



## Protocolo de Atenção à Saúde

# Conduta Fisioterapêutica nas Enfermarias da Secretaria de Estado de Saúde do DF

**Área(s): Gerência de Saúde Funcional**

**Elaborador(es)\*: Equipe da GSF**

Portaria SES-DF Nº 29 de 1º de Março de 2016 , publicada no DODF Nº 42 de 3 de Março de 2016 .

## 1- Metodologia de Busca da Literatura

### 1.1 Bases de dados consultadas

Medline/Pubmed, Cochrane, Embase, livros **técnicos da área**.

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

Fisioterapia, enfermaria, saúde pública, reabilitação.

### 1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

De janeiro de 2002 a abril de 2014, foram utilizados 58 documentos para análise e 17 para confecção dessa conduta.

## 2- Introdução

A fisioterapia é uma das profissões mais jovens da área de saúde<sup>(1)</sup> e de acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia (COFFITO) é denominada como “uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinético-funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas”<sup>(2)</sup>.

O fisioterapeuta é o profissional de nível superior com capacidade para construir o diagnóstico dos distúrbios cinético-funcionais, assim como prescrever as condutas que lhe competem, acompanhar a evolução do quadro clínico funcional e dar a alta fisioterapêutica ao cliente<sup>(2)</sup>.

Porém nem sempre a fisioterapia teve o *status* de curso de nível superior. Até o final da década de 60 ela era uma profissão tecnicista, atrelada ao profissional médico. Antes da regulação da prática profissional, o fisioterapeuta apenas executava os procedimentos determinados pelo médico<sup>(1)</sup>. No início, a profissão se limitava a reabilitar. Era essencialmente curativo e reabilitador devido, principalmente, ao fato das guerras e das indústrias terem gerado um grande número de homens mutilados, em idade produtiva, e que necessitavam se reinserirem no setor produtivo<sup>(1,3)</sup>.

Em 1969 a profissão obteve autonomia através do Decreto-Lei nº 938/69. Inicialmente a fisioterapia permaneceu com sua característica reabilitadora, porém com a evolução da profissão, dos cursos superiores de formação e com as mudanças epidemiológicas ocorridas no Brasil, esse conceito inicial foi se modificando e, atualmente, a fisioterapia atua em todos os setores da saúde: primário, secundário e terciário. Para isso, o perfil do profissional mudou completamente, passando de um profissional tecnicista, que aprendia apenas a ligar e desligar aparelhos e orientar exercício prescritos por outros, para um com visão generalista, humanista, crítica e reflexiva, estudando o movimento humano em todas as suas formas e expressões<sup>(1,3)</sup>.

Assim como a fisioterapia, a saúde pública no Brasil passou por grandes transformações nas últimas décadas. Inicialmente, a saúde pública brasileira era completamente baseada no modelo médico-hegemônico. Vários movimentos foram responsáveis pela saúde chegar ao ponto em que se encontra, culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, promovida pelo Ministério da Saúde. Daí saíram as diretrizes para o que hoje conhecemos como Sistema Único de Saúde (SUS). Na constituição de 1988 já vem determinado “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”<sup>(4,5)</sup>.

A implantação dos SUS ocorre no início da década de 90 com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90. Dentre suas diretrizes, destaca-se a integralidade que é definida como um conjunto de ações que contempla o indivíduo nos diferentes níveis de complexidade do sistema. O sistema deixa de ser, dessa forma, médico-hegemônico. Passa a basear-se num modelo onde a estrutura encontra-se na Assistência Básica a Saúde, dando ênfase não mais na parte puramente curativa e reabilitadora, mas também na promoção e proteção da saúde<sup>(3,4,5)</sup>.

O fisioterapeuta, seguindo a evolução do SUS, passou também a preocupar-se com a promoção da saúde. Atualmente, em vez de trabalhar apenas na recuperação de problemas já existentes, trabalha diretamente na prevenção não só de seqüelas, mas de problemas oportunistas e na atenção primária. É comum vermos fisioterapeutas em todas as

áreas de saúde. No hospital, encontram-se em UTI's , ambulatórios de reabilitação física e funcional, enfermarias. Com a inserção do profissional fisioterapeuta nas equipes multiprofissionais de atendimento a população o aspecto assistencial teve um grande ganho, além disso, houve uma redução nos custos financeiros na saúde.

