

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 nas Unidades de Urgência e Emergência Adulto da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Área(s): Gerência de Saúde Funcional

Portaria SES-DF Nº 161 de 21 de fevereiro de 2018, publicada no DODF Nº 37 de 23.02.2018.

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Medline/Pubmed, Cochrane, Embase, normas e resoluções, livros técnicos da área.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Fisioterapia, emergência, pronto socorro, saúde pública, reabilitação (*physiotherapy, physical therapy, emergency department, public health, rehabilitation*).

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

De maio de 1995 a fevereiro de 2017; 206 documentos encontrados, 18 utilizados para a elaboração.

2- Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde, o pronto-socorro é um estabelecimento de saúde para prestar assistência aos indivíduos, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde os fazem necessitar de atendimento imediato. Funcionam 24 horas por dia e dispõem de leitos de observação, destinados a pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica e/ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou de terapêutica por período inferior a

*Os elaboradores preencheram o termo de conflito de interesses.

24 horas¹. No entanto, muitas vezes, a demanda extrapola a capacidade resolutiva dos serviços. Desse modo, as salas de reanimação e de observação, destinadas à permanência temporária dos pacientes, transformam-se em áreas de internação².

Nesse contexto faz-se necessário o trabalho de uma equipe interdisciplinar, estando o fisioterapeuta incluído neste serviço^{3,4}. A primeira experiência relatada na literatura com fisioterapeuta contratado para atuação específica no setor de emergência ocorreu somente em 2000, no Hospital Estadual do Grajaú (São Paulo), refletindo a necessidade de um atendimento mais rápido e eficiente com menores índices e menor tempo de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva e não-invasiva, menor número de complicações, infecções e menor tempo de internação hospitalar^{5,6}.

Em 2005, na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), deu-se início a um levantamento sobre as necessidades de assistência fisioterapêutica integrada no pronto socorro do Hospital São Paulo e constatou-se a necessidade desses profissionais no setor, surgindo, assim, a nova especialidade de Fisioterapia na Emergência, tendo início em 2007, com a primeira turma atuando no pronto socorro do Hospital São Paulo⁶.

A assistência prestada aos pacientes no Pronto Socorro busca também estar em consonância com as diretrizes estabelecidas pelos Programas "SOS Emergências"⁷e "Política Nacional de Humanização"⁸, abrangendo conceitos como acolhimento, ambiência, plano terapêutico singular, equipes horizontais de referência, estabelecimento de protocolos e gestão compartilhada.

2.1- Das competências

A passagem de plantão deve ser à beira do leito entre os períodos.

Designa-se um *Fisioterapeuta Coordenador* indicado pela Chefia do Núcleo ou do Serviço de Saúde Funcional, e suas atribuições são:

- Desempenhar suas funções assistenciais e gerenciais;
- Fazer cumprir as Normas, Rotinas e Procedimento deste Protocolo;
- Desenvolver a sua equipe com o objetivo de garantir assistência integral e de qualidade aos pacientes internados na unidade;
- Mensurar e acompanhar os resultados assistenciais através de Indicadores de qualidade e produtividade relacionados com a assistência de fisioterapia;
- Opinar, direcionar a confecção das escalas juntamente com a chefia do Serviço ou do Núcleo, respeitando a particularidade de cada Regional. A escala será confeccionada exclusivamente pela chefia;

- Representar a equipe de fisioterapia nas discussões com as outras equipes multidisciplinares;
- Incentivar atualizações científicas e educação continuada;
- Gerar feedback para a chefia do Núcleo ou do Serviço de Saúde Funcional a respeito deste documento e outros assuntos.

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

- Desempenhar suas funções assistenciais e de coleta de dados para indicadores de qualidade e produtividade;
- Realizar plantões diários em forma de escala horizontal;
- Receber o plantão, discutir e definir juntamente com a equipe multidisciplinar o plano terapêutico para cada paciente;
- Realizar os atendimentos de fisioterapia nos pacientes internados de acordo com as prioridades por meio de avaliação física-cinesio-funcional;
- Reportar-se ao Coordenador sobre eventuais intercorrências, problemas assistenciais ou administrativos;
- Auxiliar o coordenador com o preenchimento das fichas de monitorização e indicadores;
- Guiar os demais fisioterapeutas da unidade quanto às condutas diárias para com os pacientes.

Pode haver acúmulo dos cargos de <u>Coordenador do PS e de Rotineiro</u> ou de <u>Chefe de Núcleo de Saúde Funcional e Coordenador do PS</u> dependendo da realidade, dimensionamento e característica de cada Regional.

A Chefia da Fisioterapia e a Direção da Regional discutirão a liberação de no mínimo (12) doze horas semanais da assistência para o Coordenador realizar, no hospital, suas funções de coordenação, tais como a coleta de dados para as fichas de mensurações, estatísticas e indicadores assistenciais, educação continuada e reuniões com as equipes multiprofissionais.

O Fisioterapeuta plantonista deve, sempre, comunicar a equipe de plantão sua ausência justificada da unidade.

Compete ao Fisioterapeuta Plantonista:

- Definir pacientes prioritários no plantão juntamente com o fisioterapeuta rotineiro;
- Priorizar intercorrências e emergências (admissão, PCR, Insuficiência Respiratória Aguda – IRpA, extubação não planejada, entre outros);
- Admitir juntamente com a equipe interdisciplinar os pacientes;
- Disponibilizar-se para a discussão de casos clínicos junto à equipe interdisciplinar;
- Avaliar e realizar os atendimentos fisioterapêuticos em todos os pacientes internados de acordo com a proposta terapêutica;
- Registrar as evoluções em prontuário;
- Preencher os cadernos de intercorrências e passagem de plantão;
- Preencher as fichas de monitorização e outros formulários definidos pela coordenação de fisioterapia;
- Checar exames complementares;
- Observar o descarte dos materiais manuseados

2.2 – Das Atribuições:

O papel desempenhado pelo fisioterapeuta, de acordo com o Acórdão nº 299, de 22 de janeiro de 2013, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional⁹, "inclui a aplicação de técnicas e recursos relacionados à manutenção da permeabilidade de vias aéreas, a realização de procedimentos relacionado à via aérea artificial, a participação no processo de instituição e gerenciamento da ventilação mecânica (VM), melhora da interação entre o paciente e o suporte ventilatório, condução dos protocolos de desmame da VM, incluindo a extubação, implementação do suporte ventilatório não invasivo, gerenciamento da aerossolterapia e oxigenoterapia, mobilização do doente crítico, dentre outros".

Além de suas atribuições individuais, a atuação do fisioterapeuta prevê, fundamentalmente, o trabalho interdisciplinar na busca por soluções, incluindo a instituição de protocolos para prevenção de complicações clínicas^{6,9}.

De acordo com o Acórdão nº 473 de 02 de setembro de 2016, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional¹⁰, "a montagem e/ou troca dos circuitos dos ventiladores mecânicos não é função do fisioterapeuta".

De acordo com o Acórdão nº 474 de 02 de setembro de 2016, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional¹⁰, "a aspiração traqueal é função do fisioterapeuta, quando este a considerar necessária, imediatamente após a realização de sua conduta fisioterapêutica".

De acordo com o Acórdão nº 475 de 02 de setembro de 2016, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional¹¹, "a recolocação, troca ou retirada da cânula traqueal

(traqueóstomo) é um procedimento que envolve riscos inerentes, tais como falso pertuito, perda do orifício traqueal, estenose traqueal, etc., podendo acarretar a necessidade de intubação orotraqueal, terapia medicamentosa ou técnica cirúrgica, recursos esses não incluídos no rol de procedimentos fisioterapêuticos (...) A realização de procedimentos como decanulação e troca de cânula traqueal não são atribuições do fisioterapeuta".

De acordo com o Acórdão nº 476 de 02 de setembro de 2016, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional¹¹, "não é atribuição do fisioterapeuta auxiliar e/ou acompanhar o procedimento cirúrgico de realização da traqueostomia".

De acordo com o Acórdão nº 477 de 02 de setembro de 2016, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional¹¹, "a coleta isolada de secreções para obtenção de cultura de secreção traqueal não é atribuição do fisioterapeuta".

De acordo com o Acórdão nº 477 de 02 de setembro de 2016, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional¹¹, "a montagem, remoção para limpeza e/ou troca dos reservatórios de circuitos e condensadores dos ventiladores mecânicos e dos copos coletores de secreção traqueal não é função do fisioterapeuta".

3- Justificativa

Na grande maioria dos Hospitais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, os fisioterapeutas não atuam exclusivamente nas Unidades de Urgência e Emergência, muitas vezes assumindo mais de um papel dentro do ambiente hospitalar, dificultando, assim, a cobertura completa das unidades.

Devido ao grande número de leitos de urgência e emergência, à diferença de complexidade dos casos, e ao déficit de profissionais fisioterapeutas na rede, faz-se necessário a elaboração de um protocolo para triagem com critérios de admissão e alta de pacientes no serviço de fisioterapia.

A assistência fisioterapêutica em Unidades de Urgência e Emergência está em consonância com regulamentações legais. Entre elas, podemos citar:

- (a) Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012, do Ministério da Saúde 12, que "dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC":
- → I recursos humanos: (...) f) um fisioterapeuta para cada dez leitos, seis horas por dia;
- → § 3º A U-AVC Integral deve monitorar e registrar os seguintes indicadores assistenciais e de processo: (...)VI alta hospitalar com plano de terapia profilática e

de reabilitação.

- (b) Portaria nº 1.366, de 8 de julho de 2013, do Ministério da Saúde 13, que "estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)":
- → possuir equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelos seguintes profissionais: (...) h) equipes para manejo de pacientes críticos e dimensionados para o número de leitos;
- → XVIII possuir suporte de equipe multiprofissional composta por: a) fisioterapeuta;
- → XXII possuir serviço de reabilitação ou disponível.
- (c) Resolução nº 387, de 08 de junho de 2011, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional¹⁴, que "fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta", conforme tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela 1. Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos em Unidade de Terapia Intensiva/ Semi-Intensiva/ Urgência/Emergência

	Consulta por hora	
Cliente/ paciente de cuidado semi-intensivo	(quantitativo)	
Cliente/paciente recuperável, sem risco e eminente de	1ª Consulta e Consultas	1
morte, passíveis de instabilidade das funções vitais,	posteriores (anamnese,	
requerendo assistência fisioterapêutica	exame físico e exames	
individualizada.	complementares)	
Cliente/ paciente de cuidado intensivo	Atendimento por turno	
Cliente/paciente grave com risco iminente de morte,	de 6 horas (quantitativo)	
passíveis e sujeitos a instabilidade das funções vitais,	Assistência prestada pelo	
requerendo assistência fisioterapêutica	Fisioterapeuta ao	6
individualizada.	cliente/paciente	
	individualmente.	

Observação: Cliente/paciente com idade igual ou superior a 13 anos

Fonte: Resolução nº 387, de 08 de junho de 2011, do COFFITO.

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

J12 Pneumonia viral não classificada em outra parte J13 Pneumonia devida a Streptococcus pneumoniae J14 Pneumonia devida a Haemophilus infuenzae J15 Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte J16 Pneumonia devida a outros microorganismos infecciosos especificados não classificados em outra parte <u>J17</u> Pneumonia em doenças classificadas em outra parte <u>J45</u> <u>Asma</u> J63.0 Aluminose (do pulmão) J68 Afecções respiratórias devidas a inalação de produtos químicos, gases, fumaças e vapores J70 Afecções respiratórias devida a outros agentes externos J84.0 Afecções alveolares e parieto-alveolares <u> J85</u> Abscesso do pulmão e do mediastino J94.9 Afecção pleural não especificada Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou 169.4 <u>isquêmico</u> <u>J20</u> Bronquite aguda **I64** Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico G80 Paralisia cerebral R26 Anormalidades da marcha e da mobilidade

5- Critérios de Inclusão

Todos os pacientes admitidos nas unidades de urgência e emergência serão avaliados pelo fisioterapeuta e aqueles que apresentarem comprometimento funcional de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)¹⁵, como alterações motoras, de sistema nervoso central e cardiorrespiratórias (segundo ficha de avalição contida neste protocolo) serão admitidos no programa de tratamento.

6- Critérios de Exclusão

Pacientes sem comprometimento funcional de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)¹⁵durante avaliação diária.

7- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução nº 424, de 08 dejulho de 2013 – DOU nº 147, Seção 1, de 01/08/2013), estabelece, em seu Art. 12, que "o fisioterapeuta deve se responsabilizar pela elaboração do diagnóstico fisioterapêutico, instituir e aplicar o plano de tratamento e conceder alta para o cliente/paciente/usuário".

O planejamento terapêutico tem como base a formulação do diagnóstico fisioterapêutico elaborado a partir da avaliação fisioterapêutica, que é caracterizada pela inspeção, análise, mensuração e exame dos domínios da funcionalidade relacionados ao movimento humano, ao sistema cardiovascular, respiratório, tegumentar e demais sistemas. A partir deste pressuposto, os registros dos componentes da funcionalidade avaliados devem registrados em uma evolução padronizada (Anexo A) na qual já consta os códigos da CIF relacionados aos respectivos domínios avaliados.

