de atenção domiciliar sendo repetida a cada três meses ou de acordo com a necessidade do mesmo.

A quantidade e frequência de visitas domiciliares do fisioterapeuta irão variar de acordo com o prognóstico do paciente. Para avaliar e determinar o tempo de tratamento e permanência do paciente na fisioterapia iremos utilizar a escala de Medida da Independência Funcional - MIF (anexo 7). É um instrumento simples e padronizado para medir a capacidade funcional. Será aplicada trimestralmente sendo que aqueles pacientes cuja pontuação MIF aumentar deverão ter uma frequência maior de visitas domiciliares de fisioterapia. Já aqueles pacientes que apresentarem pontuação inalterada por duas vezes consecutivos serão incluídos num quadro de manutenção.

## **11- Acompanhamento Pós-tratamento**

Quando houver melhora clínica o paciente será encaminhado para o ambulatório de fisioterapia da SES ou para o Centro de Saúde de referência da Região com relatório fisioterapêutico completo. Após encaminhamento seguirá o tratamento de acordo com o protocolo de cada equipe.

Em caso de piora clínica, será internado no hospital de referência. Também será elaborado um relatório fisioterapêutico completo para que haja prosseguimento às condutas adotadas dentro da equipe de atenção domiciliar.

O fluxo do atendimento fisioterapêutico dentro da EAD encontra-se no anexo 8.



## 12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Trata-se do termo específico de adesão de inclusão do PID, encontra-se no anexo 9.

## 13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

**Tabela 01 – Número de Visitas Domiciliares do Fisioterapeuta por Pacientes (divididos em paliativos e de reabilitação)**

Objetivo estratégico	Mensurar o número de visitas domiciliares mensais do fisioterapeuta a cada paciente (divididos em dois grupos: cuidados paliativos e de reabilitação)
Nome do indicador	Número de Visitas Domiciliares do Fisioterapeuta por Paciente
Descrição	Mensuração do número de visitas domiciliares por mês realizadas pelo fisioterapeuta no período de um mês
Propósito/justificativa	Quantificar os atendimentos de fisioterapia por paciente dentro da equipe de atenção domiciliar
Fórmula	Somatório de visitas por paciente realizadas pelo fisioterapeuta no mês
Unidade de Medida	Visitas mensais
Fonte de Dados	Caderno de ocorrência da equipe de atenção domiciliar
Frequência	Mensal
Meta	Meta a definir
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data para implementação do indicador	Na aprovação do protocolo

Para dividir os pacientes em paliativos e de reabilitação, considerar:

- Diagnóstico clínico;
- Idade;
- Tempo de lesão;
- N° de comorbidades associadas.

**Tabela 2- Análise da Variação da Capacidade Funcional dos Pacientes com Potencial de Reabilitação**

Objetivo estratégico	Mensurar a variação da capacidade funcional dos pacientes com perfil de reabilitação em atenção domiciliar
Nome do indicador	Análise da variação da capacidade funcional dos pacientes com potencial de reabilitação
Descrição	Mensuração da FSS* no momento pré-admissão, admissão e mensalmente
Propósito/justificativa	Reduzir os efeitos da imobilidade na capacidade funcional do paciente crítico.

Fórmula	Varição entre a FSS admissão e a FSS de última avaliação
Unidade de Medida	Escore FSS
Fonte de Dados	Por meio das reavaliações fisioterapêuticas
Frequência	Mensal
Meta	Sem meta.
Responsável pela informação	Equipe de atenção domiciliar
Responsável pela tomada de decisão	Equipe de atenção domiciliar
Data para implementação do indicador	Na aprovação do protocolo

\* FSS encontra-se no anexo 10.

**Tabela 3 - Percentual de pacientes que apresentaram úlceras por decúbito e deformidades após admissão no Programa de Internação Domiciliar**

Objetivo estratégico	Mensurar a quantidade de pacientes que apresentaram úlceras de decúbito/deformidades dentro do período de internação domiciliar
Nome do indicador	Percentual de pacientes que apresentaram úlceras por decúbito e deformidades após admissão no Programa de Internação Domiciliar
Descrição	Quantificação do número de pacientes internados no domicílio que desenvolveram úlceras de decúbito/deformidades
Propósito/justificativa	Identificação da eficiência do atendimento ao paciente e das orientações dadas ao cuidador
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes que desenvolveram úlceras de decúbito/deformidades}}{\text{Nº de pacientes internados}} \times 100$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Por meio das reavaliações fisioterapêuticas
Frequência	Mensal
Meta	Diminuir a incidência de úlceras de decúbito e/ou deformidades em pacientes internados na atenção domiciliar
Responsável pela informação	Equipe de atenção domiciliar
Responsável pela tomada de decisão	Equipe de atenção domiciliar
Data para implementação do indicador	Na aprovação do protocolo

**Tabela 04– Percentual de pacientes que reinternaram por pneumonia**

Objetivo estratégico	Identificar entre os pacientes que reinternaram, quais o fizeram devido a pneumonia
Nome do indicador	Percentual de reinternação em Unidade Hospitalar por pneumonia
Descrição	Quantificação do número de pacientes que reinternaram por pneumonia.
Propósito/justificativa	Identificar o percentual de pacientes que reinternam por pneumonia.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes que reinternaram por PNM}}{\text{Nº de pacientes do NRAD}} \times 100$

Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Acompanhamento pelo prontuário eletrônico do paciente disponível durante a internação
Frequência	Mensal
Meta	Diminuir os motivos que geram pneumonia e realizar a intervenção apropriada
Responsável pela informação	Equipe de atenção domiciliar
Responsável pela tomada de decisão	Equipe de atenção domiciliar
Data para implementação do indicador	Na aprovação do protocolo