Como exemplo, podemos citar a atuação do fisioterapeuta nas equipes das Enfermarias Hospitalares. O fisioterapeuta inicialmente era visto como o profissional que iria tratar as sequelas apresentadas por esses pacientes. Atualmente o profissional além da parte reabilitadora trabalha evitando que o paciente desenvolva novos problemas de saúde ocasionados pela imobilidade no leito, dentre outros. Com isso, o tempo de permanência de um paciente na internação diminui e conseqüentemente os custos ocasionados por esta internação.

### **3- Justificativa**

No Distrito Federal (DF) temos, atualmente, 2.406 (dois mil quatrocentos e seis) leitos de internação hospitalar em enfermarias das mais diversas especialidades, como ortopedia, clínica cirúrgica, clínica médica, pediatria, dentre tantas outras. Esses leitos estão divididos em 11 hospitais da região. No ano de 2013, dos mais de 11 milhões de internações, 189.163 foram realizadas no DF o que corresponde a aproximadamente 22% das internações de toda a região Centro-Oeste do país<sup>(6)</sup>.

Temos, no quadro de profissionais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), 68 fisioterapeutas, de um total de 624, fazendo a cobertura dos 2.406 leitos de enfermarias com carga horária variada totalizando aproximadamente 2.100 horas por semana. Destes, nem todos trabalham exclusivamente nas enfermarias, muitas vezes assumindo mais de um papel dentro do ambiente hospitalar, dificultando, assim, a cobertura completa das enfermarias da SES-DF.

A Resolução n<sup>o</sup> 387/2011 do COFFITO<sup>(7)</sup> estipula que a cada turno de trabalho de 6 horas o fisioterapeuta atenda 10 pacientes nas Enfermarias de Leito Comum (ortopedia, reumatologia, clinica medica e pós-cirúrgico tardio) e 08 nas Enfermarias de Unidades Especializadas (neurologia, queimados, com comprometimento cardiorrespiratório, oncologia, uroginecologia, pediatria, geriatria, e outros que se enquadrem no perfil de cuidados intermediários).

Devido à impossibilidade dos fisioterapeutas, que hoje trabalham nas unidades de internação, realizar atendimento fisioterápico em todos os pacientes internados devido ao *déficit* de profissionais, conseguindo dessa forma trabalhar com a prevenção de maiores complicações, faz-se necessário a elaboração de um protocolo para triagem com critérios de inclusão e alta de pacientes no serviço de fisioterapia assim como o fluxo desses pacientes.

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

- A15 Tuberculose respiratória, com confirmação bacteriológica e histológica
- C72 Neoplasia maligna da medula espinhal, dos nervos cranianos e de outras partes do sistema nervoso central
- F07 Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral
- G31.0 Atrofia cerebral circunscrita
- G31.1 Degeneração cerebral senil, não classificadas em outra parte
- G45.9 Isquemia cerebral transitória não especificada
- G46.0 Síndrome da artéria cerebral média (I66.0†)
- G80 Paralisia cerebral
- G95 Outras doenças da medula espinhal
- I63 Infarto cerebral
- I64 Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
- J12 Pneumonia viral não classificada em outra parte
- J13 Pneumonia devida a *Streptococcus pneumoniae*
- J17 Pneumonia em doenças classificadas em outra parte
- J20 Bronquite aguda
- J40 Bronquite não especificada como aguda ou crônica
- J41 Bronquite crônica simples e a mucopurulenta
- J42 Bronquite crônica não especificada
- J45 Asma
- J94.9 Afecção pleural não especificada
- M05 Artrite reumatóide soro-positiva
- M06.0 Artrite reumatóide soro-negativa
- M07.1 Artrite mutilante (L40.5†)
- M08 Artrite juvenil
- Q06 Outras malformações congênitas da medula espinhal
- R26 Anormalidades da marcha e da mobilidade
- S06.0 Concussão cerebral
- S12 Fratura do pescoço
- S14 Traumatismo de nervos e da medula espinhal ao nível cervical
- S24 Traumatismos de nervos e da medula espinhal ao nível do tórax
- S24.0 Concussão e edema da medula espinhal torácica
- S34 Traumatismo dos nervos e da medula lombar ao nível do abdome, do dorso e da pelve
- S42 Fratura do ombro e do braço
- S82.8 Fratura de outras partes da perna
- T06.1 Traumatismos de nervos e da medula espinhal envolvendo outras regiões múltiplas do corpo
- T09.3 Traumatismo de medula espinhal, nível não especificado
- T29 Queimaduras e corrosões de múltiplas regiões do corpo
- T86.0 Rejeição a transplante de medula óssea
- V01.1 Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a pedal - acidente de trânsito
- Y85.0 Sequelas de um acidente de veículo a motor

