



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 resolutive 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”⁷ e “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 Coordenador do PS e de Rotineiro ou de Chefe de Núcleo de Saúde Funcional e Coordenador do PS 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 Saúde¹², 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 Saúde¹³, 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

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

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)

<u>J12</u>	<u>Pneumonia viral não classificada em outra parte</u>
<u>J13</u>	<u>Pneumonia devida a <i>Streptococcus pneumoniae</i></u>
<u>J14</u>	<u>Pneumonia devida a <i>Haemophilus influenzae</i></u>
<u>J15</u>	<u>Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte</u>
<u>J16</u>	<u>Pneumonia devida a outros microorganismos infecciosos especificados não classificados em outra parte</u>
<u>J17</u>	<u>Pneumonia em doenças classificadas em outra parte</u>
<u>J45</u>	<u>Asma</u>
<u>J63.0</u>	<u>Aluminose (do pulmão)</u>
<u>J68</u>	<u>Afecções respiratórias devidas a inalação de produtos químicos, gases, fumaças e vapores</u>
<u>J70</u>	<u>Afecções respiratórias devida a outros agentes externos</u>
<u>J84.0</u>	<u>Afecções alveolares e parieto-alveolares</u>
<u>J85</u>	<u>Abscesso do pulmão e do mediastino</u>
<u>J94.9</u>	<u>Afecção pleural não especificada</u>
<u>I69.4</u>	<u>Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico</u>
<u>J20</u>	<u>Bronquite aguda</u>
<u>I64</u>	<u>Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico</u>
<u>G80</u>	<u>Paralisia cerebral</u>
<u>R26</u>	<u>Anormalidades da marcha e da mobilidade</u>

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 avaliação 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)¹⁵ durante avaliação diária.

7- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução nº 424, de 08 de julho 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 dermatomo
- 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 tosse.
- 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 motoras 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 receber 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 artroplastia.
- 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 e 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 descondiçãoamento.
- 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 estendida 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 perviabilidade 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 (palição, 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 aéreas. 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 paciente¹⁸(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 se aplica.	
3-RESPONSABILIDADE: Fisioterapeuta	
4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: 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:	
Ação da Fisioterapia	Justificativa
1- Reunir o material necessário 2- Preenchimento dos dados gerais/cabeçalho/identificação; 3- Higienização das mãos 4- Coletar dados e informações do quadro clínico atual e história pregressa do paciente; 5- Anotar os parâmetros relacionados à ventilação mecânica ou ventilação espontânea; 6- Realizar os testes de funcionalidade; 7- Verificar o posicionamento do TOT ou TQT; 8- Adequar o posicionamento do paciente;	1. Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo, evitar erros; 2. Evitar a inserção de informação incorreta do paciente; 3. Reduzir os riscos de infecção cruzada; 4. Conhecer a clínica, motivo de internação, história pregressa. 5. Permitir a comparação em momentos distintos; 6. Identificar/monitorar o nível de independência funcional; 7. Garantir um bom posicionamento da prótese respiratória artificial; 8. Favorecer a avaliação global.
7-RECOMENDAÇÕES: <ul style="list-style-type: none">Para todo paciente admitido deve ser realizada 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 CRÍTICOS:

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
<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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 CRÍTICOS:

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

O manovacuômetro não deve ser submerso 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

01 - Reunir o material necessário;

02 - Conferir o nome completo do paciente e explicar o procedimento;

Justificativa

01 - Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo;

02 - Evitar erros; diminuir a ansiedade e propiciar a cooperação;