#### 14- Referências Bibliográficas

1. LACERDA, M.R.; GIACOMOZZI, C. M.; OLINISKI, S. R. et al. *Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática*. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 15, n 2, p. 88-95, 2006.
2. ALENCAR, M.C.B; HENEMANN, L; ROTHENBUHLER, R. *A capacidade funcional de pacientes, e a fisioterapia em um programa de assistência domiciliar*. Fisioterapia em Movimento. v. 21, nº 1, p 11-20, 2008.
3. GIACOMOZZI, C.M; LACERDA, M.R. *A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família*. Texto & Contexto Enferm. v. 15, nº 4, p 645-653, 2006.
4. FABRICIO, S.C.C; WEHBE, G; NASSUR, F.B; ANDRADE, J.I. *Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado da interior paulista*. Rev. Latino-am Enferm. v. 15, nº 5, p721-726, 2004.
5. FRANCO, T.B; MERHY, E.E. *Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva*. Ciência & Saúde Coletiva. v. 13, nº 5, p 1511-15220, 2008.
6. TAVOLARI, C.E.L; FERNANDES, F; MEDINA, P. *O desenvolvimento do “Home Health Care” no Brasil*. RAS. v. 3, nº 9, p 15-18, 2000.
7. AMARAL, N., N.; CUNHA, M., C., B.; LABRONICI, R., H., D., D. et al. *Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual*. Revista Neurociências, São Paulo, v. 9, n. 3, p.111-117, 2001.
8. MINISTERIO DA SAUDE. *Portaria nº 2527, de 27 de outubro de 2011*, Brasília, DF.

9. ALMEIDA, L.G.D; LEO, I.O; OLIVEIRA, J.B; SANTOS, M.M.O. *Promover a vida: uma modalidade da fisioterapia no cuidado a saúde de idoso na família e na comunidade*. Rev. Saude.Com. v. 2, nº 1, p 50-58, 2006.
10. GOMES, W.D; RESK, Z.M.R. *A percepção dos cuidados domiciliares no cuidado a clientes com sequelas neurológicas*. Rev. Enferm. v. 17, nº 4, p 496-501, 2009.
11. FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. *A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas*. Rev. Panam Salud Publica, v. 24, nº 3, p 180-188, 2008.
12. MINISTERIO DA SAUDE. *Portaria nº 1533, de 16 de julho de 2012*, Brasília, DF.
13. MINISTERIO DA SAUDE. *Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013*, Brasília, DF.
14. CASTRO, S.S; CIPRIANO JUNIOR, G; MARTINHO, A. *Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão*. Fisio. Mov. v. 19, nº 4, p 55-62, 2006.
15. FIELDER, S; MULLER, G.G; DIAS, S.L.A; DIAS, A.M. *Programa de saúde da família e fisioterapia domiciliar: um relato de experiência*. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. P 1201-1204, 2007.
16. *Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal*. Brasília, 2008.
17. REZENDE, M; MOREIRA, M.R; FILHO, A.A; TAVARES, M.F.L. *A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta*. Ciência & Saúde Coletiva. v. 14, nº 1, p 1403-1410, 2009.
18. FERNANDES, B. G.; BARBOSA, S.F.; TERGILENE, T. K. O. et al. *Abordagens domiciliares da fisioterapia na atenção básica: revisão de literatura*. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, 2008.

19. TRELHA, C. S.; SILVA, D. W.; ILDA, L. M. et al. *O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (PR)*. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 8, n. 2, p. 20-25, 2007.
20. BRASIL, A.C.O.; BRANDÃO, J.A.M.; SILVA, M.O.N. et al. *O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral - Ceará*. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 3-6, 2005.
21. COLODETTI, N. L. M.; PARDIM, R. S. S.; VIEIRA, R. S. et al. *Fisioterapia da Assistência Domiciliar*.
22. FELICIO, D.N.L; FRANCO, A.L.V; TORQUATO, M.E.A; VASCONCELOS, A.P. *Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador*. RBPS, v. 18, n02, p 64-69, 2005.
23. LACERDA, M.R; GIACOMOZZI, C.M. *Assistência a saúde domiciliar e seus diferentes conceitos*. Relatório técnico. Curitiba(PR); UFPR, 2005.
24. MORAES JR, Campregher A., Stapait A, Bruse CF, Grando K, Santos LF. *A Atuação da Fisioterapia no Programa de Saúde da Família*. Reabilitar, n10, p 21-26, 2001.
25. FERREIRA, F.N; et al. *Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE*. Revista Saúde Com. v. 1, n. 1, p. 35-43, 2005.
26. RAGASSON, C. A. P.; ALMEIDA, D. C. S.; COMPARIN, K. et al. *Atribuições do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir da prática profissional*. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Região 5, Rio Grande do Sul, 2006.
27. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Gerência de Saúde Funcional. *Protocolo de Atenção à Saúde – Conduta Fisioterapêutica em Unidade de Terapia Intensiva Adulto na Secretaria de Estado de Saúde do DF*. Brasília, 2017.
28. ASSOBRAFIR. Acórdão 474, 02 de setembro de 2016, COFFITO, Brasília.
29. ASSOBRAFIR. Acórdão 475, 02 de setembro de 2016, COFFITO, Brasília.

30. BRASIL. Serviço de Atenção Domiciliar Bahia (SAD-BA). Serviços de atenção domiciliar: padronização, fluxos e rotinas técnicas. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/assistenciadomiciliar.pdf>. Acesso em: 08/01/2017.
31. LAGNI, V.B. MAHMUD, S.J. MOOG. LEITÃO, A.L CECCONI, C.O . Treinamento sobre aspiração e higiene de vias aéreas superiores e traqueostomia. Laboratório de inovações em atenção domiciliar OPAS/MS. 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/conta%20teste/Documents/ACADÊMICOS/TRAQUEOSTOMIA/PROTOCOLO%20AD%20PORTO%20ALEGRE%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/conta%20teste/Documents/ACADÊMICOS/TRAQUEOSTOMIA/PROTOCOLO%20AD%20PORTO%20ALEGRE%20(1).pdf) Acesso em: 15/02/2017.
32. POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro Elsevier , 1424p. 2013.
33. OLIVEIRA, R. G. Blackbook enfermagem. 1ªed. Blackbook, 816p. 2016.
34. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 825 de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde.
35. Portal Clínica Deckers, disponível em: [http://www.clinicadeckers.com.br/html/orientacoes/fisioterapia/exercicios\\_terapeuticos.html](http://www.clinicadeckers.com.br/html/orientacoes/fisioterapia/exercicios_terapeuticos.html)
36. Portal Sarah, disponível em: <http://www.sarah.br/Cvisual/Sarah/>
37. KISNER, C.; COLBY, L. A. Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas. 5ª edição. Editora Manolo. 2009.
38. RESOLUÇÃO Nº 474, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2016 – Normatiza a atuação da equipe de Fisioterapia na Atenção Domiciliar/Home Care