### Z52.3 Doador de medula óssea

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

Para chegar ao Diagnóstico o Fisioterapeuta deverá utilizar de suas atribuições, são elas segundo COFFITO:

- I. Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento;
- II. Realizar avaliação física e cinesiofuncional do sistema cardiorrespiratório e neuro-musculo-esquelético;
- III. Realizar avaliação e monitorização da via aérea natural e artificial;
- IV. Solicitar, aplicar e interpretar escalas, questionários e testes funcionais;
- V. Solicitar, realizar e interpretar exames complementares como espirometria e outras provas de função pulmonar, eletromiografia de superfície, entre outros;
- VI. Determinar diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico.

Para avaliar os pacientes, o fisioterapeuta deverá utilizar **a seguinte** ficha de avaliação:

#### **1. Identificação**

Nome: \_\_\_\_\_ Gênero: ( ) M ( ) F  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Data da Avaliação: \_\_\_\_\_ Data de Admissão: \_\_\_\_\_  
Registro SES: \_\_\_\_\_  
Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_  
Situação Social: \_\_\_\_\_

#### **2. Diagnóstico**

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

#### **3. Comorbidades**

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

#### **4. Nível de Consciência**

Escala de Glasgow Total \_\_\_\_\_

**Abertura Ocular**

- Espontânea 4
- Estímulo Verbal 3
- Estímulo Doloroso 2
- Sem Resposta 1

**Resposta Verbal**

- Orientado 5
- Confuso 4
- Palavras Impróprias 3
- Sons Incompreensíveis 2
- Sem Resposta 1

**Resposta Motora**

- Obedece 6
- Localiza dor e retira 5
- Localiza Estímulo 4
- Flexão (decorticação) 3
- Extensão (decerebração) 2
- Sem Resposta 1

**5. Inspeção**

- Dreno \_\_\_\_\_
- Cicatriz \_\_\_\_\_
- Edema \_\_\_\_\_
- Escara(s) Local: \_\_\_\_\_
- Deformidades/Encurtamentos \_\_\_\_\_

Tórax  normal  pectus excavatum  pectus carinatum  globoso

Observações \_\_\_\_\_

**6. EVN**

0  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10 \_\_\_\_\_

**7. Sensibilidade**

**8. Função Motora**

ADM/Goniometria \_\_\_\_\_

Tônus  normal  hipotonia  hipertonia, grau Escala de Ashworth: \_\_\_\_\_

Escala modificada de Ashworth	
Grau	Descrição
0 ( )	Sem aumento do tônus muscular
1 ( )	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado pelo apreender e liberar, ou por mínima resistência ao final da amplitude de movimento, quanto a(s) parte(s) é movimentada em flexão ou extensão.
+ 1 ( )	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado pelo apreender, seguido de mínima resistência através do resto (menos da metade) da amplitude do movimento.
2 ( )	Marcante aumento do tônus muscular através da maior parte de amplitude de movimento, porém as partes afetadas são facilmente movimentadas.
3 ( )	Considerável aumento do tônus muscular, movimentos passivos dificultados
4 ( )	A(s) parte(s) mostram-se rígida à flexão ou extensão