<p>03 - Higienizar as mãos;</p> <p>04 - Colocar EPI's (luvas, máscara, óculos, gorro, avental);</p> <p>05 - Colocar o cliente em semi-Fowler ou Fowler;</p> <p>06 - O paciente é orientado a realizar uma inspiração máxima, contra válvula ocluída, a partir do volume residual, para a mensuração da Pimáx;</p> <p>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;</p> <p>Obs: Para ambas as pressões são realizadas três manobras e o maior valor, registrado em cmH₂O, é selecionado.</p> <p>8 - Retirar os EPIs (luvas, máscara, óculos, gorro, avental)</p> <p>9 - Higienizar as mãos</p> <p>10- Realizar as anotações dos valores na ficha de monitorização</p> <p>11 - Limpar o manômetro e o bocal, conforme recomendações.</p>	<p>03 - Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>04 – Proteção individual para prevenir a exposição aos riscos biológicos;</p> <p>05 - Promover conforto e melhor oxigenação;</p> <p>06 e 07 - Realizados em limites de encurtamento e estiramento muscular voluntário para maximizar a força muscular pulmonar</p> <p>08 - Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>09 - Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>10 - Documentar o procedimento para otimizar o tratamento;</p> <p>11 – Evitar a contaminação cruzada.</p>
<p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 DAS VIAS 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 pervias, 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	$\frac{\text{Nº de atendimentos de fisioterapia}}{\text{Nº total de fisioterapeutas}}$
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 indicador	Após a aprovação do protocolo

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	$\frac{\text{Nº de pacientes em VM} \times 100}{\text{Número de pacientes internados}}$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta.
Responsável 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	$\frac{\text{Nº de pacientes extubados} \times 100}{\text{Número de pacientes em ventilação mecânica por tubo orotraqueal.}}$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta.
Responsável 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

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	$\text{Número de pacientes não reintubados em menos de 48hs} \times 100 / \text{Número de pacientes extubados}$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	> 80%
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

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	$\text{Número de pacientes em VNI} \times 100 / \text{Número de pacientes internados}$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia

Frequência	Trimestral
Meta	Sem meta.
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
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	$\frac{\text{Número de pacientes não intubados 48h após início da VNI} \times 100}{\text{Número de pacientes que realizaram VNI}}$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização da Fisioterapia
Frequência	Trimestral
Meta	< 70%
Responsável 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	$\frac{\text{Nº de casos de extubação não planejada} \times 100}{\text{Número de pacientes intubados}}$
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	$\frac{\text{Número de eventos de mobilização precoce (cinesioterapia ativa, sedestação e retirada do leito)} \times 100}{\text{Número de pacientes em Fisioterapia}}$
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	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de eventos adversos} \times 100}{\text{Número de pacientes em fisioterapia.}}$
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 AAC. 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 1 Edição nr 170 de 02/09/2016 Pág. 200](#)
- 11- [Diário Oficial da União - Seção 1 Edição nr 170 de 02/09/2016 Pág. 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 dermatomo

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(padão) 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/hipertonía (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 meio 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:

Diagnóstico Fisioterapêutico

-
-

- Nível de progressão de fisioterapia motora:

Conduta

-
-

Planejamento/observações

-

ANEXO B

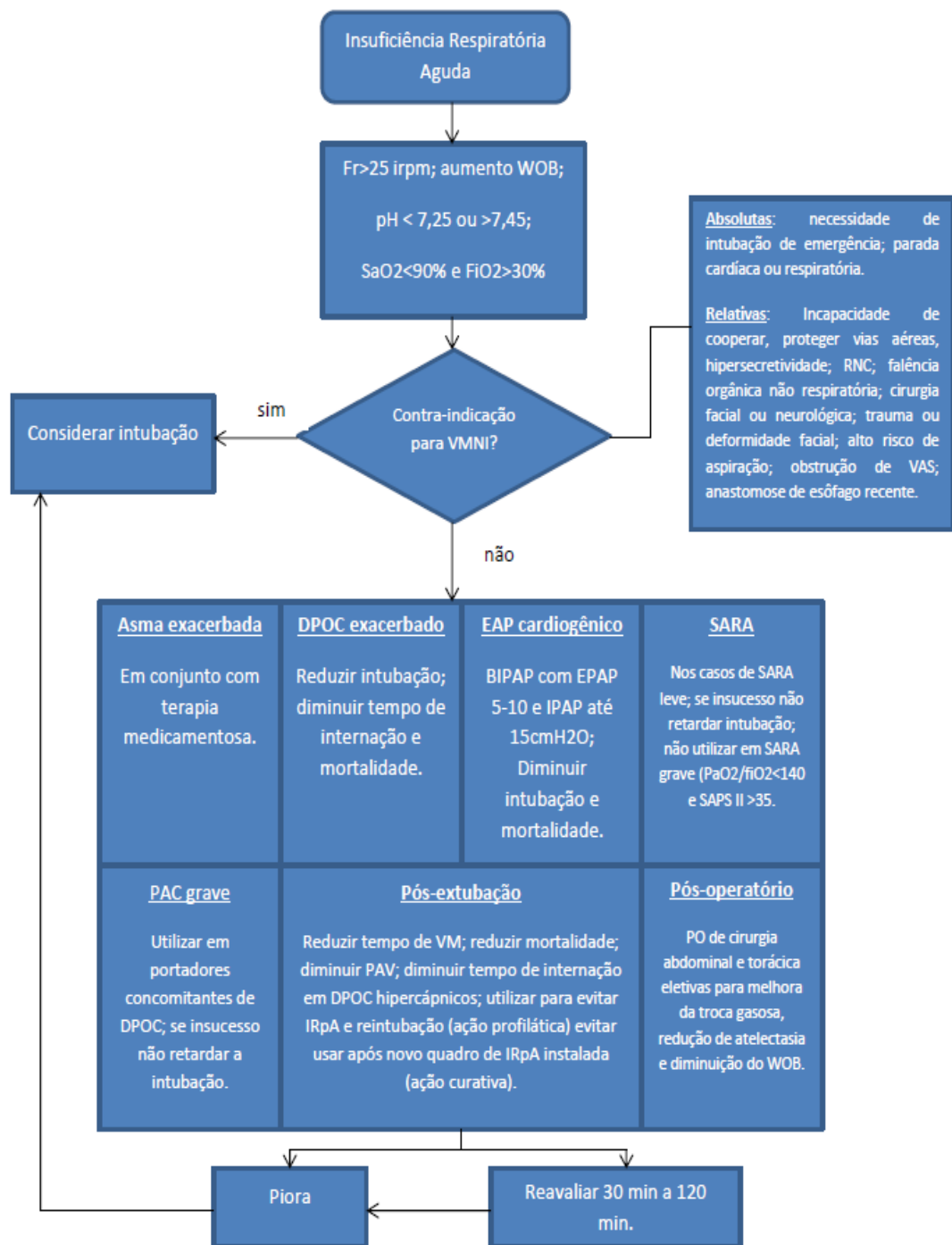
ESCALA DE MOBILIDADE IMS (ICU MOBILITY SCALE)

	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

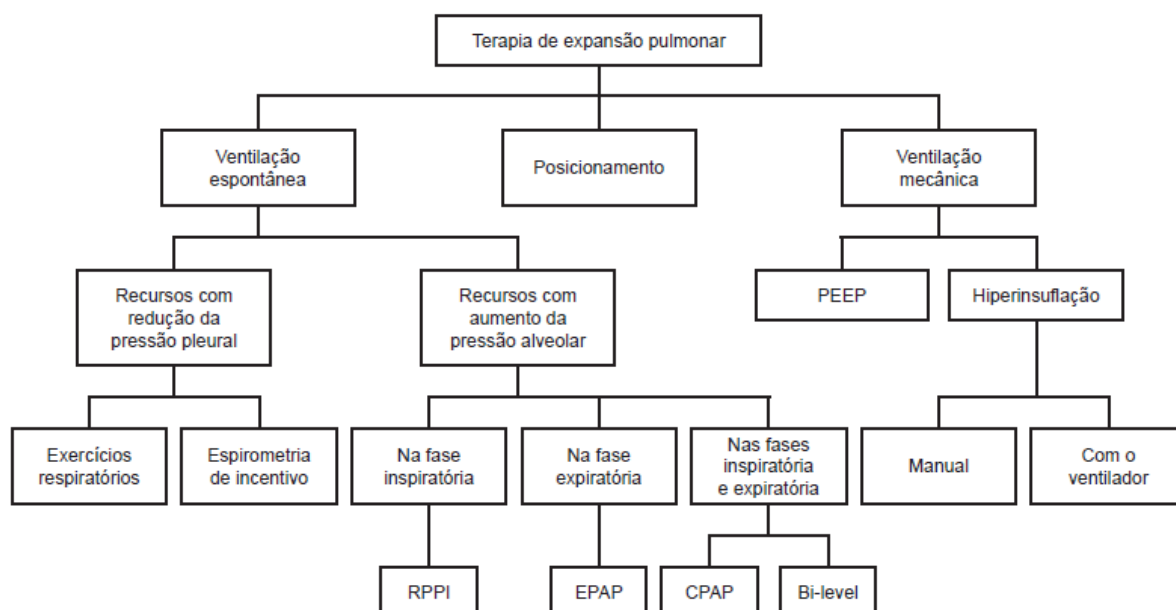
FLUXOGRAMA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA



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

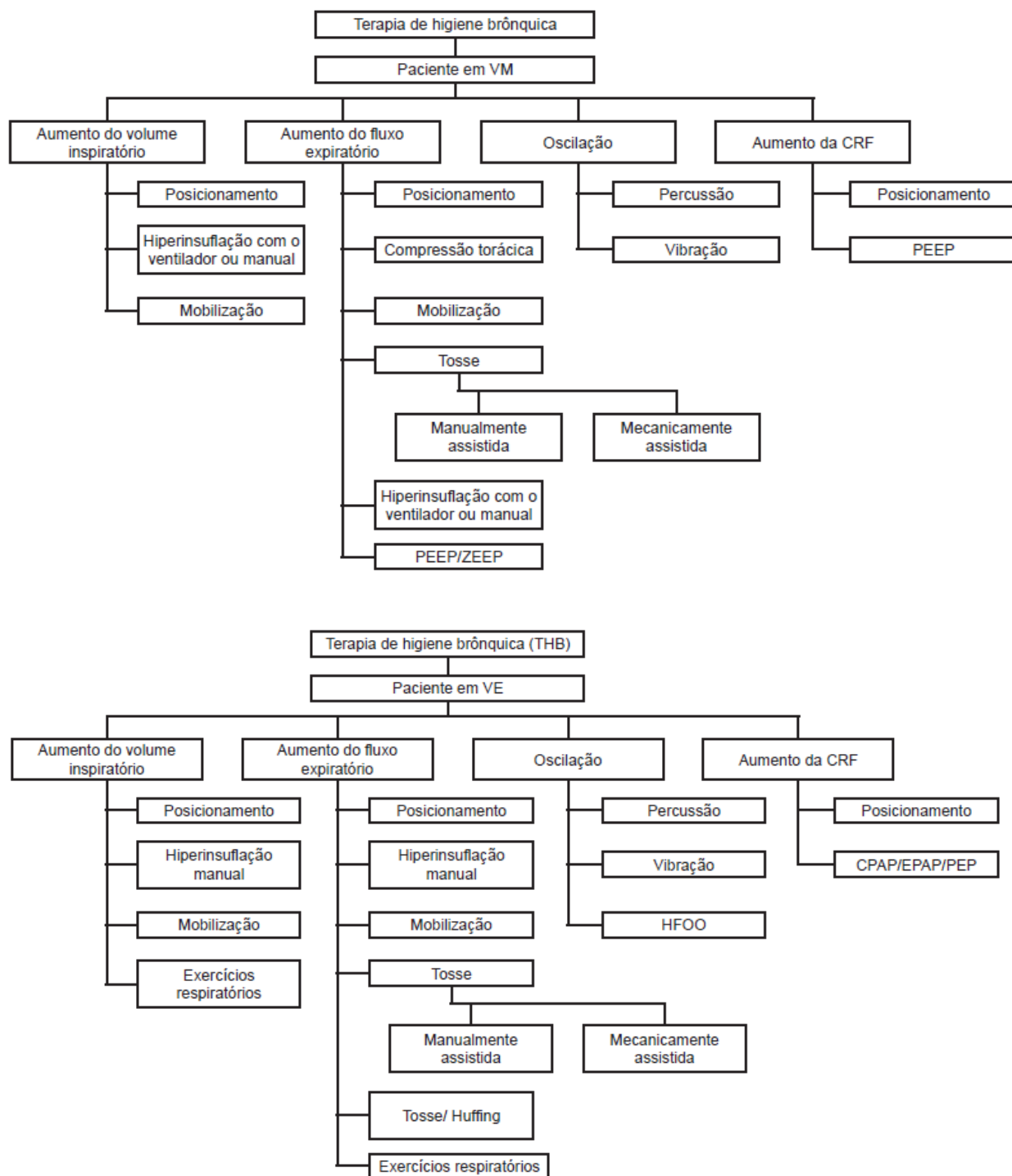
TERAPIA DE EXPANSÃO PULMONAR



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