Sugere-se a avaliação das seguintes características de funcionalidade:

Funções do Corpo:

- b110 Funções da consciência: nível de consciência para os pacientes sedados ou não
- b280 Sensação de dor: se há relata dor generalizada / localizada / dor em um dermátomo
 - b410 Funções cardíacas: frequência cardíaca e ritmo cardíaco
 - b415 Funções dos vasos sanguíneos: perfusão periférica e retorno venoso normal
 - b420 Funções da pressão arterial: pressão arterial diastólica, sistólica e média
- b430 Funções do sistema hematológico: concentrações de gases arteriais (PaO₂, PaCO₂), saturação arterial de oxigênio, pH sanguíneo, concentração de bicarbonato sanguíneo, conteúdo arterial de oxigênio.
- b440 Funções da respiração: frequência respiratória, saturação periférica de oxigênio, padrão respiratório, expansibilidade torácica, ausculta pulmonar, função de troca gasosa (PaO₂/FiO₂, G(A-a)O₂, Shunt, Relação a/A de O₂) e a mecânica pulmonar (complacência estática, resistência das vias aéreas, driving pressure e a constante de tempo).
 - b445 Funções dos músculos respiratórios: uso de musculatura acessória

- b450 Funções respiratórias adicionais: reflexo de tosse e caracterização da toss.
- b460 Funções associadas às funções cardiovasculares e respiratórias: sensação de dispneia.
 - b710 Funções da mobilidade das articulações: mobilidade articular passiva e ativa.
 - b730 Funções da força muscular: força muscular periférica.
- b735 Funções do tônus muscular: caracterização do tônus muscular dos membros superiores e inferiores.
- b755 Funções de reações motora involuntárias: se houver decorticação ou descerebração.
 - b810 Funções protetoras da pele: capacidade de cicatrização e proteção da pele

Estruturas do corpo:

- s110 Estrutura do encéfalo: cérebro, cerebelo, tronco encefálico e anexos.
- s120 Estrutura da medula: medula espinhal e anexos.
- s410 Estrutura do sistema cardiovascular: coração e vasos sanguíneos.
- s430 Estrutura do sistema respiratório: vias aéreas, pulmões, pleuras, cavidade pleural e caixa torácica
- s710-760 Estruturas relacionadas com o movimento: presença de edema, trofismo muscular, deformidade, amputação
- s810 Estrutura de áreas da pele: integridade e/ou a ocorrência de úlcera por pressão/queimadura

Atividade e Participação:

- d310-319 comunicar e receber mensagens: capacidade de reveber e entender a comunicação verbal/não-verbal/gestual.
- d330-340 comunicar e produzir mensagens: capacidade de produzir a comunicação verbal/não-verbal/gestual.
- d410-415 mudar e manter a posição básica do corpo: capacidade de mudança de decúbito, sedestação, ortostatismo, bem como o nível de dependência para estas atividades (parcial/total).
- d420 Auto transferência: capacidade bem como o nível de dependência para esta tarefa (parcial/total).
- d450 Andar: capacidade bem como o nível de dependência para esta tarefa (parcial/total).
- Uso da escala IMS (ICU Mobility Scale Anexo B) para caracterização da capacidade de mobilidade no ambiente de internação hospitalar.

Diagnóstico Fisioterapêutico:

A avaliação fisioterapêutica quando adequadamente focada nos determinantes da funcionalidade dos pacientes permitirá o profissional a descrição do diagnóstico fisioterapêutico. Para a padronização da nomenclatura e registro deste diagnóstico físico-funcional optou-se pelo uso da terminologia padrão da *American Physical Therapy Association* (APTA), pelo seu caráter atual e consonância com a CIF. São os termos:

Sistema Musculoesquelético

- Prevenção primária / Risco de redução da densidade mineral óssea.
- Deficiência postural.
- Deficiência do desempenho muscular.
- Deficiência da mobilidade articular, função motora, desempenho muscular e amplitude de movimento articular associada à disfunção do tecido conectivo.
- Deficiência da mobilidade articular, função motora, desempenho muscular e amplitude de movimento articular associada à inflamação localizada.
- Deficiência da mobilidade articular, função motora, desempenho muscular, amplitude de movimento articular e integridade reflexa associada à lesão/disfunção da medula espinhal.
- Deficiência da mobilidade articular, desempenho muscular e amplitude do movimento articular associada à fratura.
- Deficiência da mobilidade articular, desempenho muscular e amplitude do movimento articular associada à artrosplastia.
- Deficiência da mobilidade articular, desempenho muscular e amplitude do movimento articular associada à cirurgia óssea ou dos tecidos moles.
- Deficiência função motora, desempenho muscular, amplitude de movimento articular, marcha, locomoção e equilíbrio associado à amputação.

Sistema Neuromuscular

- Prevenção primária / Risco de redução do equilíbrio e risco de quedas.
- Deficiência de desenvolvimento neuromotor.
- Deficiência da função motora e integridade sensitiva associada a lesões/disfunções não-progressivas do sistema nervoso central – de origem congênita ou adquirida na infância.
- Deficiência da função motora e integridade sensitiva associada a lesões/disfunções não-progressivas do sistema nervoso central – adquiridas na adolescência ou idade adulta.
- Deficiência da função motora e integridade sensitiva com lesões/disfunções progressivas/degenerativas do sistema nervoso central.

- Deficiência da integridade do nervo periférico de do desempenho muscular associada à lesão do nervo periférico.
- Deficiência da função motora e da integridade sensitiva associada à polineuropatia aguda ou crônica.
- Deficiência da função motora, integridade do nervo periférico e integridade sensitiva com lesão/disfunção não-progressiva da medula espinhal.
- Deficiência do estado de alerta, amplitude de movimento, função motora associada à redução do nível de consciência/coma.

Sistemas Cardiovascular e Respiratório

- Prevenção primária/ Risco de redução das funções/lesões cardiovasculares pulmonares.
 - Deficiência da endurance/capacidade aeróbia associado ao descondicionamento.
- Deficiência de ventilação, troca gasosa, endurance/capacidade aeróbia associada com a disfunção da proteção das vias aéreas.
- Deficiência da endurance/capacidade aeróbia associada com a disfunção de bomba cardíaca/insuficiência cardíaca.
- Deficiência da ventilação e troca gasosa associada com a disfunção de bomba respiratória/insuficiência respiratória.
 - Deficiência de ventilação e troca gasosa associada a insuficiência respiratória.
- Deficiência de ventilação, troca gasosa, endurance/capacidade aeróbia associada à insuficiência respiratória no neonato.
 - Deficiência da circulação e formação do edema associada à disfunção linfática.
- Deficiência da capacidade aeróbia, desempenho muscular, integridade intertegumentar e mobilidade associada à disfunção venosa periférica.
- Deficiência da capacidade aeróbia, desempenho muscular, fluxo de sangue nos membros inferiores, integridade intertegumentar e mobilidade à disfunção arterial periférica.

Sistema Intertegumentar

- Prevenção primária/ risco de redução da função/lesão do sistema intertegumentar.
- Deficiência da integridade intertegumentar associada à lesão superficial da pele.
- Deficiência da integridade intertegumentar associada à lesão parcial da pele e formação de úlcera por pressão.
- Deficiência da integridade intertegumentar associada à lesão total da pele e formação de úlcera por pressão.
- Deficiência da integridade intertegumentar associada à lesão total da pele extendida até a fáscia, músculo ou osso e formação de úlcera por pressão.

8- Conduta

8.1 Conduta Preventiva

Será realizada durante todo o tratamento do paciente, objetivando: prevenção de lesões cutâneas, bronco-aspirações, pneumonia associada à ventilação, sarcopenia, osteopenia, entre outras. Será, ainda, enfatizada a orientação e educação em saúde a pacientes e acompanhantes, com foco na prevenção secundária e terciária.

Para priorização de atendimento dos pacientes, após avaliação diária, serão utilizados os seguintes Critérios para a CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES:

PRIORIDADE I:

- Mobilização precoce MRC < 48 (sedestação e retirada do leito)
- Assistência ventilatória invasiva (necessidade de reexpansão pulmonar e manutenção da perviedade das vias aéreas, desmame ventilatório, manobras de recrutamento alveolar, correção gasométrica)
- Traqueostomizado em oxigenoterapia
- Ventilação espontânea (presença de sinais clínicos de desconforto respiratório: taquipnéia, esforço inspiratório e expiratório, dificuldade de expectoração com tosse ineficaz, dessaturação, indicação de ventilação não invasiva)
- AVC agudo ou 24h pós trombólise
- Pacientes com dreno torácico e restritos ao leito;

PRIORIDADE II:

- Ventilação espontânea MRC > 48 (sedestação e retirada do leito)
- Assistência ventilatória invasiva (paliação, morte encefálica, instabilidade hemodinâmica, neuroproteção)
- Ventilação espontânea traqueostomizado

PRIORIDADE III:

- Ventilação espontânea (gerenciamento de oxigenoterapia, posicionamento, orientações ao paciente e/ou acompanhante).

Estabelecidas as prioridades, estas são transferidas para dispositivo sinalizador visual (Quadro Kanban), onde a cor VERMELHA significa PRIORIDADE I de atendimento, AMARELA indica PRIORIDADE II de atendimento e VERDE classifica o paciente como

PRIORIDADE III de atendimento. A sinalização com adesivo **AZUL** significa que o paciente está fazendo uso de **VNI**.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

8.2.1 VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

O uso da ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva (VMNI) para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada foi, certamente, um dos maiores avanços da ventilação mecânica nas últimas duas décadas. Apesar de o seu uso ser relativamente recente, o grande número de séries de casos, ensaios clínicos aleatórios, meta-análises ou revisões sistemáticas, assim como conferências de consenso e diretrizes publicadas até o presente momento, tornaram a aplicação dessa técnica mais evidente do que provavelmente qualquer outra medida de suporte ventilatório. Hoje não há dúvidas de que o uso da VMNI em grupos selecionados de pacientes, como, por exemplo, pacientes com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é responsável pela diminuição da necessidade de intubação, mortalidade e custos do tratamento, motivo pelo qual o seu uso vem se tornando cada vez mais frequente (Anexo C).

8.2.2 TERAPIA DE REEXPANSÃO PULMONAR

A terapia de expansão pulmonar tem por objetivo principal incrementar o volume pulmonar através do aumento do gradiente de pressão transpulmonar, seja por redução da pressão pleural ou por aumento na pressão intra-alveolar. Desta forma, pacientes em ventilação espontânea (VE) ou sob VM, por ação dos músculos respiratórios ou utilização de dispositivos ou equipamentos que gerem pressões positivas intra-alveolares, podem se beneficiar dos efeitos positivos da expansão pulmonar¹⁸ (Anexo D).

8.2.3 TERAPIA DE HIGIENE BRÔNQUICA

A terapia de higiene brônquica (THB) é um conjunto de intervenções capazes de promover ou auxiliar o paciente na remoção de secreções das vias áreas. Na terapia intensiva tem sido direcionada aos pacientes sob VE ou VM. Em sua indicação devem ser considerados alguns aspectos, entre eles: a) o diagnóstico funcional; b) o impacto sobre a função pulmonar; c) se o paciente experimenta dificuldade na expectoração; d) nível de cooperação e desempenho; e) a intervenção de maior efeito e menor dano; f) o custo operacional; g) a preferência do paciente (Anexo E).

8.2.4 NÍVEIS DE PROGRESSÃO DA MOBILIZAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO

O fisioterapeuta é o profissional responsável pela implantação e gerenciamento do plano de mobilização do doente crítico (Anexo F). A progressão do nível de mobilização está de acordo com o nível de consciência: paciente inconsciente (nível 1); quando o paciente apresentar-se consciente é iniciado a mobilização ativa de extremidades (nível 2). Em seguida, caso seja capaz de mover os MMSS contra a gravidade, é realizada transferência assistida do paciente para sentar na borda da cama e iniciado os exercícios de controle de tronco e equilíbrio. Neste mesmo nível (nível 3), se o paciente tiver força muscular para MMSS (MRC >4) para flexão de cotovelo e flexão anterior de ombro, iniciará mobilização aeróbica e/ou contra-resistida. Nesta progressão caso o paciente possa realizar a flexão de quadril e extensão de joelho contra a gravidade, o mesmo deverá ser transferido ativamente para a poltrona (nível 4). Por último, podendo realizar a flexão de quadril e extensão de joelho contra a gravidade, deverá ser transferido ativamente para a poltrona e iniciar a deambulação assistida (nível 5)¹⁸(Anexo G).

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

I-ADMISSÃO E AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE

1-FINALIDADE:

Uniformizar o processo de admissão e avaliação inicial dos pacientes.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: Todos os pacientes admitidos na UTI devem ser admitidos e avaliados pela fisioterapia para definição do plano terapêutico em até 24 horas.

Contra-indicação: não e aplica.

3-RESPONSABILIDADE:

Fisioterapeuta

4-RISCOS/PONTOS CRITICOS:

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

5-MATERIAIS:

Ficha de monitorização do paciente em ventilação espontânea (VE) ou em ventilação mecânica (VM).

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Justificativa Ação da Fisioterapia 1- Reunir o material necessário 1. Facilitar a organização e o **2-** Preenchimento dos dados controle eficiente do tempo, gerais/cabeçalho/identificação; evitar erros: 3- Higienização das mãos 2. Evitar a inserção de informação 4- Coletar dados e informações do quadro clínico atual incorreta do paciente; e história pregressa do paciente; 3. Reduzir os riscos de infecção cruzada: 5- Anotar os parâmetros relacionados à ventilação 4. Conhecer a clínica, motivo de mecânica ou ventilação espontânea; internação, história pregressa. 6- Realizar os testes de funcionalidade; 5. Permitir a comparação em momentos distintos: 7- Verificar o posicionamento do TOT ou TQT; 6. Identificar/monitorar o nível de independência funcional: 7. Garantir bom um **8-** Adequar o posicionamento do paciente; posicionamento da prótese respiratória artificial; 8. Favorecer a avaliação global.