Trofismo ( ) atrofia ( ) hipotrofia ( ) hipertrofia

Reflexos ( ) normais ( ) hiporreflexia ( ) hiperreflexia ( ) arreflexia

FSS-ICU prévio<sup>(8)</sup>: \_\_\_\_\_ FSS-ICU admissional: \_\_\_\_\_

A-troca de Decúbitos	B-transfêrencia de deitado para sentado	C-Cotrole de tronco	D-Tranferência de sedestação para ortostatismo	E-Deambulação
Independente 7 ( )	Independente 7 ( )	Independente 7 ( )	Independente 7 ( )	Independente 7 ( )
Independente com ajuda das grades 6 ( )	Independente com ajuda das grades 6 ( )	Independente com ajuda das grades 6 ( )	Independente com ajuda das grades 6 ( )	Independente com ajuda de órtese , marcha muito lentificada 6 ( )
Com supervisão 5 ( )	Com supervisão 5 ( )	Com supervisão 5 ( )	Com supervisão 5 ( )	Com supervisão , toque intermitente, deambula em casa curtos períodos 5 ( )
Tocou devido a coordenação 4 ( )	Tocou devido a coordenação 4 ( )	Tocou devido a coordenação 4 ( )	Ft. toca devido a déficit de equilíbrio e /ou coordenação 4 ( )	Ft. toca devido a equilíbrio/coordenação 4 ( )
Ft realiza pouca força 3 ( )	Ft realiza pouca força 3 ( )	Ft realiza pouca força 3 ( )	Ft. ajuda com apoio unilateral 3 ( )	Deambula com apoio unilateral 3 ( )
Ft realiza muita força 2 ( )	Ft realiza muita força 2 ( )	Ft realiza muita força 2 ( )	Ft. ajuda com apoio bilateral 2 ( )	Deambula com apoio bilateral 2 ( )
Paciente não fez nada 1 ( )	Paciente não fez nada 1 ( )	Paciente não fez nada 1 ( )	Sem condições de ortostatismo/ ortostatismo funcional 1 ( )	Deambulação não funcional / não deambula 1 ( )

### MRC

MSE:	MSD:	MIE:	MID:	<b>MRC Total:</b>
------	------	------	------	-------------------

Abdução do ombro	Flexão do Cotovelo	Extensão do punho	Flexão do quadril	Extensão do joelho	Dorsiflexão do tornozelo
Grau:1( )	Grau:1( )	Grau:1( )	Grau:1( )	Grau:1( )	Grau:1( )
Grau:2( )	Grau:2( )	Grau:2( )	Grau:2( )	Grau:2( )	Grau:2( )
Grau:3( )	Grau:3( )	Grau:3( )	Grau:3( )	Grau:3( )	Grau:3( )
Grau:4( )	Grau:4( )	Grau:4( )	Grau:4( )	Grau:4( )	Grau:4( )
Grau:5( )	Grau:5( )	Grau:5( )	Grau:5( )	Grau:5( )	Grau:5( )

MRC Classificação	
Força Normal	MRC TOTAL: 60
Fraqueza Leve	MRC TOTAL:48-59
Fraqueza Sigficativa	MRC TOTAL:36-47
Fraqueza Severa	MRC TOTAL:MENOR 36

Equilíbrio: \_\_\_\_\_

Coordenação Motora: \_\_\_\_\_

Testes Especiais: \_\_\_\_\_

### 9. Função Cardiorrespiratória

FC: \_\_\_\_\_ bpm      FR: \_\_\_\_\_ irpm      Observação: \_\_\_\_\_

Ventilação:      ( ) espontânea      ( ) ventilação não invasiva      ( ) ventilação invasiva

Oxigenoterapia:      ( ) CN \_\_\_\_\_ L/min      ( ) MV \_\_\_\_\_ FiO2 \_\_\_\_\_ L/min      ( ) MR \_\_\_\_\_ L/min

Ausculta Pulmonar \_\_\_\_\_

Desconforto Respiratório      ( ) não      ( ) sim \_\_\_\_\_

Tosse      ( ) reflexo preservado      ( ) ineficaz      ( ) eficaz      ( ) produtiva: \_\_\_\_\_  
seca

Expectoração      ( ) ausente      ( ) presente      ( ) deglutição      ( ) dificuldade: \_\_\_\_\_

Aspecto da Secreção      ( ) mucóide      ( ) mucopurulenta      ( ) purulenta: \_\_\_\_\_

Expansibilidade/Cirtometria ( $\geq 3$ cm é normal)      ( ) simétrica      ( ) assimétrica      Medida: \_\_\_\_\_

Padrão Respiratório      ( ) predominante costal      ( ) predominante diafragmático      ( ) misto

Uso de TOT      ( ) PVC      ( ) metálica      Número: \_\_\_\_\_      ( ) necessidade de troca: \_\_\_\_\_

Caff      ( ) insuflado      ( ) desinsuflado      ( ) hiperinsuflado

### Parâmetros da Ventilação Mecânica

Ventilação		Mecânica		Gasometria	
Modo		P pico		pH	
PI/PSV/VC		P platô		PaCO2	
VC exp		dP		PaO2	
volume min		Cst		HCO3	
FRr/FRp		Rst		BE	
I:E				SaO2	
Fluxo/Ti				Lactato	
PEEP				PaO2/FiO2	
FiO2				VE 40	