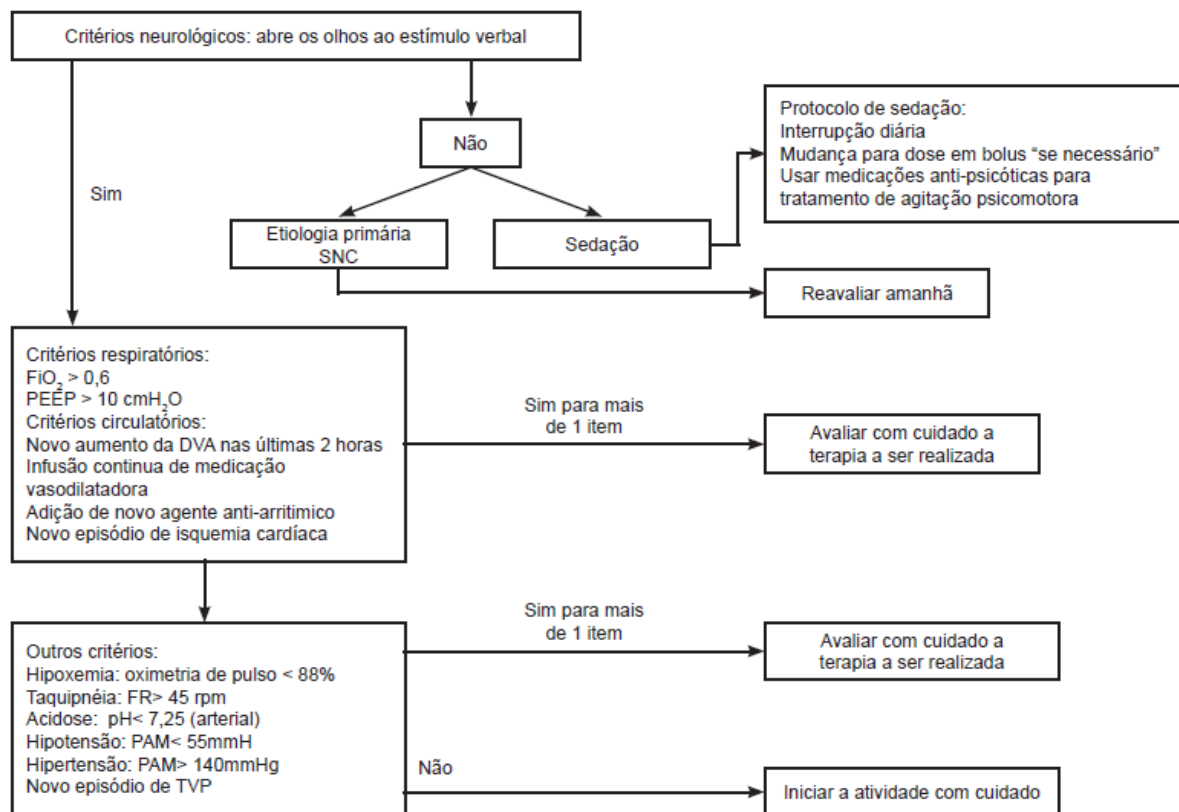
TERAPIA DE HIGIÊNE BRÔNQUICA



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

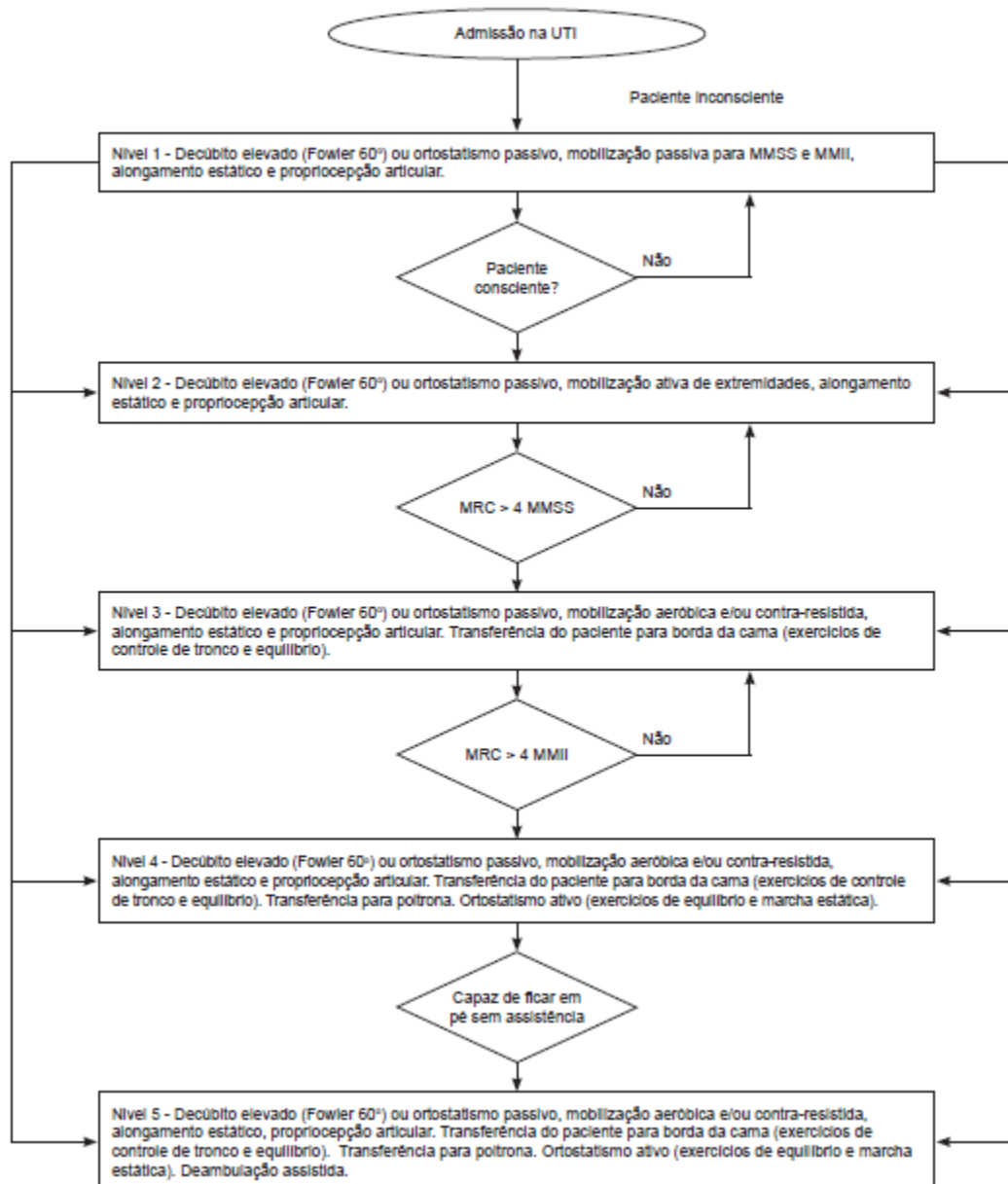


Fonte: França EET, et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2012; 24(1):6-22. ¹⁴ Traduzido de: Korupolu R, Gifford JM, Needham DM. Early mobilization of critically 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