7-RECOMENDAÇÕES:

Para todo paciente admitido deve ser realizado avaliação inicial, evolução em prontuário e abertura de ficha de monitorização;

II-ATENDIMENTO DE FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA

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 críticos e não críticos admitidos na unidade de terapia intensiva.

Contraindicação: Distúrbios hemodinâmicos e 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:

- Ficha de monitorização
- Luvas de procedimento
- Kit de aspiração traqueal;
- AMBU;
- Máscara facial ou full face para RPPI ou VNI;
- Incentivador respiratório;
- Filtro HME;
- Halter;
- Faixa elástica;
- Cicloergômetro;
- TENS e FES;
- Poltrona;
- Camisola:

Chinelo ou pró-pé para realizar ortostatismo e deambulação

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Fisioterapia	Justificativa
 Reunir o material necessário Higienização das mãos Passagem de plantão Estabilidade hemodinâmica Tempo de exercício terapêutico Prevenção das disfunções, melhora, restauração e manutenção de força muscular e do sistema cardiorrespiratório 	 Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo, evitar erros; diminuir a ansiedade propiciando a cooperação Diminuir os riscos de infecção Reiterar-se do estado geral do paciente Avaliação abrangente do paciente Atingir os resultados funcionais previstos Melhorar a mobilidade, flexibilidade, estabilidade, relaxamento, coordenação, equilíbrio e habilidades funcionais e cardiorrespiratórias

7-RECOMENDAÇÕES:

A fisioterapia na unidade de terapia intensiva aborda:

- Manobras de Reexpansão Pulmonar;
- Manobras de Higiene Brônquica;
- Padrões ventilatórios;
- Uso de Incentivadores respiratórios:
- Monitorização de mecânica respiratória;
- Ajuste de gasometria arterial;

- Recrutamento alveolar;
- Realiza estimulação motora de acordo com a clínica do paciente, se possível:
- Posicionamento;
- Alongamento;
- Cinesioterapia ativo-assistida, ativa ou resistida;
- Cicloergometria;
- Eletroestimulação funcional;
- Ortostatismo;
- Sedestação a beira leito ou na poltrona;
- Deambulação;
- Posicionamento no leito após o atendimento

III- MENSURAÇÃO DA PIMÁX E PEMÁX

1-FINALIDADE:

Medir e avaliar pressões positivas (manômetro) e pressões negativas (vacuômetro), geradas durante esforços máximos de inspiração e expiração realizadas pelos músculos respiratórios, onde os valores são dados em escala de cmH2O.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicações: Utilizar como um dos testes preditivos para evoluir desmame ventilatório.

Elaborar protocolos terapêuticos de treinamento muscular respiratório em casos de desmame difícil.

Contraindicações:

Instabilidade clínica e/ou hemodinâmica (febre, hipotensão e hipertensão arterial sistêmica, taquicardia, bradicardia e/ou arritmias;

Hipoxemia (PaO2<60mmHg);

Taquipnéia

Pneumotórax não drenado

Angina instável

Aneurisma de aorta abdominal

Fístulas pleurocutâneas ou pulmonares

Hérnias abdominais

Glaucoma ou descolamento de retina.

3-RESPONSABILIDADE:

Fisioterapeuta da UTI

4-RISCOS/PONTOS CRITICOS:

A realização das medidas da pressão deve ser sempre realizada por pessoal qualificado.

O manovacuômetro não deve ser submergido em nenhum tipo de líquido.

Critérios para interrupção do teste: Instabilidade hemodinâmica.

5-MATERIAIS:

Manovacuômetro com escala entre -120 cmH2O a +120 cmH2O

Bolsa de transporte e armazenamento

Bocal

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação da Fisioterapia	Justificativa
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;
- 04 Colocar EPI's (luvas, máscara, óculos, gorro, avental);
- 05 Colocar o cliente em semi-Fowler ou Fowler:
- 06 O paciente é orientado a realizar uma inspiração máxima, contra válvula ocluída, a partir do volume residual, para a mensuração da **Pimáx**;
- 07 Para a determinação da **Pemáx**, o paciente realiza uma expiração máxima a partir da capacidade pulmonar total, contra a referida válvula, sendo registradas as pressões de pico;

Obs: Para ambas as pressões são realizadas três manobras e o maior valor, registrado em cmH2O, é selecionado.

- 8 Retirar os EPIs (luvas, máscara, óculos, gorro, avental)
- 9 Higienizar as mãos
- 10- Realizar as anotações dos valores na ficha de monitorização
- 11 Limpar o manômetro e o bocal, conforme recomendações.

- 03 Reduzir a transmissão de microrganismos;
- 04 Proteção individual para prevenir a exposição aos riscos biológicos;
- 05 Promover conforto e melhor oxigenado
- 06 e 07 Realizados em limites de encurtamento e estiramento muscular voluntário para maximizar a força muscular pulmonar
- 08 Reduzir a transmissão de microrganismos;
- 09 Reduzir a transmissão de microrganismos;
- 10 Documentar o procedimento para otimizar o tratamento;
- 11 Evitar a contaminação cruzada.

7-RECOMENDAÇÕES:

- Limpar o bocal todas as vezes que realizar o teste, com álcool 70%.
- Utilizar pano seco e limpo para passar álcool no manômetro.
- Em caso de sujidade visível ou secreções, lavar com água e sabão e depois utilizar o álcool 70%.
- A limpeza será realizada pelo fisioterapeuta.

IV- ASPIRAÇÃO DASVIAS AÉREAS ARTIFICIAIS

Anexo H

V- MOBILIZAÇÃO PRECOCE

Anexo I

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

- Manutenção das vias aéreas pérvias, realizando a remoção da secreção e promovendo a adequada ventilação/oxigenação pulmonar.
- Retirada da ventilação mecânica de forma segura em pacientes que estejam em condições clínicas de assumir a ventilação espontânea.
- Preservação/recuperação da força dos músculos, diminuição da retração de tendões e prevenção dos vícios posturais que podem provocar contraturas e úlceras de pressão.
- Redução no tempo de internação hospitalar.

10- Monitorização

A monitorização é parte integrante da assistência fisioterapêutica e deve ser realizada obedecendo as seguintes circunstâncias:

- Em intervalos regulares máximos de 6/6 horas;
- Seguido a qualquer troca de parâmetro ventilatório;
- Deterioração aguda do paciente;
- Disfunção no Teste de Respiração Espontânea ou nas medidas de desmame;
- Disfunção na mecânica respiratória (Complacência Estática e Resistência de VA´s)
 que deve ser realizada em todos os plantões e acompanhadas com o objetivo de
 avaliar piora ou melhora da condição pulmonar, e com isto direcionar a terapêutica;

As ferramentas de avaliação de funcionalidade devem ser realizadas a cada atendimento, por meio de ficha de monitorização (Anexo J).

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Ao ser transferido do Pronto Socorro ou receber alta hospitalar, os pacientes terão continuidade do tratamento fisioterapêutico nas Unidades de Terapia Intensiva, Enfermarias ou ambulatórios de referência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal ou ainda na Atenção Primária a Saúde (APS) nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), em consonância com os protocolos de cada um dos serviços citados.

12- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Indicadores são "medidas usadas para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências

e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executadas".

As ações do serviço de Fisioterapia nas Unidades de Urgência e Emergência serão mensuradas e acompanhadas por meio de indicadores de produtividade, processos e resultados, alimentados pelos profissionais na assistência, e apresentados aos gestores das unidades como ferramenta avaliação do serviço e dos protocolos. A saber:

INDICADORES DE PRODUTIVIDADE

TABELA 1- Número de atendimentos fisioterapêuticos

Objetivo estratégico	Mensurar a quantidade de atendimentos
	fisioterapêuticos realizados na unidade.
Nome do indicador	Número de atendimentos fisioterapêuticos
Descrição	Mensuração da quantidade de atendimentos fisioterapêuticos realizados na unidade.
Propósito/justificativa	Conhecer a produtividade e a carga de trabalho da equipe de fisioterapia da unidade.
Fórmula	Soma do número de atendimentos de fisioterapia
Unidade de Medida	Nº de atendimentos
Fonte de Dados	Formulário de estatística da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

TABELA 2- Média de atendimentos por fisioterapeuta

Objetivo estratégico	Mensurar a média de atendimentos por fisioterapeuta realizados na unidade.
Nome do indicador	Média de atendimentos por fisioterapeuta
Descrição	Mensuração da média de atendimentos fisioterapêuticos/fisioterapeuta realizados na unidade.
Propósito/justificativa	Conhecer a produtividade e a carga de trabalho com o objetivo de adequar às exigências da legislação e do serviço.
Fórmula	Nº de atendimentos de fisioterapia / Nº total de fisioterapeutas
Unidade de Medida	Nº de atendimentos/fisioterapeuta
Fonte de Dados	Formulário de estatística da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta.
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de	Fisioterapeuta

decisão	
Data de implementação do	Após a aprovação do protocolo
indicador	

INDICADORES ASSISTENCIAIS

TABELA 3- Taxa de Ventilação Mecânica

Objetivo estratégico	Mensurar o uso da Ventilação Mecânica (VM) em pacientes críticos na unidade.
Nome do indicador	Taxa de VM
Descrição	Mensuração da taxa mensal de uso da Ventilação Mecânica Invasiva em pacientes na unidade.
Propósito/justificativa	Conhecer o perfil epidemiológico da unidade, identificar a necessidade de cuidados específicos, traçar estratégias para redução da PAVM, acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia.
Fórmula	Nº de pacientes em VM x 100 / Número de pacientes internados
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta.
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

TABELA 4- Taxa de Extubação

Objetivo estratégico	Mensurar o número de pacientes extubados na unidade.
Nome do indicador	Taxa de Extubação.
Descrição	Mensuração da taxa mensal de extubação em pacientes na unidade.
Propósito/justificativa	Identificar a necessidade de cuidados respiratórios específicos, traçar estratégias para redução da PAVM, acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia.
Fórmula	Nº de pacientes extubados x 100 / Número de pacientes em ventilação mecânica por tubo orotraqueal.
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta.
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de	Fisioterapeuta

decisão	
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

TABELA 5- Taxa de Sucesso de Desmame da Ventilação Mecânica

Objetive estratégies	Controlo dos índises de qualidade as
Objetivo estratégico	Controle dos índices de qualidade no
	processo de desmame da Ventilação
	Mecânica (VM) dos pacientes na unidade.
Nome do indicador	Taxa de sucesso de desmame da VM
Descrição	Identificar e avaliar o sucesso no processo
	de desmame da VM em pacientes na
	unidade. Sucesso definido como ausência de
	necessidade de reintubação em período
	inferior a 48 horas.
Propósito/justificativa	Diminuir os índices de reintubação, custos e
' '	mortalidade em pacientes críticos,
	acompanhar processos e definir estratégias
	para o serviço de Fisioterapia.
Fórmula	Número de pacientes não reintubados em
Tomala	menos de 48hs x 100 / Número de pacientes
	extubados
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
	, , ,
Frequência	Trimestral
Meta	> 80%
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de	Fisioterapeuta
decisão	
Data de implementação do	Após a aprovação do protocolo
indicador	

TABELA 6- Taxa de Ventilação Não Invasiva

Objetivo estratégico	Mensurar o uso da Ventilação Não Invasiva (VNI) em pacientes na unidade.
Nome do indicador	Taxa de VNI
Descrição	Mensuração da taxa mensal de uso da Ventilação Não Invasiva em pacientes na unidade.
Propósito/justificativa	Conhecer o perfil epidemiológico da unidade, identificar a necessidade de cuidados respiratórios específicos, traçar estratégias para redução da PAVM, acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia.
Fórmula	Número de pacientes em VNI x 100 / Número de pacientes internados
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia

Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta.
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de	Fisioterapeuta
decisão	
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

TABELA 7- Taxa de Sucesso de Ventilação Não Invasiva

Objetivo estratégico	Controle dos índices de qualidade na aplicação da Ventilação Não Invasiva (VNI) terapêutica.
Nome do indicador	Taxa de sucesso de VNI
Descrição	Identificar e avaliar o sucesso na aplicação da VNI como estratégia de tratamento em pacientes na unidade, à exceção de pacientes em cuidados paliativos. Sucesso definido como pacientes sem necessidade de intubação nas 48h seguintes à instituição de VNI.
Propósito/justificativa	Diminuir os índices de intubação, reduzir tempo de VM, custos e mortalidade em pacientes na unidade, acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia.
Fórmula	Número de pacientes não intubados 48h após início da VNI x 100 / Número de pacientes que realizaram VNI
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	< 70%
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

TABELA 8- Taxa de extubação não planejada

Objetivo estratégico	Mensurar a incidência de extubação não planejada na unidade.
Nome do indicador	Taxa de extubação não planejada.
Descrição	Mensuração da taxa mensal de extubação
	não planejada em pacientes na unidade.
Propósito/justificativa	Reduzir os eventos de extubação não
	planejada e buscar estratégias para
	prevenção dos mesmos.
Fórmula	Nº de casos de extubação não planejada x
	100/
	Número de pacientes intubados
Unidade de Medida	Porcentagem

Fonte de Dados	Formulário de extubação não planejada e Ficha de Monitorização da Fisioterapia.
Frequência	Trimestral
Meta	< 5%
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

TABELA 9- Taxa de Mobilização Precoce

Objetivo estratégico	Controle dos índices de qualidade na mobilização precoce de pacientes críticos.
Nome do indicador	Taxa de mobilização precoce
Descrição	Identificar e avaliar o número de eventos de mobilização precoce (cinesioterapia ativa, sedestação e retirada do leito) nos pacientes internados na unidade
Propósito/justificativa	Estimular a mobilização e retirada precoce do paciente do leito, a fim de diminuir o declínio funcional associado ao imobilismo, acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia.
Fórmula	Número de eventos de mobilização precoce (cinesioterapia ativa, sedestação e retirada do leito) x 100 / Número de pacientes em Fisioterapia.
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Formulário de Estatística da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	> 70%
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

TABELA 10- Taxa de efeitos adversos relacionados à mobilização

Objetivo estratégico	Mensurar a quantidade de efeitos adversos durante a realização de mobilização pela equipe da fisioterapia na unidade
Nome do indicador	Taxa de efeitos adversos relacionados à mobilização
Descrição	Mensuração da taxa de incidência de efeitos adversos relacionados à mobilização pela fisioterapia. São considerados eventos adversos: queda da SpO2 (> 3%), perda da sonda /acesso, extubação ou decanulação.
Propósito/justificativa	Verificar a incidência de eventos adversos durante a mobilização pela fisioterapia na

	unidade e propor medidas para garantir a segurança deste processo.
Fórmula	Nº de eventos adversos x 100 / Número de pacientes em fisioterapia.
Unidade de Medida	Porcentagem.
Fonte de Dados	Formulário de estatística da Fisioterapia e Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	< 3%
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

13 Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica.