## Anexo 1 – Ficha de Avaliação Fisioterapêutica

### IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: Masculino Feminino

Estado Civil: Solteiro União estável Profissão: \_\_\_\_\_

Casado Viúvo Escolaridade: Analfabeto Alfabetizado

Divorciado Fundamental Médio Superior

### IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Grau de Parentesco com paciente: \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO MÉDICO

CID: ( )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Doenças associadas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ANAMNESE

HMP/HMA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nível de consciência: Alerta Torporoso Coma

Cognição: Orientado Parcialmente orientado Desorientado

### HÁBITOS DE VIDA

Tabagista (Número de cigarros/dia) \_\_\_\_/dia.

Etilista:

Ex-Tabagista (há quanto tempo)?

Ex-Etilista

### SINAIS VITAIS:

PA: \_\_\_\_ x \_\_\_\_ mmHg FC: \_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_ ipm

SpO2: \_\_\_\_ % Temperatura: \_\_\_\_ °C

### EXAMES COMPLEMENTARES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

## INSPEÇÃO

Coloração da pele: Pálida Corada Cianótica

Traqueostomia ( ) Sim ( ) Não

Suporte de O<sub>2</sub> Fluxo: \_\_\_\_ l/min Horas por dia: \_\_\_\_

Tosse: Ineficaz Eficaz: Seca Produtiva

Transferências/Mudanças posturais: Totalmente dependente Parcialmente dependente  
Independente

Postura/Marcha: Acamado Cadeirante Deambula com auxílio simples Deambula com  
duplo auxílio Deambula sem auxílio

Órteses: \_\_\_\_\_

---

## EXAME FÍSICO

Força: \_\_\_\_\_

Goniometria: \_\_\_\_\_

Circumetria: \_\_\_\_\_

Reflexos: \_\_\_\_\_

Sensibilidade: \_\_\_\_\_

Escala de Ashworth modificada

Grau	Observação Clínica
0	Tônus normal.
1	Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.
1+	Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.
2	Aumento do tônus em mais da metade do arco de movimento.
3	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.
4	Partes rígidas em flexão ou extensão.

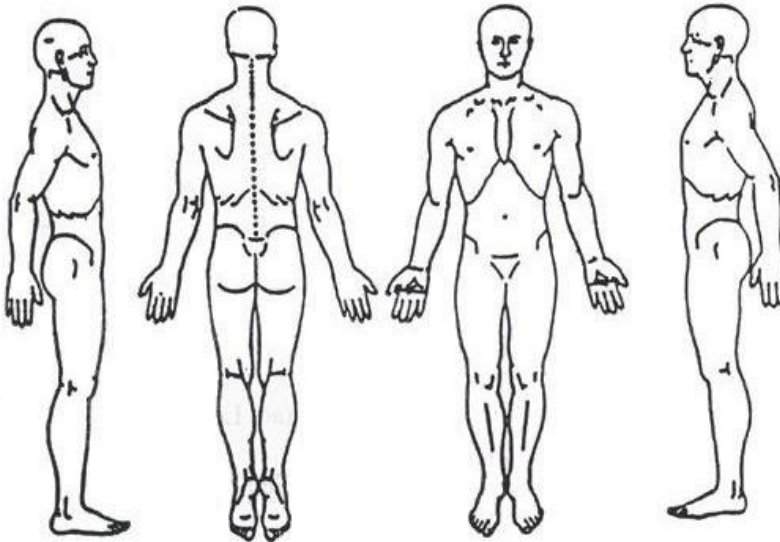


Deformidades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Edema/Sinal de Cacifo: Não apresenta Anasarca

MMII (++++ ) \_\_\_\_\_ MMSS (++++ ) \_\_\_\_\_

Úlceras de Pressão (UP) (enumere o local de acordo com o grau da UP):



Diagnósticofisioterapêutico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prescrições/Orientações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura/Carimbo

## Anexo 2 – Critérios de Inclusão

### Critérios clínicos: <sup>16</sup>

- ✓ Estar com a condição clínica comprometida, com diagnóstico firmado ou hipótese diagnóstica e tratamento estabelecido/programado pelo médico assistente.
- ✓ Apresentar grau de perda funcional e dependência para a realização das AVD's, aqui definido com base na Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola (Dueyer & Oliveira, 2004):

### **Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola:** <sup>16</sup>

- |      |   |
|------|---|
| I.   | Grau 0 – Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente   |
| II.  | Grau 1 – Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.                        |
| III. | Grau 2 – Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.                                 |
| IV.  | Grau 3 – Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa. |
| V.   | Grau 4 – Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD; capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.       |
| VI.  | Grau 5 – Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.   |

Considera-se que a internação domiciliar é necessária a partir do grau 4 da escala mencionada acima e apresentar estabilidade clínica.<sup>16</sup>

### Critérios administrativos:<sup>16</sup>

- ✓ Ser usuário do SUS.
- ✓ Residir na área de abrangência da equipe de acordo com o território sanitário constante no Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2005 do DF.
- ✓ Ter consentimento formal do paciente ou de familiares/cuidador por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado padronizado.
- ✓ Concordância e encaminhamento de médico assistente, com relatório minucioso, contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico do paciente.
- ✓ Realização de visita pré - admissional (membros da equipe de saúde, previamente treinados, para “reconhecimento de campo”: as informações serão repassadas em reunião de equipe, que avaliará e decidirá, em conjunto, a atitude a ser tomada).
- ✓ Tempo necessário para a desospitalização (considera-se o tempo exigido para se montar a estrutura hospitalar necessária para receber o paciente no domicílio).