Procedimento Operacional Padrão (POP)	Nº Doo.	Elaborado por	Aprov. Área	Aprov. Téo.	1ª Versão	Atualização/ Nº	
Aspiração de vias aéreas artificiais (sistema aberto) em pacientes com prótese Respiratória (tubo endotraqueal, traqueostomia)	POP.GAM.001	Equipe Fisioterapia	Elia Soutinho GAM	Monalisa Barbosa NCBH	2011	22/06/2016 3ª Versão	
Nº	Etapas do procedimento/tarefa	Responsável	Gerenciamento Visual (GV)				
			QUADRO 1				
			Material necessário para o procedimento: - Fonte de oxigênio; - Bandeja; - Vácuo canalizado ou aspirador portátil; - Frasco de Aspiração; - 2 Sondas de aspiração - Número da sonda = (nº Tubo orotraqueal/traqueostomia x 2); - Extensão de silicone esterilizada (lites); - 2 ampolas de 10 ml água destilada ou água potável e 2 ampolas de SF 0,9%; - EPIs: Luvas de procedimento estéril e não estéril, gorro, capote, máscara descartável e óculos protetor; - Gaze estéril - 2 pacotes;				
1	Reunir os materiais e equipamentos necessários conforme quadro 1	Médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnico de enfermagem	 Mantém sonda clampada ao introduzir na prótese				
2	Higienizar as mãos com álcool a 70%.		 Introduzir a sonda de 8 a 10 cm				
3	Colocar a paramentação na seguinte ordem: Avental, máscara, óculos e luvas de procedimento não estéril		 Sequência de Paramentação				
4	Posicionar o paciente em fowler ou semi-fowler se for indicado		 Sequência de Desparamentação				
5	Interromper a dieta enteral se for o caso						
6	Testar o sistema de vácuo. Abrir a embalagem da sonda exteriorizando apenas a parte que será conectada ao silicone.						
7	Conectar a extensão de silicone						
8	Retirar as luvas e higienizar as mãos com álcool a 70%						
9	Abrir um pacote de gaze e colocar no sobre tórax do paciente.						
10	Calçar as luvas de procedimento estéril e colocar a embalagem da luva sobre o paciente/ superfície de apoio. E manter a mão dominante livre						
11	Realizar a hiperoxigenação do paciente por aproximadamente 2 minutos (dobrar o valor do O2 em L/min ou P102 = 100%) quando em ventilador mecânico)						
12	Segurar com a mão não dominante a sonda dentro da embalagem						
13	Retirar a sonda da embalagem com a mão dominante						
14	Colocar a embalagem da sonda sobre a bandeja/superfície de apoio						
15	Desconectar o circuito de ventilação da prótese respiratória com a mão não dominante						
16	Apoiar o circuito do ventilador sobre a gaze no tórax do paciente ou mantê-lo suspenso sem contato com superfícies contaminadas						
17	Clampar a extensão de silicone com a mão não dominante						
18	Introduzir a sonda de aspiração no tubo com a mão dominante até a carina e retrair a mais ou menos 1 cm						
19	Proceder a aspiração com movimentos rotatórios retirando a sonda com os dedos indicadores e polegares e simultaneamente desclampando o silicone com a mão não dominante. Permanecer aspirando por 10 a 15"						
20	Repetir o procedimento se necessário						
21	Reconectar o circuito do ventilador à prótese com a mão não dominante						
22	Remover com uma gaze o excesso de secreção da sonda se necessário						
23	Aspirar o nariz e na sequência a boca						
24	Desconectar a sonda da extensão de silicone e desprezá-la no resíduo do paciente ou sobre a embalagem da luva						
25	Aspirar água destilada/ potável pela extensão de silicone para remover o excesso de secreção no lúmen						
26	Proteger a extremidade do silicone com a embalagem da sonda utilizando a mão não dominante						
27	Fechar o sistema de vácuo com a mão não dominante						
28	Recolher o material utilizado e desprezar no resíduo do paciente						
29	Retirar as luvas e higienizar as mãos com álcool a 70% ou água e sabão						
30	Ajustar os parâmetros do ventilador (fisioterapeuta, enfermeiro, médico)						
31	Reiniciar a administração da dieta enteral						
32	Desparamentar-se nesta sequência: luvas, óculos, máscara e avental						
33	Higienizar as mãos com álcool a 70% ou água e sabão						
34	Fazer a anotação no prontuário do paciente						
Micro-diferenças *			Divergências e Ações Corretivas Padronizadas				
Nº Etapa	Descrição da Diferença	Descrição		Ação Corretiva			
4	Se não houver risco de contato com pele não integra secreções e excreções do paciente, NÃO há necessidade de utilizar luvas, apenas realizar higiene das mãos com álcool a 70% ou Precauções de Contato	Sangramento de vias aéreas		Interromper o procedimento e comunicar o médico			
6	Se o fisioterapeuta for o executor, solicitar para a equipe de enfermagem a interrupção da dieta. Quando o processo finalizar, o profissional deve comunicar a enfermagem para fornecer a dieta novamente	Vômito durante o procedimento		Interromper o procedimento, virar a cabeça do paciente para o lado esquerdo até que o episódio tenha acabado. Reavaliar o paciente e comunicar o médico, se necessário			
19	Se secreção estiver espessa, aspirar com seringa de 20ml, soro fisiológico a 0,9% e instilar através da prótese para fluidificar a secreção						
20	Se houver necessidade de utilizar o resuscitador manual (AMBU), uma segunda pessoa poderá ser acionada para auxiliar						
29	Se houver necessidade de reposicionar o paciente tendo risco de contato com fluidos corpóreos ou paciente em precaução de contato, calçar um par de luvas de procedimento não estéril	Paciente com diagnóstico de fratura de base do crânio		Cuidado com estabilização cervical. Aspirar somente após discussão clínica			
30	Usar luvas de procedimento não estéril se o paciente estiver em Precauções de contato. Se paciente desatentar após o procedimento, manter oxigenação elevada até normalização do quadro.						
Documentos Relacionados			Áreas Envolvidas				