14 Referências Bibliográficas

- 1- Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AACA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviço de pronto- socorro. J Pediatr (Rio J). 2005;81(3):251-8.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Terminologia básica em saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987
- 3- Neves CAB. Urgências e emergências em saúde: Perspectivas de profissionais e usuários. Cad Saúde Pública. 2006;22(3):691-4.
- 4- Morris CD, Hawes SJ. The value of accident and emergency based physiotherapy services. J Accid Emerg Med. 1996 Mar;13(2):111-3.
- 5- Dallari SG, et al. Atendimento médico de urgência na grande São Paulo. Saúde e Sociedade. 2001;10(2):75-99.
- 6- Altheman F. Transformar. Rev Crefito. 2007;3:24-5
- 7- Ministério da Saúde. Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012.
- 8 Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011.
- 9 -Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Acórdão No. 299, de 22 de janeiro de 2013.
- 10 Diário Oficial da União Seção 1Edição nr 170de 02/09/2016Pág. 200
- 11- Diário Oficial da União Seção 1Edição nr 170de 02/09/2016Pág. 201
- 12- Ministério da Saúde. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012.
- 13- Ministério da Saúde. Portaria nº 1.366, de 8 de julho de 2013.
- 14- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 387, de 08 de junho de 2011.
- 15- Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003, 325p.
- 16- Fukujima MM, et al. Atualização em fisioterapia na emergência. Editora Fap-Unifesp, 2009 - 176 p
- 17- Schetino GPP, et al. Ventilação mecânica não-invasiva com pressão positiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2007; 19(2): 245-257.
- 18- França EET, et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2012; 24(1):6-22.

ANEXOS

ANEXO A

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PADRONIZADA

EVOLUÇÃO DIURNA – FISIOTERAPIA – UNIDADE DE EMERGÊNCIA (HOSPITAL)
#
#
ANTECEDENTES
#
#
ADMISSÃO/HISTÓRICO
-
EXAMES COMPLEMENTARES
-
DISPOSITIVOS
-
-
Fatores ambientais
e1101 Medicamentos:
DVA:
Sedação:
e1151 Produtos e tecnologias de apoio para uso pessoal na vida diária:
- VM: modo PCV/VCV/PSV, Pi/PS cmH2O $$,VCe mL, VE L/min, FR irpm, Ti s, PEEP
cmH2O, FiO2 %.
QUADRO FUNCIONAL:
Funções do Corpo:

- b110 Funções da consciência: RASS / ECG (AO; RV; RM)
- b280 Sensação de dor: relata dor generalizada / dor localizada / dor em um dermátomo
- b410 Funções cardíacas: FC bpm; ritmo cardíaco (ex:sinusal)
- b415 Funções dos vasos sanguíneos: perfusão periférica normal/reduzida; retorno venoso normal/reduzida
- b420 Funções da pressão arterial: PA mmHg
- b430 Funções do sistema hematológico:
- gasometria arterial:
- CaO2: g/dL
- b440 Funções da respiração: FR irpm; SpO2 %, ritmo(padrão) respiratório; expansibilidade torácica; AP
- troca gasosa: PaO2/FiO2 ; G(A-a)O2 ; Shunt ; a/A .
- mecânica pulmonar: Cest mL/cmH2O; Rwa cmH2o/L/s; DP cmH2O; Const. Tempo s.
- b445 Funções dos músculos respiratórios: uso de musculatura acessória (sim/não)
- b450 Funções respiratórias adicionais: reflexo de tosse preservado (sim/não), tosse (eficaz/ineficaz/produtiva/não-produtiva)
- b460 Funções associadas às funções cardiovasculares e respiratórias: sensação de dispneia (sim/não)
- b710 Funções da mobilidade das articulações: mobilidade passiva/ativa preservada (sim/não/local)
- b730 Funções da força muscular: MRC / N/A
- b735 Funções do tônus muscular: normotonia/hipotonia/hipertonia (Asworth) nos MMII e MMSS
- b755 Funções de reações motora involuntárias: decorticação/descerebração (sim/não)
- b810 Funções protetoras da pele: preservada/não-preservada (local)

Estruturas do corpo

- s110 Estrutura do encéfalo: lesão (sim/não/local)
- s120 Estrutura da medula: lesão (sim/não/local)
- s410 Estrutura do sistema cardiovascular: cardiomegalia/dissecção arterial/TVP
- s430 Estrutura do sistema respiratório: tipo de tórax/lesão pulmonar/estenose traqueal
- s710-760 Estruturas relacionadas com o movimento: edema / trofismo muscular(local)/deformidade/lesão/amputação)
- s810 Estrutura de áreas da pele: úlcera por pressão (sim/não/local)/queimadura

Atividade e participação

d310-319 comunicar e receber mensagens: verbais/não-verbais/gestuais

d330-340 comunicar e produzir mensagens: comunica-se por meia da fala/mensagens não-verbais/linguagem gestual/escrita

d410-415 mudar e manter a posição básica do corpo: muda de decúbito (sim/não); assume sedestação (sim/não); assume ortostatismo (sim/não); dependência para estas atividades (parcial/total)

d420 Auto transferência: realiza/não realiza (dependência parcial/total)

d450 Andar: deambula (sim/não), dependência parcial/total, marcha estacionária, x metros.

-IMS:

Diag	nóstico	Fisiotera	pêutico
Diag	11001100	1 IOIOTOTA	poduoo

-

- Nível de progressão de fisioterapia motora:

Conduta

_

_

Planejamento/observações

-

ANEXO B

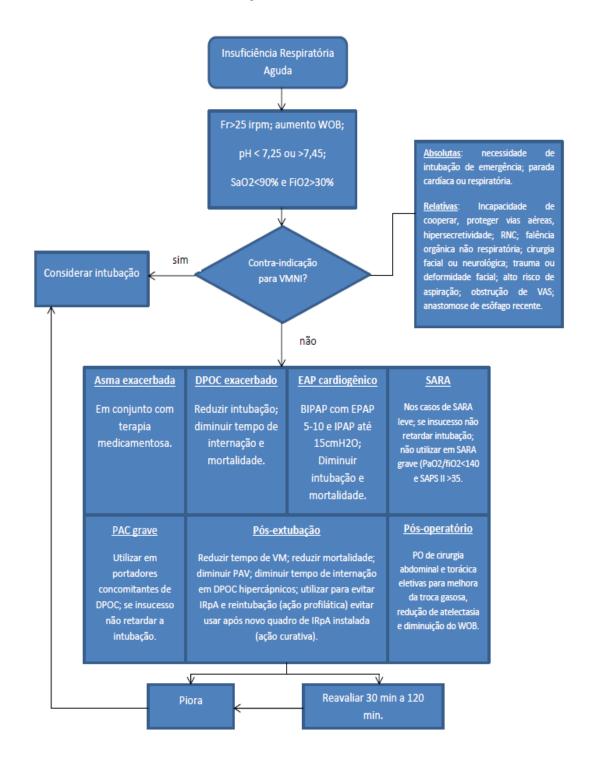
ESCALA DE MOBILIDADE IMS (ICU MOBILITY SCALE)

	Classificação	Definição
0	Nada (deitado no leito)	Rolado passivamente ou exercitado passivamente pela equipe, mas não se movimentando ativamente
1	Sentado no leito, exercícios no leito	Qualquer atividade no leito, incluindo rolar, ponte, exercícios ativos, cicloergômetro e exercícios ativo assistidos; sem sair do leito ou sentado à beira do leito
2	Transferido passivamente para a cadeira (sem ortostatismo)	Transferência para cadeira por meio de guincho, elevador ou passante, sem ortostatismo ou sem sentar à beira do leito
3	Sentado à beira do leito	Pode ser auxiliado pela equipe, mas envolve sentar ativamente à beira do leito e com algum controle de tronco
4	Ortostatismo	Sustentação do peso sobre os pés na posição ortostática, com ou sem ajuda. Pode ser considerado o uso do guincho ou prancha ortostática.
5	Transferência do leito para cadeira	Ser capaz de dar passos ou arrastar os pés na posição em pé até a cadeira. Isto envolve transferir ativamente o peso de uma perna para outra para ir até a cadeira. Se o paciente já ficou em pé com auxílio de algum equipamento médico, ele deve andar até a cadeira (não aplicável se o paciente é levado por algum equipamento de elevação)
6	Marcha estacionária (à beira do leito)	Ser capaz de realizar marcha estacionária erguendo os pés de forma alternada (deve ser capaz de dar no mínimo 4 passos, dois em cada pé), com ou sem auxílio
7	Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com auxílio de 2 ou mais pessoas
8	Deambular com auxílio de 1 pessoa	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o auxílio de 1 pessoa
9	Deambulação independente com auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o uso de dispositivos de marcha, mas sem o auxílio de outra pessoa. Em indivíduos cadeirantes, este nível de atividade implica em se locomover com a cadeira de rodas de forma independente por 5 metros para longe do leito/ cadeira.
10	Deambulação independente sem auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira sem o uso de dispositivos de marcha ou o auxílio de outra pessoa.

Fonte: Kawaguchi YMF et al. Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. J Bras Pneumol. 2016;42(6):429-434.

ANEXO C

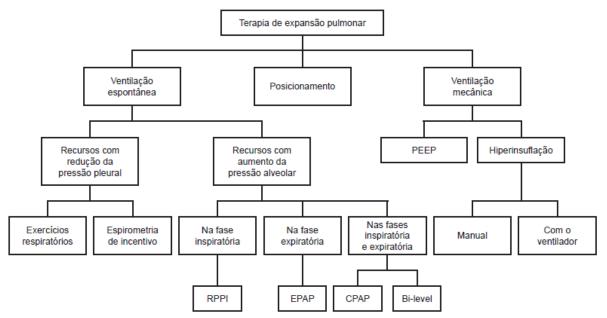
FLUXOGRAMA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA



Fonte: ADAPTADO DE Schetino GPP, et al. Ventilação mecânica não-invasiva com pressão positiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2007; 19(2): 245-257. 13

ANEXO D

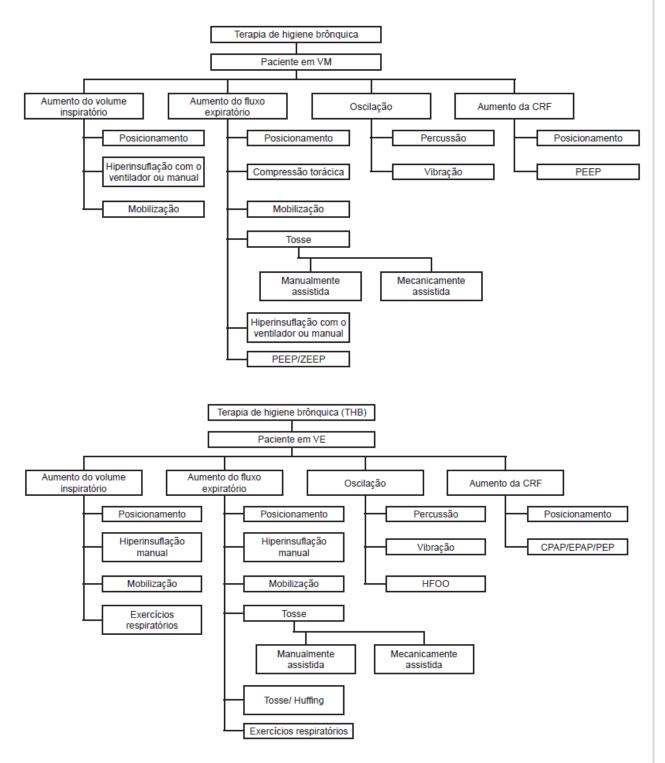
TERAPIA DE EXPANSÃO PULMONAR



Fonte: França EET, et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2012; 24(1):6-22. ¹⁸