- ✓ Não há restrição quanto à idade.
- ✓ Possuir sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe, serviço de retaguarda ou apoio ou suporte logístico em caso de intercorrências.

Critérios assistenciais:<sup>16</sup>

- ✓ Possuir um responsável que exerça a função de cuidador. O mesmo não precisa ser necessariamente uma pessoa da família e escolhido por essa; mas precisa ser capacitado, com perfil adequado para essa atividade.
- ✓ Apresentar condições seguras de acesso ao domicílio do paciente.
- ✓ Contextos familiar, domiciliar, comunitário e ambiental adequados, a serem constatados pela EAD: condições mínimas de higiene e espaço; pessoas que se responsabilizem pelos cuidados com o paciente; saneamento; segurança para os membros da EAD e outros.
- ✓ Ter um médico que se responsabilize pela sua indicação.

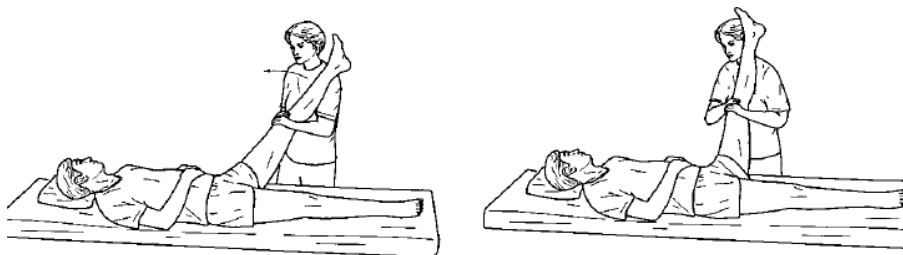
### **Anexo 3 – Critérios de Exclusão**

De acordo com o Portaria n. 825 de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde, art. 14. Será inelegível para a Atenção Domiciliar o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:<sup>31</sup>

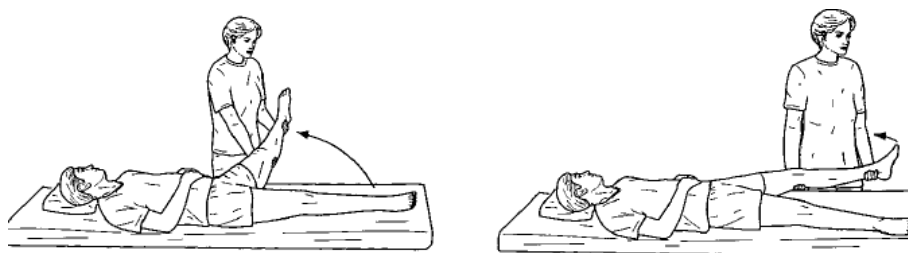
1. necessidade de monitorização contínua;
2. necessidade de assistência contínua de enfermagem;
3. necessidade ropedêutica complementar, com demanda potencial para realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequencia, com urgência;
4. necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou
5. necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

#### Anexo 4 – Manual de Exercícios Passivos <sup>35,36,37</sup>

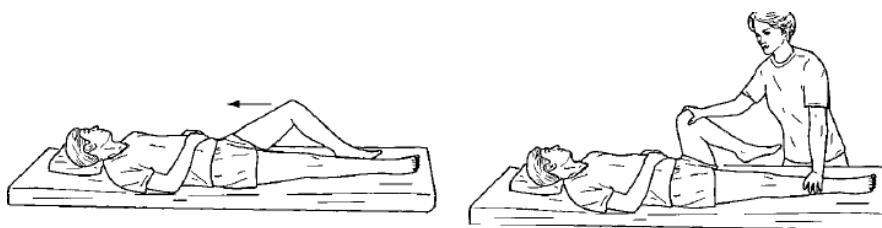
1 – Perna esticada eleve a perna do paciente até o ponto em que ela não se eleve mais.



2 – Joelho esticado, abrir uma perna de cada vez até o ponto máximo de abertura.



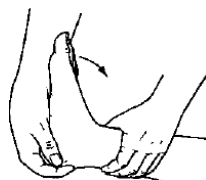
3 – Dobre o joelho como se quisesse encostar no umbigo.



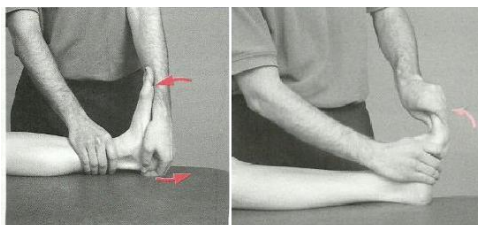
4 – Com os pés apoiados na cama e os joelhos dobrados, faça movimentos de separar e unir os joelhos.



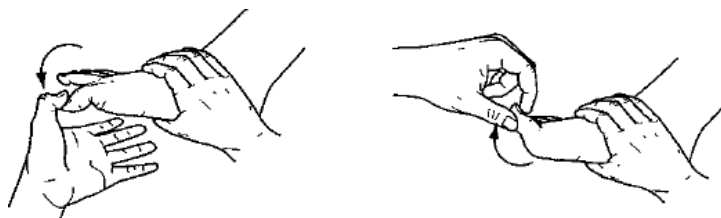
5 – Segurando o calcanhar do paciente bem firme com a palma da mão e acomodando o resto do pé no seu braço, faça um movimento como se quisesse aproximar a ponta dos dedos à canela.



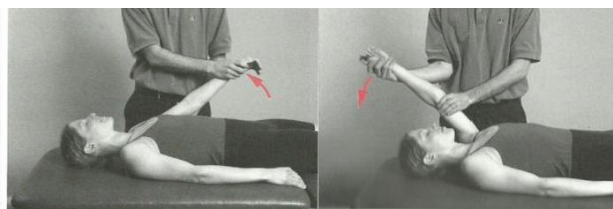
6 – Segure o tornozelo e movimente o pé para cima , para baixo e em movimentos circulares.



7 – Exercite cada dedo do paciente para cima e para baixo.