ANEXO I

POP DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE

[illegible]

ANEXO J

FICHA DE MONITORIZAÇÃO

 		HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL GERÊNCIA DE EMERGÊNCIA - CNCV Fisioterapia - Monitorização							
Nome: _____		LEITO _____							
Sexo: () F () M		DN: ____/____/____	SES: _____		Adm: ____/____/____		PaO2 ideal: _____		
Hipótese Diagnóstica: _____									
Comorbidades: () DPOC () HAS () DM () ICC () DAC () IRC () outras _____									
TOT: ____/____/____		Motivo TOT: () RNC () IRpA/I () IRpA/II () proteção VA () outro _____							
IMS prévio: _____		admissão: _____		alta: _____					
FISIOTERAPEUTA	Fisioterapeuta								
	Data								
	Horário								
	Nível consciência								
	Restrito ao leito S/N								
	MRC								
	IMS								
	Pressão cuff								
	SINAIS VITAIS	FC							
PAM									
SpO ₂									
HDN/drogas									
VENTILAÇÃO	Dias TOT								
	Modo								
	PI/PSV/VC								
	VC exp								
	volume mín								
	FRr/ FRp								
	IE								
	Fluxo/ Ti								
	PEEP								
MECÂNICA	P pico								
	P platô								
	dP								
	Cst								
	Rst								
GASOMETRIA	pH								
	PaO ₂								
	PCO ₂								
	SaO ₂								
	HCO ₃								
	BE								
	Lactato								
	PaO ₂ / FiO ₂								
OBSERVAÇÕES	VE40								
	RL:								
	Nº TOT/TQT:								
	PI:								
	VC:								
	(ml/cm/kg)								