ANEXO E

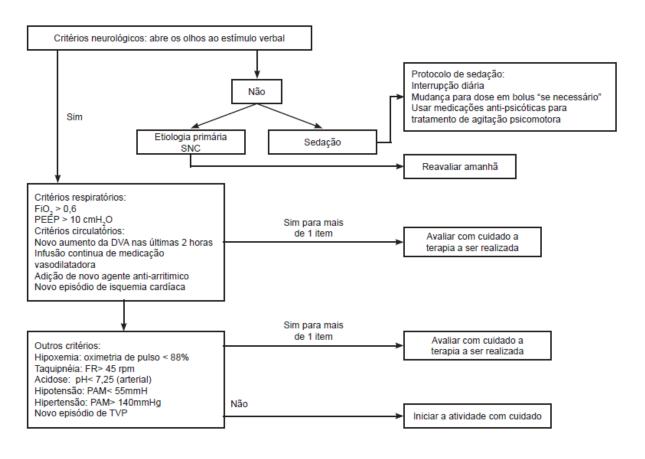
TERAPIA DE HIGIÊNE BRONQUICA



Fonte: França EET, et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2012; 24(1):6-22. 18

ANEXO F

ALGORITMO DE AVALIAÇÃO DOS PACIENTES CANDIDATOS AO TREINAMENTO EM PACIENTES CRÍTICOS

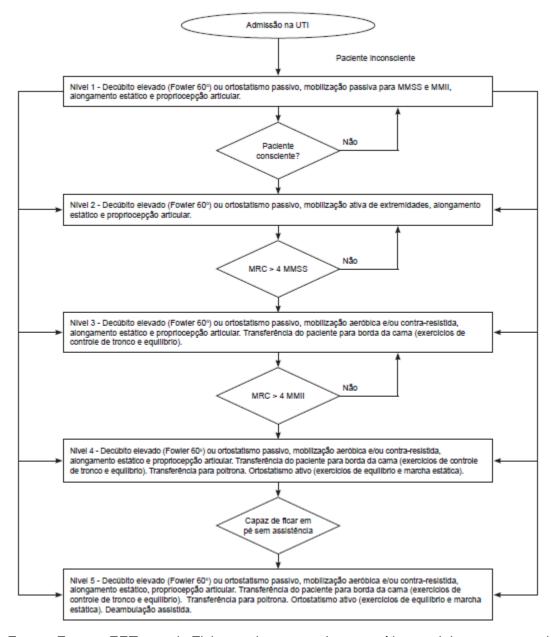


Fonte: França EET, et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2012; 24(1):6-22. ¹⁴ Traduzido de: Korupolu R, Gifford JM, Needham DM. Early mobilization of critically ill patients: reducing neuromuscular complications after intensive care. Contemp Crit Care. 2009;6(9):1-12.

SNC - sistema nervoso central; FiO₂ - frações inspiradas de oxigênio; PEEP - *positive* expiratory end pressure; DVA - droga vasoativa; FR - frequência respiratória; PAM - pressão arterial média; TVP - trombose venosa profunda.

ANEXO G

NÍVEIS DE PROGRESSÃO DA MOBILIZAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO



Fonte: França EET, et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2012; 24(1):6-22. 18