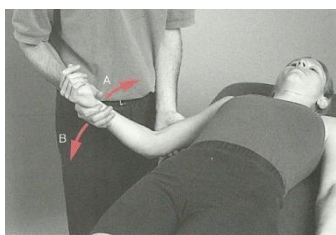
8 – Movimentar o braço do paciente para cima e para baixo com o cotovelo esticado.



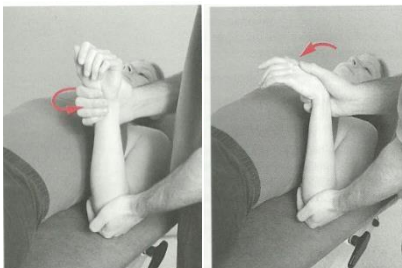
9 – Movimentar o braço do paciente fazendo movimento de abrir e fechar com cotovelo dobrado.



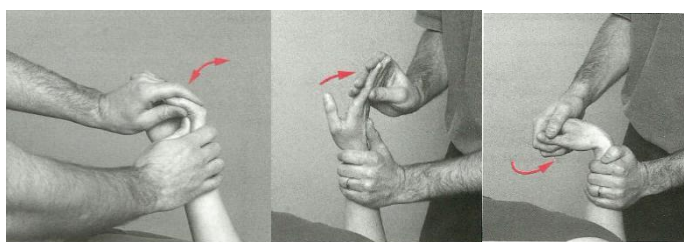
10 – Com braço do paciente apoiado na cama, dobrar e esticar o cotovelo.



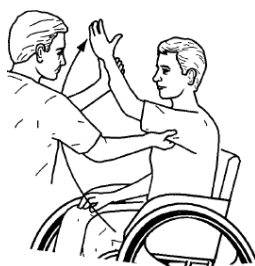
11 – Com braço do paciente apoiado na cama, realizar movimentos do pulso, girar colocando a palma da mão para cima e para baixo, rodar para fora e para dentro.



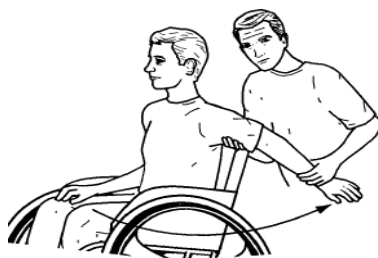
12 – Movimentar cada dedo das mãos do paciente, dobrando e esticando. Depois abrir e fechar a mão do paciente.



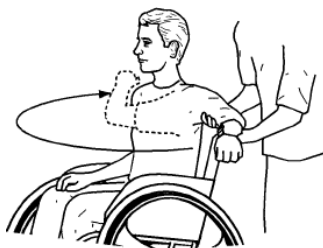
13 – Segure o braço do paciente elevado como na figura.



14 – Segure o braço do paciente para trás.



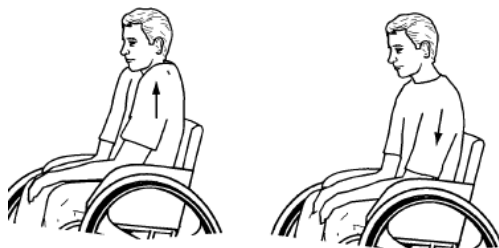
15 – Abra e feche os braços do paciente como no desenho.



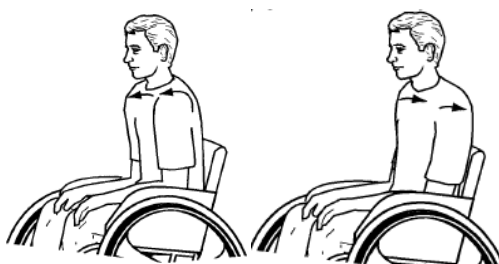


## Anexo 5 – Manual de Exercícios Ativos <sup>35,36,37</sup>

1 – Eleve e abaixe os ombros.



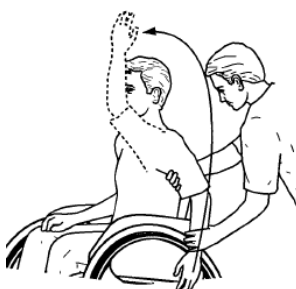
2 – Mova os ombros lentamente para frente e para trás.



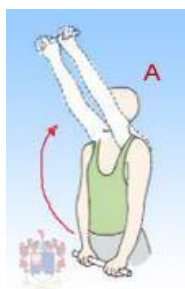
3 – Faça movimentos circulares, gire os ombros para frente e para trás.



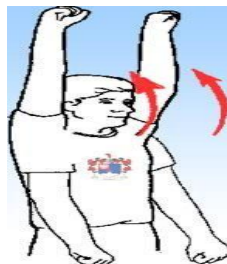
4 – Eleve e abaixe o braço assim como na figura.



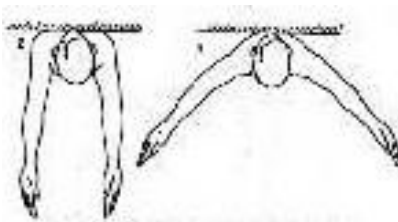
5 – Segurando um cabo de vassoura, levante os braços com o cotovelo esticado.



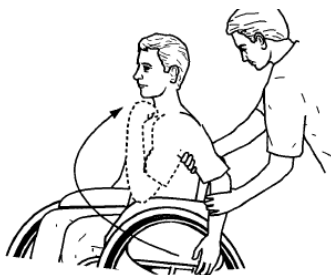
6 – Levante os braços esticados para cima, o máximo que conseguir e abaixe lentamente.



7 – Abrir os braços esticados e junta-los na frente do corpo.



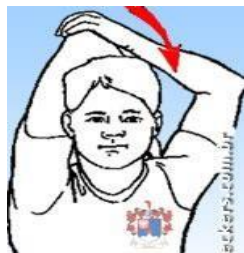
8 – Dobre e estique o cotovelo.



9 – Leve um braço de cada vez até as costas como se quisesse coçar ou alcançar as costas.



10 – Coloque uma das mãos na base do pescoço, a outra segura o cotovelo e puxa-o em direção a cabeça.



11 – Segure o cotovelo com a mão e puxe o cotovelo e o braço sobre o peito..



12 – Apoie uma das mãos na mesa, mantendo o cotovelo esticado.



13 – Dobre o punho para baixo e puxe até o máximo com a outra mão.



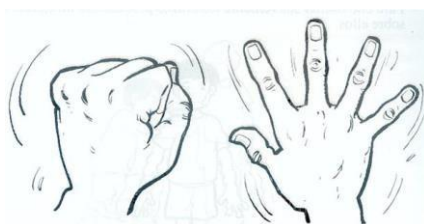
14 – Junte as mãos e empurre uma contra a outra.



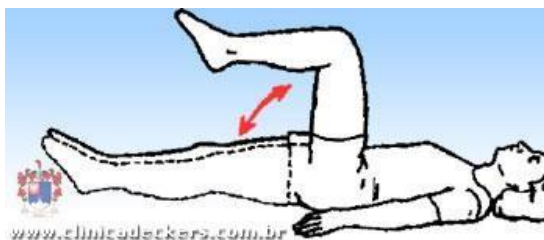
15 – Realize os movimentos de esticar e dobrar o punho.



16 – Abra e feche a mão.



17 – Levar a perna dobrada em direção ao peito e voltar até encostar na cama.



18 – Com a perna esticada, levantar até o máximo e voltar até encostar na cama.



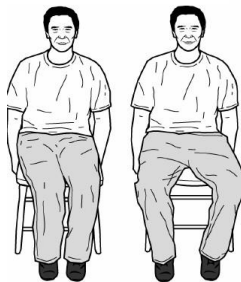
19 – Deitado de lado, levantar o braço com cotovelo esticado.



20 – Sentado em uma cadeira ou sofá, levantar lentamente do chão um pé de cada vez, elevando o joelho.



21 – Abra e feche as pernas com as pontas dos pés apoiadas no chão.



22 – Coloque um travesseiro entre as pernas, aperte e solte um joelho contra o outro.



23 – Eleve e abaixe o pé esticado e dobrando um dos joelhos.



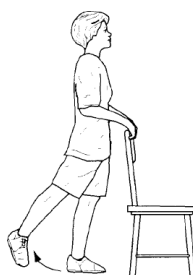
24 – Eleve e abaixe o apenas a ponta do pé, fazendo o mesmo com o outro lado.



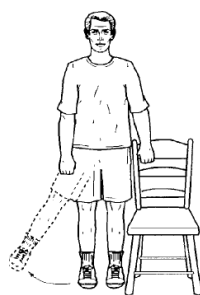
25 – Eleve os calcanhares, mantendo as pontas dos dedos bem firmes no chão.



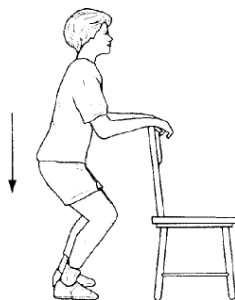
26 – De frente para o encosto da cadeira e com as costas retas, movimente uma das pernas para trás.



27 – Ainda de pé e agora de lado na cadeira, abra uma das pernas para a lateral.



28 – De frente para cadeira, agache, dobrando os joelhos.



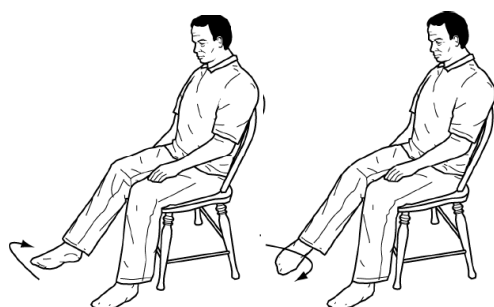
29 – Na mesma posição do exercício anterior, eleve os joelhos alternadamente.



30 – Faça movimentos com o pé, levando a ponta para cima e para baixo.



31 – Rode a ponta do pé para um lado e para outro.



32 – Com o auxílio de um lençol ou toalha, envolva a ponta do pé e puxe-o.



33 – Tente apanhar do chão e levantar uma toalha usando apenas os dedos do pé.





## Anexo 6 – Manual de Exercícios Respiratórios

- Exercícios ativos livres associados com fases da respiração

1. Braços abertos ao puxar o ar e juntos a frente ao soltar o ar (10/15 vezes – 3 séries)



2. Braços abertos ao puxar o ar e juntos para cima ao soltar o ar (10/15 vezes – 3 séries)



3. Braços abertos ao puxar o ar e juntos para frente com o tronco fletido ao soltar o ar (10/15 vezes – 3 séries)



4. Com os braços abertos lateralmente, fazer um círculo movimentando os ombros e mantendo os cotovelos estendidos (10/15 vezes em cada direção)