ANEXO H

POP DE ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS ARTIFICIAIS

Applicação de visa sérias artificials (sistema aberto) em pocientes com profese (Respiratoris fauto enchara quas, fraquescionnia). Elabar da presentante de contrata quas, fraquescionnia constituire quadro 1. Elabar da presentante de contrata quas, fraquescionnia constituire quadro 1. Elabar da presentante de contrata de contr	Procedim	ento Operacional Padrão (POP)	Nº Doo.	Elaborado por	Aprov. Área	Aprov. Téo.	1º Versão	Atualização/ Nº		
**N					Elea Soutinho	Monalina Barbona	2011	22/06/2016	Неог	
No. 1 Responsable in Mission or maleration a equipmentation recessable controlled and applications of the process and application of the process and applications and applications of the process and applications and applications of the process and applications anotations are process and applications and applications and applic	Respirati	ona (tubo endotraquear, traqueostornia)		Fisioterapia			1	3ª Versão	1	
1 Repart or materials a equipmental necessarios conforme quadro 1 2 regimenta miles com accord 1979. 3 Occar a paramentação ha seguime ordem. Avesta, mascara, ocuos e luvas de procedimento não esteri 4 Pocusor a paramentação ha seguime ordem. Avesta, mascara, ocuos e luvas de procedimento não esteri 5 Occarda a paramentação ha seguime ordem. Avesta, mascara, ocuos e luvas de procedimento de casterio de sector de sector de casterio de se					GAM NCIH					
2.3 Occurs a parametragio na segume ordere. Avertas, mascara, couos e luvas de procedimento não estati 4. Procedar a aguamentagio na segume ordere. Avertas, mascara, couos e luvas de procedimento não estati 5. Internompera a demine in fusive ou periodimento e los segumentos de casa de la participa			Responsavel	Gerenolamento Vicual (GV)						
## Pictions or succentia me minuter for consists Pictions or sold the simple of the consists Pictions of the consists of				t						
## Placement a placement are in flower or usern/where for indicado International and extra process of the case	3	Colocar a paramentação na seguinte ordem: Avental, máscara, óculos e luvas de proc	redimento não estérii	†	l	QI	JADRO 1			
Feature a diese entains en trois caso	4	Posicionar o paciente em fowler ou semi-fowler se for indicado	t							
Fairs are siteman de vision. Autra e minisagem de sonds enferrirando apenas a parte que será conectada so silicone.	5	Interromper a dieta enteral se for o caso		†		ara o procedimento.				
Diorectival a reneration of silicone 7. Returns a survive a hydronizar an infoor com accord a 70% 8. After un pacide de gazes e colocer-los potente brans do paciente insuperficir de apoil. El manter a militar pacide de gazes e colocer-los potente brans do paciente purperficir de apoil. El manter a militar paciente programmenta filiar el manter a paciente programmenta filiar el manter a militar paciente programmenta filiar paciente programmenta de paciente programmenta como militar paciente programmenta de paciente programmenta como militar paciente programmenta de paciente paciente programmenta de paciente paciente p	-		e que será conectada ao silicone.	Ī						
Procedure a source of pages of conclours or pages of the conclours of pages of the conclours a minimal department of the conclours of pages of the conclours a minimal department of the conclours and the conclours a minimal department of the conclours and the conclours				1						
8 Actif um packed de gaste e conscar les potre trans de packente. 9 Cogar sa trust de procedemente ester concer a managem de luva sobre o packenter superficie de apoil. El manter a 10 apandie en vertilador mechanismos ester de coucer a managem de luva sobre o packenter puperficie de apoil. El manter a 11 a Concer a mismagem de companyagió de packente por aproximadamente 2 minutes (debrar o valor de O2 em Limin ou PO2 = 100% 11 apandie en vertilador mechanismos destruito de apandiemente a camina derebo de embalagem 12 a Concer a mismagem de sonda sobre a bandiga superficie de apoil. 13 a Concer a mismagem de sonda sobre a bandiga superficie de apoil. 14 Desconcer a mismagem de sonda sobre a bandiga superficie de apoil. 15 contaminates 16 a Commercia e activació de vertilador sobre a paze no trizar do packente ou manter o suspenso sem contato com superficies 17 introduzar a contida de semagem participa de packente de umanter e suspenso sem contato com superficies 18 introduzar a contida de contidador de packente de umanter e superso sem contato com superficies 19 introduzar a contida de contidador de packente de umanter de suspenso a embalagem de luva 19 de semagemente descaragemente de scaragemente de scaragemen	•	•		1			- (n° Tubo orot	raqueal/traqueostomic	a x 2):	
Position of the process of the proce	8			1	- Extensão de silicon	e esterilizada (látex);				
10 Seguer com a mide a file dominante a condicidente de embalagem (12 Referer a sonda de ambalagem com a mide a file dominante a condicidente de embalagem (13 Oscobrar e managem da sonda sobre a bareaquisquefficie de apoci- 14 Oscobrar e managem da sonda sobre a bareaquisquefficie de apoci- 15 Oscobrar e managem da sonda sobre a bareaquisquefficie de apoci- 16 Campera e estemblo de silicone com a mide não dominante 17 Introduzar a sonda de sobregão no tubo com a mide do dominante da contaminadas 18 Proceder a aspração com novimento rotationos entrando a sonda com os dedos indicadores e polegar e 19 Repetro o procedimento se necessário 19 Repetro o procedimento se necessário 20 Reptroceda o extractor o cruzolo do vertidador participado a procedimento participado a procedimento a sonda com ma mide não dominante 21 Remover com uma gase o excessão de secreção da sonda se interestario do silicone com a mide não dominante 22 Adapter o procedimento se necessário 23 Oscobretar a sonda da estensão de silicone e desprezaria no residuo do pociente ou sobre a embalagem da luvia 24 Aparte a material utilizado e desprezaria no residuo do pociente ou sobre a embalagem da luvia 25 Proteger a externados da estensão de silicone e desprezaria no residuo do pociente ou sobre a embalagem da luvia 26 Reptrocetar a sonda da extensão de silicone e desprezaria no residuo do pociente ou sobre a embalagem da luvia 27 Aparte a comitar de value desprezaria no residuo do pociente ou sobre a embalagem da luvia 28 Reptro e material utilizado e desprezaria no residuo do pociente 29 Reptro e sobre de values de	9	måo dominante livre		1	- EPIs: Luvas de proc	água destilada ou águ redimento estérii e não	a potável e 2 am estéril, gorro, ca	ipolas de SF0,9%; ipote, máscara desca	rtável e	
Refere a sonda de embalagem com a mide daminante 13 Osocia e a embalagem com a mide daminante 14 Osociano circulto de ventilação da prôteze respiratória com a mide não dominante 15 Apolaro o circulto de ventilação da prôteze respiratória com a mide não dominante 16 Campear a extendão de signore com a mão mão dominante até a carina e rebaí-la mais ou menos 1 cm 17 Introducir a sonda de aspiração no tubo com a mão mão dominante até a carina e rebaí-la mais ou menos 1 cm 18 Proceder a appração com movimentos retarados a sonda com os debos indicadores e polegar e simultamente deschimpendo o silicone com a mão mão dominante. Permanuecer aspirando por 10 a 15' 19 Refertor procedimento se necessario 20 Referencer ao circulto de venteridad re protece com a mão mão dominante. Permanuecer aspirando por 10 a 15' 21 Remover com una gaze o excesso de ascerção da sonda se necessario 22 Appiror a puta destidadar potave joes excesso de ascerção da sonda se necessario 23 Desconectar a sonda da extensão de silicone para remover o excesso de secreção no lumen 25 Fechar o sistema de viscua com a mão dado dominante 26 Fechar o sistema de viscua com a mão dado dominante 27 Referencer a nateria utilizado do delea enterial 28 Rederir en anteria utilizado do delea enterial 29 Referencer a subras e hipentagar as mãos com alcosi a 70% ou agua e sasdo 30 Ajustar os parâmetros do ventador (protecepadore de viscua, enfermento, medico) 31 Remitar a administração da delea enterial 32 Desparamentação do delea enterial 33 Referer as administração do delea enterial 34 Pazer a mantega for protrotutar do paziente in desperadores expendence de contato com pale no infegra esconção estime resperadores, tributa, profusion de servição do paciente e comunitar o procedimento do contato com pale não infegra e composito de paziente, profusionado es comisco a 70% ou agua e sasdo 35 Ajustar os parâmentes do expendence la compasite do infegra esconções de contato com pale não infegra esconção estore respessa, aspirar com enfriga de 20nt, son disclogio a 0,0%	10		or do O2 em L/min ou FIO2 = 100%			otes ;				
131 Osoccar a embalagem da sonda sobre à bandeja/superficire de apole 4 Desconcervo circulto de vertilaçõe da protecte respirabidha com a mão não dominante 5 Apolar o circulto de vertilaçõe da protecte respirabidha com a mão não dominante 6 Câmpear a extensão de siticone com a mão não dominante 7 Proceder a aposação com univertidor sobre a guaze no totas do pacterite ou manite-is suspenso sem contato com superficires 9 Proceder a aposação com univertendo relatativo estando a sonda com a os dedos indicadores e polegar e simultaneamente descriampeando o siticone com a mão não dominante. Permanecer aspirando por 10 a 15* 9 Resporte or circulto do vertilador a protesse de socreção da sonda se inecessário 20 Reconectar o circulto do vertilador a protesse com a mão não dominante. 9 Reconectar o circulto do vertilador a protesse com a mão não dominante. 9 Reconectar o circulto do vertilador a protesse com a mão não dominante. 9 Reconectar o circulto do vertilador a protesse com a mão não dominante. 9 Reconectar o circulto do vertilador a protesse com a mão não dominante. 9 Reconectar o circulto do vertilador a protesse com a mão não dominante. 9 Reconectar o circulto do vertilador a protesse com a mão não dominante. 9 Reconectar o circulto do vertilador a protesse com a mão não dominante. 9 Reconectar o solutido do vertilador a notes com a mão não dominante. 9 Reconectar o solutido do vertilador a notes com a mão não dominante. 9 Reconectar o solutido do vertilador a notes com a mão não dominante. 9 Reconectar o solutido do vertilador a notes com a mão não dominante. 9 Reconectar o solutido do vertilador a notes com a mão não dominante. 9 Reconectar o solutido do vertilador a notes com a mão não dominante. 9 Reconectar o materia utilizado do desi enteria. 9 Reconectar o ma	11	Segurar com a mão não dominante a sonda dentro da embalagem		I						
Society of vertical de verdicação de protesse reapresidors com a mão não dominante	12		<u> </u>	I		1000	The same			
Desconectar o circuito de ventidação da protese respiratoria com a mão não dominante. Apoitor o circuito do ventidador potre a gaza no fortar do paciente ou mante-lo suspenso sem contato com superficies contaminadas. Introduzir a sonda de aspiração no tubo com a mão não dominante at a carna e retrai-la mais ou menos 1 cm. Repetr o procedimento se necessário estranda o sonda com se desos indicadores e polegar e simultaneamente descriampeando o silicone com a mão não dominante. Permanecer aspirando por 10 a 15' Repetr o procedimento se necessário estranda o sonda com os decisos indicadores e polegar e simultaneamente descriampeando o silicone com a mão não dominante. Permanecer aspirando por 10 a 15' Repetro o procedimento se necessário os escreção da sonda se necessário com com a mão não dominante. Repetro o procedimento se necessário da sonda se necessário com a mão não dominante. 20 Reconectar o circuito do ventidador a protese com a mão não dominante. 21 Remover com uma gaze o excesso de secreção da sonda se necessário. 22 Aspirar Agua destilidad potave pela extensão do silicone para remover o excesso de secreção no lumen. 23 Protegar a extermidade do silicone com a embalagem da sonda utilizando a mão não dominante. 24 Aspirar a fau luvas e hipenitara as mãos com aicoda 170% ou água e sabdo. 35 Aquatar os partimetros do residuado de paciente. 26 Reciner o satiementa levacua com a mão não dominante. 27 Respetor o material utilizado de paciente entrela de silicone com a embalagem da sonda utilizando a mão não dominante. 28 Reciner o satiementa de vacua com a mão não dominante. 39 Respetor o material utilizado de paciente mental do silicone para remover o excesso de secreção no lumen. 30 Aquatar os partimetros do residiado de celepreza na removal o excessoria. 31 Renicizer a administração do destina entrela do silicone para remover o excessoria. 31 Respetor o saterimenta de vacua com a mão não dominante. 32 Desconamentaria-e neste a equalnota: utilizado do paciente. 33 Aquatar os partimetros	13	Colocar a embalagem da sonda sobre a bandeja/superficie de apolo		1		1	The Parks			
Contaminadas Cont	14	Desconectar o circulto de ventilação da prôtese respiratória com a mão não dominante		1			1	ao mirodum na pro		
To introduzar a sonda de aparação no tubo com a mão dominante sita a carina e retrairia máis ou menos 1 cm 19 Proceder a aspiração com movimentos rotatorios retrando a sonda com so dedos indicadores e polegar e simulprasemente descinamentos com a mão não dominante. 19 Repetir o procedimento se necessário 20 Reconectar o circulto do ventilador a protese com a mão não dominante. 21 Remover com uma gaza es exesso de secreção da sondas se necessário 22 Aspirar o natir e na sequência a boca 23 Oscorectar a sonda da estensão de silicone e desprezaria no residuo do paciente ou sobre a embalagem da luva 24 Aspirar água destinadar potaveis pela extensão do estilicone para remover o excesso de secreção no litmen 25 Proteger a extermidade do silicone com a embalagem da sondas utilizando a mão mão dominante 26 Reconer o sistema de vexuo com a mão não dominante 27 Reconer a sistema do vexuo com a mão não dominante 28 Reconer o sistema de vexuo com a mão não dominante 29 Reconer a sistema de vexuo com a mão não dominante 29 Reconer a sistema de vexuo com a mão não dominante 20 Reconer a sistema de vexuo com a mão não dominante 20 Reconer a sistema de vexuo com a mão não dominante 21 Reconer a sistema de vexuo com a mão não dominante 22 Reconer a sistema de vexuo com a mão não dominante 23 Reconer o sistema de vexuo com a mão não dominante 24 Reconer o sistema de vexuo com a mão não dominante 25 Reconer a sistema de vexuo com a mão não dominante 26 Reconer a sistema de vexuo com a mão não dominante 27 Reconer a sistema de vexuo com a mão não dominante 28 Reconer a sursa e higientar as influes com pale rado influence a sursação do defice enterial 29 Esparace as influences máo dos defice enterial 30 Repetira a administração do quale esta esta de compando do paciente 4 Ba não houver risco de contato com pale não integra secreções e extreções do paciente. 5 Reconer a sondação no pronhutario do paciente 5 Reconer a sondação no pronhutario do paciente 5 Reconer a sondação no pronhutario do paciente 6 R	15		o sem contato com superficies	Médico.						
17 introducir a sonia de aspiração no tubo com a mão dominante atá a carta e retaria mais ou menos 1 cm 18 receitor o appração com movimentos rotativos retariados aconda como adecidos indicadores e obligava e 3 minutaneamente desclampeando o silcone com a mão não dominante. Permanecer aspirando por 10 a 15' 2 Renover com uma gaze o excesso do secreção da sonda se necessario 2 Aprirar a paus destindar a protese com a mão não dominante. 2 Aprirar a paus destindar potave jo peis extensão de silcone e desprezaria no residuo do paciente ou sobre a embalagem da luva 2 Aprirar a paus destindar jo potave jo peis extensão de silcone para remover o excesso de secreção no lúmen 2 Protegra e attentidade dos silcone com a mão não dominante 3 Recolher o materias utilizado e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente 3 Recolher o materias utilizados e desprezar no residuo do paciente de vida de desa mentra. Sequência de Paramentação Sequênci	16	Clampear a extensão de silicone com a mão não dominante				-	- T	N .		
## Proceder a asptração com movimentos rotatórios retirando a sonda com os dedos indicadores e polegar e simultareamente descrampeando a silicone com a mão não dominante. Permanecer asptrando por 10 a 15 ## Recenter o precedimento e necessario no encessario no ence	17	Introduzir a sonda de aspiração no tubo com a mão dominante até a carina e retrai-la	mais ou menos 1 cm							
Remover com uma gaze o excesso de secreção da sonda se necessáno Apoirar o nartiz e na sequência a boca 30 Desconectar a sonda da extensão de selecegão da sonda se necessáno 23 Desconectar a sonda da extensão de selicone e despreza-la no residuo do paciente ou sobre a embalagem da luva 24 Aspirar o partiz e na sequência a boca 25 Proteger a extremidade do silicone com a embalagem da sonda utilizando a mão não dominante 26 Fechar o sistema de vacuo com a embalagem da sonda utilizando a mão não dominante 27 Response o materia utilizado o desprezar no residuo do paciente 28 Rectorar sa turas e hipientaz as mãos com atocol a 70% ou agua e sados 30 Austor o partimento a ventidador (interpretat, entermeiro, medico) 31 Reniciar a administração da dieta enteral 32 Desparamentar-se nesta sequência. Turas, oculos, máscara e avental 33 Desparamentar-se nesta sequência. Turas, oculos, máscara e avental 34 Fazer a anotação no promiuanto do paciente Micro-diferenças Nº Estado Descrição da Diferença 4 Se não horver finace des contato com pele não integra secreções do paciente, NAO há necessidade de utilizar turas, apenas realizar higieno 4 das mãos com siccol a 70% co Precupições de Contato 5 de secreção estiver espesas, aspirar com seringa de 20ml, sor nãológico a 0,9% e institar através da protesso finativa, o productima de securida e securidar o procedimento. 5 de secreção estiver espesas, aspirar com seringa de 20ml, sor nãológico a 0,9% e institar através da protesso finativa, o productima de securidar o manual (AMDL), uma segurado pascente mentação de contato com diagnóstico de finatura de base do crisião 5 de houver necessidade de utilizar o resecutador manual (AMDL), uma segurado pascente mentacidado de contato, calgar um par de la completa de comunidar o médico, se inconsidar de procedimento não estátil se o paciente establização coencial. Aspirar somente após de lever es procedimento não estátil se o paciente establização de contato. Se paciente desasturar após o procedimento, manter confidênce.	18									
21 Remover com uma gaze o excesso de secreção da sonda se necessaño 22 Aspirar o narte e na sequência a boca 23 Desconectar a sonda de atendado de allicone e desprezár-la no residuo do paciente ou sobre a embalagem da luva 24 Aspirar água destitudar potável pela extensão de silicone para remover o excesso de secreção no lúmen 25 Proteger a extremidade do allicone com a embalagem da sonda utilizando a mão não dominante 26 Rectar o sistema de vacua com a mão abdo dominante 27 Retirar as luvas e higienizar as mãos com alscola 70% ou água e sabão 28 Rectar as luvas e higienizar as mãos com alscola 70% ou água e sabão 39 Ajustar ou parâmetros do venilisador indioterapeuta, enfemero, medico) 30 Repistar as mãos com alscola 70% ou água e sabão 31 Retiricar a administração da debe enteral 32 Desparamentar-se nestos acquâncias luvas, ocuso, máscara e avental 33 Repistar as mãos com alscola 70% ou água e sabão 34 Fazer a anotação no prontuário do paciente 35 Retirar as dinistração do de enteral 36 Retirar as dinistração do de enteral 37 Retirar as distrações a exquências luvas, ocuso, máscara e avental 38 Retirar as distrações acquâncias luvas, ocuso, máscara e avental 39 Retirar as luvas e higienizar as mãos com alscola 70% ou água e sabão 30 Retirar as anotação no prontuário do paciente 30 Retirar as distrações de contato com pele não integra secreções de paciente, NÃO há necessidade de utilizar luvas, apenas realizar higiene 4 Se não houver finece de contato com pele não integra secreções do paciente extremações de distrações contratos extremas extremas distrações contratos extremas extremas distrações contratos extremas extremas de vias aérasas 39 Retirar as paciente extrema extr	19	Repetr o procedimento se necessário		t						
22 Aspirar o nartz e na sequência a boca 23 Desconectar a sonda de extensão de allicone para remover o excesso de secreção no lismen 24 Aspirar água destinadar potavei peia extensão de silicone para remover o excesso de secreção no lismen 25 Proteger a extremidade do silicone com a embaiagem da sonda utilizando a mão não dominante 26 Proteger a extremidado de destinada o máso não dominante 27 Rectar o sistema de vácuo com a embaiagem da sonda utilizando a mão não dominante 28 Rector o materia utilizado e despreza no restiduo do paciente 29 Rectar as luvas e hipientizar as mãos com sicoo la 70% ou agua e sadolo 30 Alustra o parámentos do ventidador (incinerpouta, entremiero, médico) 31 Reniciar a administração da dieta enteral 32 Desparamentar-se nesta sequência: luvas, oculos, mascara e avental 33 Higientizar as misos com sicoo la 70% ou agua e sadolo 34 Faser a anotação no promiuándo do paciente 35 Rector a amotação no promiuándo do paciente 36 Rector a amotação no promiuándo do paciente 37 Respera a motação no promiuándo do paciente 38 Rector a sur a máso com sicoo la 70% ou agua e sadolo 39 Alustra a misos com sicoo la 70% ou agua e sadolo 30 Alustra e a anotação no promiuándo do paciente 30 Rector a a motação no promiuándo do paciente 39 Descoração do diferença. 40 En houver fisos de contato com pete não integra secreções do paciente, NAO há necessidade de utilizar luvas, apense realizar hígiem da máso com sicoo la 70% ou Precuações de Contato. 40 En houver fisos dos firences de fise novemente, solidar para a valgua de exfermagem as internupção de deta, Cuando o processo finates, a profesioral deve somunitar o médico de máso más fise no paciente e comunicar o médico de enterangem para funcificar a secreção 40 En houver necessidade de utilizar o ressocitador manual (AMBU), uma segundo propesso para fluidificar a secreção 50 En houver necessidade de utilizar o ressocitador manual (AMBU), uma segundo processo finates, a profesiorad deve somunitar o médico, e recessidade de utilizar o ressocitado e mensinação d	20	Reconectar o circuito do ventilador á prótese com a mão não dominante		†						
Desconectar a sonda da extensão de silicone e despreza-ta no residuo do paciente ou sobre a embalagem da luva 24 Aspirar água destidada potavei pela extensão de silicone para remover o excesso de secreção no lúmen 25 Protegor a exteremidade do silicone com a embalagem da sonda utilizando a mão não dominante 26 Protegor a exteremidade do silicone com a embalagem da sonda utilizando a mão não dominante 27 Rentor a silicensa de vuezu com a mão não dominante 28 Recolher o material utilizado e despreza no residuo do paciente 29 Retrar a subraintivação do debe enteral 20 Retrar as administração do debe enteral 20 Despramentar-se nestes sequência: tuvas, oculos, máscara e avental 21 Despramentar-se nestes sequência: tuvas, oculos, máscara e avental 23 Retricar a administração do debe enteral 25 Retrar a sondação no promismo do paciente 26 Mistoria a sondação do paciente 27 Mistoria de Paramentação 28 Equência de Paramentação 29 Descrição do paciente 4 De não houver risco de contato com pale não integra secreções do paciente, NÃO ha necessidade de utilizar luvas, apenas realizar higiene 4 De não houver risco de contato com pale não integra secreções do paciente, NÃO ha necessidade de utilizar luvas, apenas realizar higiene 4 De não houver risco de contato com pale não integra secreções do paciente, solidar para se aplaça de variementar se entermagem para bornacer a dista novamenta. 29 Be houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para subiliar 20 Be houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para subiliar 20 Be houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para subiliar 20 Be houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para subiliar 21 Descrições debier especialmento não estádi se o paciente tendo risco de contato com fuidos corpóreos ou paciente en precaugões de contato, o el	21	Remover com uma gaze o excesso de secreção da sonda se necessário		†						
24 Aspirar água destiladar potável pela extensão de silicone para remover o excesso de secreção no lúmen 25 Protegor a estremidade do silicone com a embalagem da sonda utilizando a mão não dominante 26 Recinar os sistema de vácuo com a mão não dominante 27 Recinar os sistema de vácuo com a mão não dominante 28 Recinar as luvias e higientazar sam tidos com siccola 170% ou água e sabido 30 Ajustos o partimetos do ventidador (filotorispeuta, enference), médico) 31 Reniciar a administração da debe enteral 32 Desponsamentar-se nestes sequências: luvias, oculos, máscara e aventals 33 Higientazar sam fidos com siccola 170% ou água e sabido 34 Prazer a anotação no promiuanto do pacente 35 Reniciar as amotação no promiuanto do pacente 36 Prazer a anotação no promiuanto do pacente 36 Prazer a anotação no promiuanto do pacente 37 Prazer a nontação no promiuanto do pacente 38 Prazer a nontação no promiuanto do pacente 39 Descrição da Diferença. 40 Ento houver fisoco de contato com pele não lintegra secreções de paciente, NÃO há necessidade de utilizar luvas, apenas realizar higient dan mãos com siccola 170% ou Precugições de Contato. 40 Ento houver fisoco de contato com pele não lintegra secreções de paciente, solidor para se aplaça de verfermagem as interrupção da defei. Quando processo finalaze, o profusional deve comunica e enfermagem para formace de de utilizar luvas, apenas realizar higient dan mãos com siccola 2004 con contacto com pele não lintegra secreções de contato com seringa de 2004, sono fisiológico a 0,9% e institar através da prôtese para fluidificar a secreção. 50 En houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para audiliar 50 En houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para audiliar 50 En houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para audiliar 50 En houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá	22	Aspirar o nariz e na sequência a boca		Ī						
Protegor a extremidade do silicone com a embalagem da sonda utilizando a mão não dominante 26 Fechar o sistema de vacuo com a mão não dominante 28 Rectora o sistema de vacuo com a mão não dominante 29 Retrar as luvas e higientizar as mãos com siccol a 70% ou agua e sadão 30 Austra os parafieredo so vertidador (ficiorarpeuta, enference) 31 Reniciar a administração da delea enteral 32 Deparamentar-se nestas acquáncias livas, ocuos, mascara e avental 33 Higientizar as mãos com siccol a 70% ou agua e sadão 34 Fazer a anotação no promiuándo do paciente Micro-diferenças 4 Se não houver fisoco da Office que precupêm de Contato 4 Be não houver fisoco de Office que precupêm de Contato 5 Decorção da Diferença 5 Decorção da Office que precupêm de Contato 6 In la finite-reputat no execuções de Contato 6 In la finite-reputat no execuções de Contato 7 Descrição da Diferença de Contato dom pele não integras ecreções e excreções do paciente, NAO há necessidade de utilizar luvas, apenas realizar hígiem das mãos com siccol a 70% ou Precupões de Contato 7 Diferença por porcedimento e comunicar o médico 8 Interrumgem para formacer a dela novemente. 9 Descrição da formace de contato com pele não integras ecreções de destina e valuado de paciente externador a dela novemente. 9 Divergênolas e Ações Corretivas Padronizadas 9 Descrição do Divergo do Divergo de Contato de Paramentação 9 Descrição do Divergo do Divergo do Padronizado de Contato	23	Desconectar a sonda da extensão de silicone e desprezá-la no residuo do paciente ou	sobre a embalagem da luva		· A •	2 00				
26 Fechar o sistema de vacuo com a mão não dominante 28 Recolher o material utilizado e desprezar no recidio do paciente 29 Retrar a sistema feva fechar o paramentar de vacuo com a mão não dominante 29 Retrar a sistema feva do ventidado rificioterapeuta, enfermerio, medico) 30 Ajustar os parâmetros do ventidador (ficioterapeuta, enfermerio, medico) 31 Renicia a administração da deb enteral 32 Desparamentar-se nesta sequência: tuvas, oculos, máscara e avental 33 Higienzar as mãos com siccol a 70% ou agua e sadão 34 Fazer a antosção no promitando do paciente 35 Pazer a antosção no promitando do paciente 36 Pazer a antosção no promitando do paciente 37 Pazer a antosção no promitando do paciente 38 Pazer a antosção no promitando do paciente 40 Pazer a antosção no promitando do paciente 50 Pazer pazer a antosção no paciente de visua atemas 50 Pazer paze	24	Aspirar água destilada/ potável pela extensão de silicone para remover o excesso de s	secreção no lúmen	1						
Recipira as luras e ingenizar as misos com alicoral a 17% ou agua e sabiso 30. Ajustar os parametros do ventilador finibierarpeaus, entremente, médico) 31 Reniciar a administração das debe enteral 32 Desparamentar-se necis aequância: luvas, oculos, máscara e avental 33 Hiplenizar as mãos com alicoral a 170% ou agua e sabiso 33 Hiplenizar as mãos com alicoral a 170% ou agua e sabiso 34 Fazer a anotação no promisero do paciente 35 Descripão da Diferença 36 Pazer a anotação no promisero do paciente 37 Estas Descripão da Diferença 4 De não houver fisos de do paciente 4 De não houver fisos de contato com pele não integra secreções e excreções do paciente, NÃO há necessidade de utilizar luvas, apenas realizar higiene 4 De não houver fisos de contato com pele não integra secreções de paciente, NÃO há necessidade de utilizar luvas, apenas realizar higiene 4 De não houver fisos de contato com pele não integra secreções de paciente, vidar para explaya de enfermaçem as interrupção de deta. Cuando o processo finalizar, o profissional deve comuniter e enfermaçem para torracer a deta novemente. 4 De não houver fisos de procedimento e comunicar o médico de enfermaçem para torracer a deta novemente. 5 Descripão da Diferença 5 Descripão da Diferença 6 Descripão da Diferença 7 Descripão da Diferença 7 Descripão da Diferença 8 Interrupção de visa sérias 8 Interrupção de visa sérias 9 Descripão da Diferença 9 Descripã	25	Proteger a extremidade do silicone com a embalagem da sonda utilizando a mão não o	dominante	I	15.4 F	A-2 UNITED	1	* 2 .	10.00	
Refure as lutars a higheritair as midas com siscoal a 70% ou sigua e saddo Autoria o partimetros do vertidador (iniciar peuta, enfermeiro, medico) 30 Autoria o partimetros do vertidador (iniciar) 31 Reinciar a administração da dieta enterai 32 Osparamentan-se nesta sequência. Iuvas, oculos, máscara e aventai 33 Higheria as midas com acticoal a 70% ou agua e saddo 34 Fazer a anotação no promiuándo do paciente Micro-diferenças * Nº Estado Decorição da Olferença de Olferença de Micro-diferença de Olferença de Olferença de Micro-diferença de Olferença de	26	Fechar o sistema de vácuo com a mão não dominante		I				O 100		
30 Ajustar os parámetros do ventilador (fisioterapeuta, enfermeiro, medico) 31 Renicar a administração da deta enteral 32 Desparamentar-se netes sequência: tuvas, oculos, máscara e avental 33 Higherizar as mãos com alicos la 70% ou agua e sabdo 34 Fazer a anotação no promismo do paciente Mioro-diferenças * Williado Descrição da Diferença 4 Be não houver fisco de contato com pele não integra secreções e excreções do paciente, NÃO há necessidade de utilizar luvas, apenas realizar higiene 4 Be não houver fisco de contato com pele não integra secreções e excreções do paciente, NÃO há necessidade de utilizar luvas, apenas realizar higiene 5 As en fiscoria a 70% col Precugões de Contato 4 Be não houver fisco de contato com pele não integra secreções de excreções de deste respectados excreções de excreções de secreções aspirar com seringa de 20ml, soro fisiológico a 0,9% e instilar através da protese para fluidificar a secreção 20 Be houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para subiliar 20 Be nouver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para subiliar 20 Be houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para subiliar 21 Be houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para subiliar 22 Be houver necessidade de reposicionar o paciente tende for soc de contato com fluidos corpóreos ou paciente em precaugões de contato, caligar um par 23 de houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para subiliar 24 de lovas de procedimento não estelfil se o paciente tende social com fluidos corpóreos ou paciente em precaugões de contato, de pocidimento não estelá se o paciente dessuturar apõe o procedimento, manter 25 de houver necessidade de utilizar o ressucitado de procedimento não estelá se o paciente tende social de contato. Se paciente dessuturar ap				I	*	*		- M	1000-	
31 Reiniciar a administração da dieta enterai 32 Desparamentar-se nesta sequência. Iuvas, oculos, máscara e aventai 33 Higheraz as milhos com afícicola 70% ou águia e sabão 34 Fazer a anotação no promisarão do paciente 45 Portugação de Desparamentação 56 Portugação de Desparamentação 68 Portugação de Desparamentação 69 Portugação de Desparamentação 69 Portugação de Desparamentação 69 Portugação de Desparamentação 60 Portugação de Paramentação 60 Portugação de Desparamentação 60 Portugação de Desparamentação 60 Portugação de Desparamentação 60 Portugação de Paramentação 60 Portugação de Desparamentação 60 Portugação de Paramentação 60 Portugação de Paramentação 60 Portugação de Portugação de Paramentação 60 Portugação de Paramentação de Paramentação 60 Portugação de Paramentação de Paramentação 60 Portugação de Paramentação de Paramentaçã				1	1 4 July 4 July 4	5.6	1000	- 160 V	N PT	
Desparamentan-se nesta sequiência: Livas, óculos, máscara e avental 33 Higherax as an fiso com sico da 70% ou agua e sasão 43 Fascar a anotação no promisarão do paciente Micro-differenças: 5 en fabro touver risco de contato com pele não lintigra escreções de paciente, NÃO há necessidade de utilizar luvas, apenas realizar higiente da máso com álcond a 70% ou Procaugões de contato com pele não lintigra escreções de paciente, NÃO há necessidade de utilizar luvas, apenas realizar higiente da máso com álcond a 70% ou Procaugões de contato com pele não lintigra escreções de excreções de paciente, NÃO há necessidade de utilizar luvas, apenas realizar higiente da máso com álcond a 70% ou Procaugões de Contato 6 Fastote-repetos for o escutar es, solidar para a equipa de eferemagem a interrupção da detas. Quando o processo finalizar, o profisional deve comunier a uniformagem para formacer a dida novemente. 19 Escreções destine respecia, aspirar com entirga de 20ml, soro fisiológico a 0,9% e institar através da prôtese para fluidificar a escreção 20 Se houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para auciliar 20 Se houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para auciliar 20 Se houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para auciliar 20 Se houver necessidade de reposicionar o paciente tendo risco de contato com fluidos corpóreos ou paciente membração de contato, caligar um par de luvas de procedimento não estáti se o paciente tendo risco de contato com fluidos corpóreos ou paciente desauturar apõe o procedimento, manter objector de luvas de procedimento não estáti se o paciente desauturar apõe o procedimento, manter objector de luvas de procedimento não estáti se o paciente desauturar apõe o procedimento, manter objector de normalização de commissão do quado.				1	000		41/		11/19	
33 Higherizar as midas com siscos la 70% ou sigua e sabiso 34 Fazer a anotas 50 no promiumo do paciente Micro-differenças * N° Elsos Decorpão da Differença 4 De não houver fiscos de contato com pele não lintegra secreções e excreções do paciente, NÃC hás necessidade de utilizar luvas, apenas realizar higient das midos com altoos la 70% ou Precuejões de Contato 3 la febitivesquats for o executore, solidar para seplar de enfermagem para explar de explaración deve comunidar o médico terrorrespón entre responde entre explar de explaración entre explaración en ex				1						
Fazer a anotação no promisario do paciente Micro-differenças * Divergências e Ações Corretivas Padronizados Decorição da Differença * Se não houver fiso de contato com pele não integra secreções e excreções do paciente, NAO há necessidade de utilizar luvas, apenas realizar hígiens da managemente de visa séreas interrumper o procedimento e comunicar o médico de entremagem para formecer a dista novemente. Se houver inecessidade de utilizar o ressucitaria, solidar para a equipa de enfermagem a interrupção da deta. Quando o processo finalizar, o profisiónal deve comunicar o médico destruma de entremagemente, visar a cabaça do paciente e comunicar o médico destruma de la consensa de la c				1	Sequência de	raramentação	Sequ	encia de Desparamer	ntação	
Morr-differenças* Decorição da Differença* Decorição da Differença				1						
Nº Elacia Descrição da Diferença 4 Be não houver risco de contato com pele não integra secreções e excreções do paciente, NÃO há necessidade de utilizar havas, apenas realizar higiens das másos com álcos da 17% ou Precaugões do Contato 5 en filotereposte for executoria, solidar para e explaye de Contato 6 Se entregame para formacer desta covarentes. 19 Se secreção estiver espessa, aspirar com seringa de 20mi, soro fisiológico a 0,9% e instilar através da prótese para fluidificar a secreção 20 Se houver necessidade de utilizar o resecutoria com manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser accimanta para auxiliar 20 Se houver necessidade de respecicionar o paciente femó risco de contato com fluidos corpôneos ou paciente em precaução de contato, calgar um pair de luvias de procedimentos não estáfil se o paciente estore tendo risco de contato com fluidos corpôneos ou paciente dessaturar apõe o procedimento, marter contacto com manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá se ma cionada para auxiliar 50 Usar l'uvas de procedimentos não estáfil se o paciente tendo risco de contato com fluidos corpôneos ou paciente dessaturar apõe o procedimento, marter contacto com marter contacto para fluidificar a secreção 20 Se houver necessidade de respecicionar o paciente femó risco de contato com fluidos corpôneos ou paciente dessaturar apõe o procedimento, marter contacto com marter contacto com fluidos corpôneos ou paciente dessaturar apõe o procedimento, marter contacto com marter contacto co				<u> </u>						
Be não touver fisco de contato om pele não Integra secreções de paciente, NÃO há necessidade de utilizar tuvas, apenas realizar higiene das mãos com álcorol a 70% ou Procauções de Contato Se notate-especto for executares, solicitur para e apiga de enfermagem a interrupção de detas. Quando o processo finalizar, o profusional deve comunitar a utilizar para estada recurrenta. 19 De secreções estiver especial, espirar com enfriga de 20ml, soro fisiológico a 0,0% e institar através da prócese para fluidificar a secreção Se houver necessidade de utilizar o ressucitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para auxiliar Se houver necessidade de reposicionar o paciente tempo risco de contato com fluidos corpóreos ou paciente em precaução de contato, caligar um par de louva de procedimento não destidi se o paciente desasturar apõe o procedimento más definidade de fluidado com estabilização cervical. Aspirar somente oposições describado de fluidado com estabilização cervical. Aspirar somente oposições de contato com fluidos oposições de contato con paciente desasturar apõe o procedimento, manter oposições com manter oposições de contato com fluidos quado.						Corretivas Padroniz				
das mitose con al accor a 170s ou Precupere de Contato a le followerpeuts for o securities quality as equipped ou enfermagem is interrupção de dieta. Quando o processo finalizer, o profissional deve comunitar e enfermagem para portugação estivar especial especial portugação estivar especial especial portugação estivar especial especi		Se não houver risco de contato com pele não Integra secreções e excreções do paciente, NÃO) há necessidade de utilizar luvas, aper	nas realizar higiene		reas			r o médico	
between the control of the control o										
19 De secreção esterer espesas, appara com serring de 20ths, sort historia ou quim e instituir autres da protese para tructinoir a secreção 20 Se houver necessidade de utilizar o reseaudador manual (AMBU), uma segunda pessão potrese para tructinoir a secreção 20 Se houver necessidade de respesicionar o patiente tendor issos de contato com fluidos corpóreos ou paciente em precauqão de contato, calçar um par de luvas de procedimentos não estéril 30 Usar luvas de procedimentos não estéril se o paciente ester em Precauções de contato. Se paciente dessasturar após o procedimento, manter calcular de travas de procedimentos não estéril se o paciente ester em Precauções de contato. Se paciente dessasturar após o procedimento, manter calcular de travas de procedimentos não estéril se o paciente ester em Precauções de contato. Se paciente dessasturar após o procedimento, manter calcular de travas de procedimentos não estéril se o paciente ester em Precauções de contato. Se paciente dessasturar após o procedimento, manter calcular de travas de procedimentos não estéril se o paciente ester em Precauções de contato. Se paciente dessasturar após o procedimento, manter calcular de travas de procedimentos não estéril se o paciente ester em Precauções de contato. Se paciente dessasturar após o procedimento, manter calcular de travas de procedimentos não estéril se o paciente ester em Precauções de contato. Se paciente dessasturar após o procedimento, manter calcular de travas de procedimentos não estárilos de finatura de base do calcular de travas de procedimentos não estárilos de finatura de base do calcular de travas de procedimentos não estárilos de finatura de base do calcular de travas de procedimentos não estárilos de finatura de base do calcular de travas de procedimentos não estárilos de finatura de base do calcular de travas de procedimentos não estárilos de finatura de base do calcular de travas de procedimentos não estárilos de finatura de base do calcular de travas de procedimentos não estárilos de finatura de ba	_	enfermagem para fornecer a dieta novamenta.		Võmito durante o proced	imento	para o lado esqu	uerdo até que o episódio	o tenha acabado.		
29 Se houver necessidade de reposicionar o pariente tendo risco de contato com fluidos corpóreos ou pariente em precaugão de contato, calçar um par de luves de procedimentos não estáril su de pariente desauturar apõe o procedimento, manter confinio de luves de procedimento não estáril se o paciente desauturar apõe o procedimento, manter confinio de luves de procedimento de contacto de procedimento de luves de procedimento de confinio de luves de procedimento de confinio de luves de procedimento de procedimento de confinio de luves de procedimento de luves			ção				one o consuman o med			
de lavas de procedimentos não estéril reconstruir de baselor de considerados de procedimentos não estéril e opaciente desauturar após o procedimento, manter confisio desposações de contato. Se paciente desauturar após o procedimento, manter confisio desposações de contatos de procedimento não estéril se o paciente estiver em Precauções de contato. Se paciente desauturar após o procedimento, manter confisio desposações descuesão clínica de descuesão descuesão clínica descuesão clínica descuesão clínica de descuesão clínica descuesão clínica descuesão clínica de des	20		- edeason or							
90 oxigenação elevada até normalização do quadro.	29	de luvas de procedimentos não estéril	Paciente com diagnostico de fratura de base do Cuidado com establi orânio aoôs discussão cilini			pirar somente				
Documentos Relacionados Áreas Envolvidas		oxigenação elevada até normalização do quadro.	ciente dessaturar após o procedimento,	manter						
	Dooumen	tos Relacionados			Areas Envolvidas					