5. Com os cotovelos fletidos a frente, levantar alternadamente os braços (10/15 vezes cada braço – 3 séries)

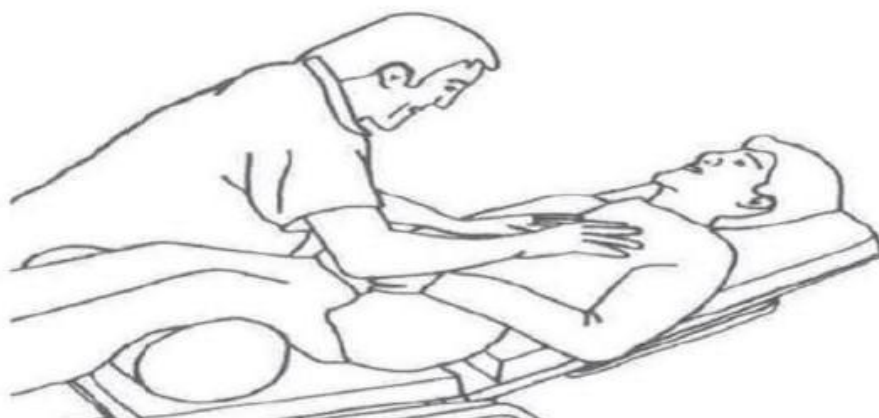
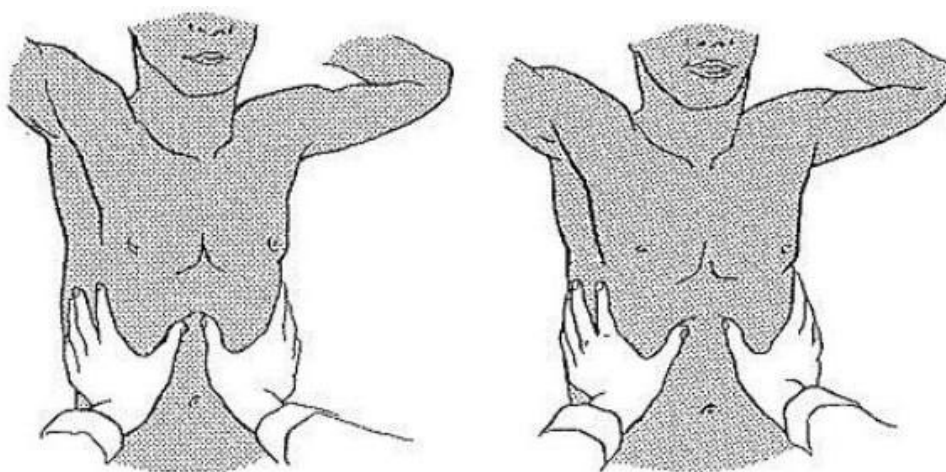


Fonte: <http://www.nhs.uk/Livewell/Disability/Pages/fitness-for-wheelchair-users.aspx>

- Exercícios de empilhamento de ar com ambu com posterior tosse manualmente assistida



**Referência: Kim, SM, Choi WA, Won YH, Kang SW; A Comparison of Cough Assistance Techniques in Patients with Respiratory Muscle Weakness; Yonsei Med J 2016;57(6): 1488-1493.**



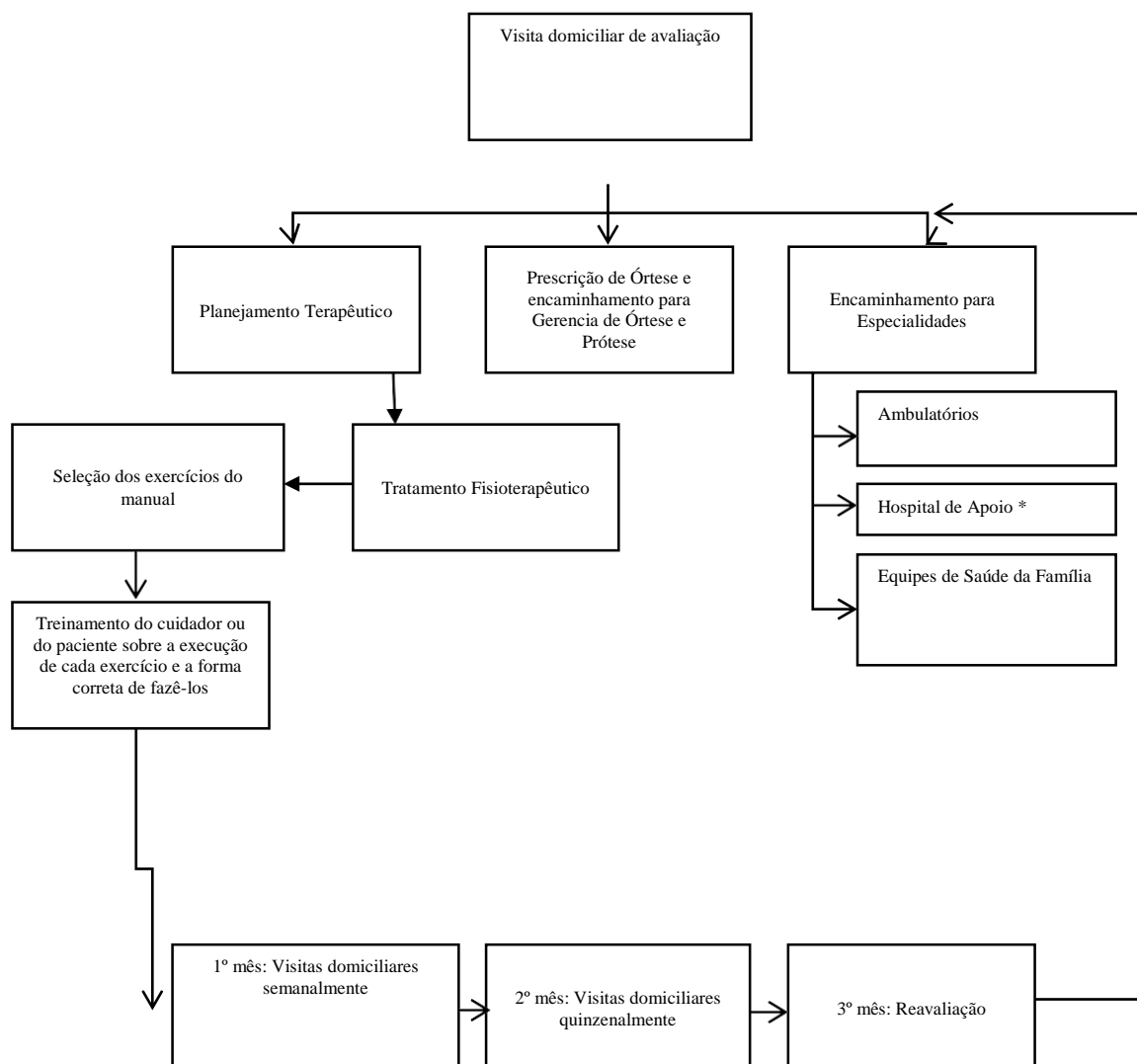
Toussaint M, Boitano L, Gathot V, Soudon P; Limits of effective cough-augmentation techniques in patients with neuromuscular disease; *Respir Care* 2009;54(3): 359-366

## Anexo 7 - Escala de Medida da Independência Funcional (MIF)

### MIF - Medida de Independência Funcional

NÍVEIS	Independente	SEM ASSISTÊNCIA						
	7 – Independência completa (Com segurança e tempo normal)							
	6 – Independência modificada (Ajuda técnica)							
	Dependência Modificada	COM ASSISTÊNCIA						
	5 – Supervisão							
	4 – Assistência Mínima (Sujeito ≥ 75%)							
	3 – Assistência Moderada (Sujeito ≥ 50%)							
	Dependência Completa							
	2 – Assistência Máxima (Sujeito ≥ 25%)							
	1 – Assistência Total (Sujeito ≥ 10%)							
CATEGORIAS		ESCORE						
CUIDADOS PESSOAIS		1	2	3	4	5	6	7
1. Alimentação								
2. Auto cuidado								
3. Banhar-se								
4. Vestir tronco superior								
5. Vestir tronco inferior								
6. Higiene íntima								
CONTROLE ESFINCTERIANO								
7. Controle vesical								
8. Controle intestinal								
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS								
9. Cama / cadeira / cadeira de rodas								
10. Banheiro								
11. Banho chuveiro / banheira								
LOCOMOÇÃO								
12. Andar / cadeira de rodas								
13. Escadas								
COMUNICAÇÃO								
14. Compreensão								
15. Expressão								
COGNITIVO SOCIAL								
16. Interação social								
17. Resolver problemas								
18. Memória								
ESCORE TOTAL								

## Anexo 8 – Fluxograma do Atendimento Fisioterapêutico na EAD



\* O Hospital de Apoio possui um fluxograma específico para admissão de pacientes que é seguido pelos profissionais da Atenção Domiciliar do Distrito Federal.

## Anexo 9 – Termo de Consentimento do PID



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O Sr(a) \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_

RA \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ expedido em \_\_/\_\_/\_\_

está sendo admitido no PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO  
DISTRITO FEDERAL, em \_\_\_\_\_.

Este serviço destina-se a ser prestado àqueles pacientes que preencham os critérios de inclusão estabelecidos no Programa, dentre os quais:

- Morar em área de cobertura e estar cadastrado no Programa.
- Co-responsabilidade da família e do paciente nos cuidados e cumprimento do plano terapêutico estabelecido e seguir as orientações da Equipe de Saúde.
- Ser portador de doença crônica com co-morbidade e com grau de incapacidade funcional e dependência para as Atividades de Vida Diária estabelecido pela Escala de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola.
- Compromisso de comunicar alterações do estado de saúde do paciente, seja por motivo de re-internação hospitalar ou óbito, bem como mudança de endereço.
- Existência de cuidador e de infra-estrutura domiciliar que permita a prestação de atenção domiciliar.
- Condições clínicas da pessoa enferma que permitam seu cuidado em casa.

Para que a família possa utilizar a melhor maneira este serviço, solicitamos que tome conhecimento e caso concorde siga as orientações a seguir.

- Ao ser incluído no programa de Internação Domiciliar, o paciente passará a ter um cartão de acompanhamento que será entregue pela Equipe de Atenção Domiciliar no ato do cadastramento.

- Este cartão servirá para que sejam anotadas a identificação do paciente, Diagnóstico e CIDs principais, história clínica, medicamentos em uso e intercorrências.
- Caso haja necessidade de atendimento fora da data agendada, solicitamos que seja feito contato com a Equipe, para avaliação da situação e ser providenciado atendimento.
- O NRAD **NÃO** atende às emergências, somente o SAMU tem estrutura para esse tipo de atendimento.
- O horário de funcionamento para atendimento externo é de 08h:30min às 11h:30min e de 13h:30min às 17h:00min.
- Os insumos, equipamentos e materiais permanentes cedidos e/ou emprestados aos pacientes admitidos ao Programa estarão sempre na dependência dos estoques existentes na SES-DF por ocasião de sua utilização e a família comprometer-a-se a adquiri-los nessa circunstância.

Eu, \_\_\_\_\_ (parentescos/responsável)

RG \_\_\_\_\_, estou ciente e concordo com as normas deste Termo, responsabilizando-se como cuidador(a) do(a) paciente \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cuidador(a)/responsável

\_\_\_\_\_  
Nome – Assinatura do responsável

\_\_\_\_\_  
Nome assinatura – EMAD

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

Emitir 2 vias: 1ª via prontuário e 2ª via paciente



## Anexo 10 – Functional Status Score (FSS-ICU)

<b>A- TROCA DE DECÚBITO</b>	<b>B- DEITADO→SEDESTAÇÃO</b>
7= Independente	7= Independente
6= Independente com ajuda das grades	6= Independente com ajuda das grades
5= Com supervisão	5= Com supervisão
4= Tocou devido à coordenação	4= Tocou devido à coordenação
3= Fisioterapeuta realiza pouca força	3= Fisioterapeuta realiza pouca força
2= Fisioterapeuta realiza muita força	2= Fisioterapeuta realiza muita força
1= Paciente não fez nada	1= Paciente não faz nada
<b>C – CONTROLE DE TRONCO</b>	<b>D – SEDESTAÇÃO→ ORTOSTATISMO</b>
7= Independente	7= Independente
6= Independente com ajuda das grades	6= Independente com ajuda das grades
5= Com supervisão	5= Com supervisão
4= Tocou devido a coordenação	4= Tocou devido a coordenação
3= Fisioterapeuta realiza pouca força	3= Fisioterapeuta realiza pouca força
2= Fisioterapeuta realiza muita força	2= Fisioterapeuta realiza muita força
1= Paciente não faz nada	1= Paciente não faz nada

<b>E- DEAMBULAÇÃO</b>
7= Independente
6= Independente com ajuda das grades
5= Com supervisão
4= Tocou devido a coordenação
3= Fisioterapeuta realiza pouca força
2= Fisioterapeuta realiza muita força
1= Paciente não faz nada

**Para resultado: Somar dos cinco níveis de atividade e dividir por cinco.**

**Pontuação máxima – 07 pontos – totalmente independente**

**Pontuação mínima – 01 ponto – totalmente dependente**