ANEXO I

POP DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE

Procedimento Operacional Padrão (POP) N° Doc. Padrão Quali Aprov. Área Aprov.							Atualização/ Nº		
Mobilização Precoce		POP.GEMEC.004	COP	ORIGINAL ASSINADO	ORIGINAL ASSINADO	29/01/2015	29/01/2015	HBDF Product in the stand	
				GEMEC	NMFR		1ª Versão		
N°	Etapas do procedimento/tarefa	Responsável	Gerenciamento Visual (GV)						
1	Traçar os objetivos da intervenção fisioterápica conforme o níve paciente de acordo com a pontuação na IMS (quadro 1).	el funcional prévio do	RESPONSAVEI	Quadro 1					
2	Avaliar a presença de contraindicações para a interveção fisiot	erápica (quadro 2).			ICU Mobility	Scale (IM	IS)		
3	Proceder à avaliação/ intervenção caso não haja nenhuma con	traindicação.		Classification		Aplicaç	ão prática		
	Avaliar diariamente o nível de consciência (capacidade de obe			0 Nothing (lying in	bed)	Exercíci	o passivo		
4	abrir/ fechar os olhos, olhar o examinador, realizar protusão da cabeça, elevar as sobranoelhas).		Fisioterapeuta	1 Sitting in bed, ex	ercises in bed	Exercíci sedesta	o ativo no leito (exclu cão)	i	
5	Avaliar diariamente a função muscular por meio do MRC (quad			2 Passively moved	to chair (no standing)		ição passiva		
6	Estabelecer a conduta de acordo com a avaliação e conforme o			3 Sitting over de e			ção ativo-assistida o	u ativa	
	níveis de progressão da mobilização do doente crítico (figura 1			4 Standing		Ortosta	tismo ativo-assistido	ou ativo	
7	Monitorizar as variáveis cardiopulmonares (PA, FC, SpO2, FR) atendimento.	durante e após o		5 Transferring bed to chair			rência ativa da cama , inclui descarga de p		
8	Registrar no prontuário o nível de atividade realizada conforme	os itens da escala		6 Marching on spot (at bedside)			estática, com ou sen		
	IMS.			7 Walking with assistance of 2 or more people Deambulação com a			ulação com assistênci	ia bilateral	
					(mínimo 5 me		o 5 metros)		
				8 Walking with as			ulação com assistênci ral (mínimo 5 metros)		
				9 Walking indepen	ndently with a gait aid	auxílio	ulação independente de marcha (mínimo 5 . Para cadeirante, cor		
							ade de auto-impulsão		
				10 Walking independent	dently without a gait aid		ulação independente		
					Fonte: adaptado de	C. Hodgson et	al/ Heart and Lung (2	014) 19-24.	
Micro-dife	erenças *			Divergências e Ações Co	rretivas Padronizadas				
Nº Etapa	tapa Descrição da Diferença			Descrição Ação Corretiva					
6	Caso não seja possível a progressão da atividade, manter no mesmo nível. Pode ser necessário o			II					
	nível anterior, dependendo da evolução do paciente.			Contraindicação à fisiotera	pia motora	impeditivo para	que seja iniciada a mo	bilização precoce.	
8	Se for o caso, relatar no prontuário os motivos pelos quais os procedir	mentos foram interrom	sidos ou não						
	foram seguidos.			4 1.1					
	tos Relacionados : al. Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale, 2014			Áreas envolvidas					
	tal. reasibility and inter-rater reliability of the ICO Mobility Scale, 2014 oft et al. Intensive care unit-acquired weakness: implications for physic		+ 2012						
The second secon									
França et a	I. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do depart	2.							
	da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2012.								

ANEXO J

FICHA DE MONITORIZAÇÃO

Nome:	HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL									(A)	
Nome:	CD									(👺)	
Sexox (GDI										
Hipótese Diagnóstica:	Nome:	Nome: LEITO									
Comorbidades: () DPOC () HAS () DM () ICC () DAC () IRC () outras	Sexo: ()F()M	DN:/_	_/	SES:		Adm:/	/	PaO2 idea	:	
Motivo TOT:	Hipóte	Hipótese Diagnóstica:									
MS Press MS MRC MS MS MS MS MS MS MS M	Comor	Comorbidades: () DPOC () HAS () DM () ICC () DAC () IRC () outras									
MS Press MS MRC MS MS MS MS MS MS MS M	TOT		Maria Too	C / A DANC /) ID- 1 0 () ID- 4 41 (Name to off a 1	44.6.3			
Data	101:_		Motivo IO	:() RNC () IRPAVI () IKPA/II () proteção	VA () outr	D		
Data	IMS pro	evio:adn	nissao:	atta:							
Horário Nivel consciência Restrito ao leito S/N	Fi	sioterapeuta									
Nível consciència Restrito ao leito S/N MRC MS MS MS MS MS MS MS M		Data									
Restrito ao leito S/N		Horário									
MRC											
IMS	Rest										
Pressão cuff FC PAM SpO ₂ HDN/drogas Dias TOT Modo Pl/PSV/VC VC exp volume min FRr/ FRp EE Fluxo/ Ti PEEP FiO ₂ P pico P platō dP Cst Rst DH PaO2 PCO ₂ SaO2 HCO3 BE Lactato PaO ₃ / FiO ₂ BE Lactato PaO ₃ / FiO ₂ Poos PaO ₃ / FiO ₂ Pao ₃ /											
FC PAM SpO ₂	_										
PAM SpO ₂											
HDN/drogas Dias TOT Modo PVPSV/VC VC exp Volume min FRr/ FRp E Fluxo/ Ti PEEP FiO2 P plató dP Cst Rst PH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaOy/ FiO2 E Lactato PaOy/ FiO2 POy/ FIO2	92 V3	FC									
HDN/drogas Dias TOT Modo PVPSV/VC VC exp Volume min FRr/ FRp E Fluxo/ Ti PEEP FiO2 P plató dP Cst Rst PH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaOy/ FiO2 E Lactato PaOy/ FiO2 POy/ FIO2	Σĕ	PAM									
Dias TOT Modo P(PSV/VC VC exp Volume min FRr/ FRp EE Fluxo/ Ti PEEP FiO2 P piatô dP Cst Rst PH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaOs/FiO2 Paos	≅ ≥	MDN/drogge									
Modo											
PI/PSV/VC VC exp volume min FRr/ FRp HE Fluxo/ Ti PEEP FiO2 P pico P platô dP Cst Rst PH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaO3/ FiO2											
VC exp volume min FRr/ FRp HE Fluxo/ Ti PEEP FiO2 P platô dP Cst Rst PH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaO3/ FiO2 FiO2 FiO2 FiO2 FiO2 FiO2 FiO2 FiO2 FiO3 BE Lactato PaO3/ FiO2 FiO2 FiO3 FiO3 FiO3 FiO3 FiO4 FiO5/ FiO5 FiO5/ FiO5 FiO5/											
Fluxo/Ti PEEP FiO2 P pico P platô dP Cst Rst DH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaO3/FiO2	Q										
Fluxo/Ti PEEP FiO2 P pico P platô dP Cst Rst DH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaO3/FiO2	₹.										
Fluxo/Ti PEEP FiO2 P pico P platô dP Cst Rst DH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaO3/FiO2	2										
Fluxo/Ti PEEP FiO2 P pico P platô dP Cst Rst DH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaO3/FiO2	8										
PEEP FiO2 P pico P platô dP Cst Rst PH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaO3/FiO2	>										
FiO ₂ P pico P platô dP Cst Rst PH PaO2 PCO ₂ SaO2 HCO3 BE Lactato PaO ₃ /FiO ₂											
P plató dP											
PH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaO3/FiO2	_	P pico									
PH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaO3/FiO2	₫	P platô									
PH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaO3/FiO2	₹	dP									
PH PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaO3/FiO2	¥	Cst									
PaO2 PCO2 SaO2 HCO3 BE Lactato PaO3/FiO2		Rst									
PCO ₂ SaO2 HCO3 BE Lactato PaO ₃ / FiO ₂		pH									
SaO2 HCO3 BE Lactato PaO ₃ / FiO ₂											
PaO ₃ / FiO ₂	≨										
PaO ₃ / FiO ₂	E										
PaO ₃ / FiO ₂	S										
PaO ₃ / FiO ₂	SAS										
	0										
MEAN		PaO ₂ / FiO ₂ VE40									
	21	V240									
RL: N° TOT/TQT: PI: VC: (internity)	ĕ										
¥ № TOT/TQT: ≥ PI:	N.A.										
8 Vc	55	VC:									
(faltri/Ag)	8	(Kattri/Ag)									