### 10. Queimados

Agente causador da queimadura: \_\_\_\_\_

Superfície corporal queimada (SCQ%) \_\_\_\_\_

Data da queimadura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profundidade da queimadura \_\_\_\_\_

Região acometida \_\_\_\_\_

Sinais de infecção \_\_\_\_\_

Cirurgias realizadas \_\_\_\_\_

Sinais de queimadura inalatória \_\_\_\_\_



## 11. Nivel de prioridade:

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

Conduta Fisioterapêutica: \_\_\_\_\_

Fisioterapeuta Responsável: \_\_\_\_\_ CREFITO \_\_\_\_\_

## 6- Critérios de Inclusão

Após admissão na enfermaria, o paciente poderá ser admitido diretamente pelo fisioterapeuta ou encaminhado para avaliação fisioterapêutica por outro profissional de saúde. **Na avaliação do** fisioterapeuta, os seguintes critérios serão analisados:

### Cardiorespiratório:

Pacientes que apresentem alterações das funções ventilatórias e respiratórias, bem como da mecânica pulmonar, que podem cursar com os seguintes sintomas:

- Ausculta pulmonar reduzida e/ou com ruídos adventícios associados à alteração radiológica compatível<sup>(9)</sup>.
- Funções da frequência respiratória (bradipneia/taquipneia/apnéia/dispnéia)<sup>(10)</sup>.
- Funções do ritmo respiratório (Cheyne-stokes, Biot, Kussmaul, hiperventilação)<sup>(10,11)</sup>.
- Funções da profundidade da respiração (superficial/pouco profunda)<sup>(10)</sup>.
- Padrão respiratório (respiração paradoxal)<sup>(10)</sup>.
- Espasmo brônquico<sup>(10)</sup>.
- Disfunção dos músculos respiratórios<sup>(10)</sup>.
- Tosse ineficaz e/ou pouco eficaz<sup>(11)</sup>.
- Deformidades da caixa torácica (tórax em tonel ou globoso, pectusescavatum, pectuscarinatum, tórax cônico ou em sino, tórax cifoescoliótico)<sup>(11)</sup>.
- Resistência física e capacidade aeróbica débil, bem como fadigabilidade, associadas a dispnéia com estabilização hemodinâmica do paciente<sup>(10)</sup>.

### Neuro-musculo-esquelético

Pacientes que apresentem alterações neuro-musculo-esquelético, que podem cursar com as seguintes disfunções:

- Limitação da amplitude de movimento articular.
- Diminuição de força muscular.

- Alteração do tônus e trofismo muscular.
- Distúrbio do equilíbrio e coordenação motora.
- Alteração da função sensório-motora.
- Dependência funcional.
- Presença de quadro algico.
- Alteração da marcha e alteração postural<sup>(10)</sup>.

### **Pré e pós-operatório**

Pacientes que serão submetidos a procedimento cirúrgico e que podem cursar com alterações neuro-musculo-esquelético e cardiorespiratório.

- Pré e pós-operatórios de cirurgias torácicas.
- Pré e pós-operatório cardíaco<sup>(12)</sup>.
- Pré e pós-operatório de cirurgias abdominais.
- Pré e pós-operatório de cirurgias uroginecológicas.
- Pré e pós-operatório de cirurgias oncológicas.
- Pré e pós-operatório de neurocirurgia/coluna vertebral.
- Pré e pós-operatório de cirurgias ortopédicas/musculoesqueléticas.
- Pré e pós-operatório de cirurgias vasculares.
- Pré e pós-operatório de cirurgias abdominais.
- Pré e pós-operatório de cirurgias uroginecológicas.
- Pré e pós-operatório de cirurgias oncológicas.

### **Queimaduras**

Devido aos avanços no cuidado clínico agudo de pacientes queimados e um consequente aumento na sobrevivência destes pacientes, o papel da reabilitação tem se tornado importante desde a fase aguda da hospitalização. A maioria das contraturas que estes pacientes podem desenvolver são teoricamente preveníveis e a reabilitação durante o período de internação exerce importante papel neste processo<sup>13,14</sup>. Por este motivo, todos os pacientes internados na Unidade de Terapia em Queimados serão automaticamente admitidos pela fisioterapia.

### **7- Critérios de Exclusão**

Pacientes que apresentem instabilidade hemodinâmica (necessita reavaliação periódica quanto a estabilização do quadro).

### **8- Conduta<sup>(15,16,17)</sup>**

Faz parte da conduta do fisioterapeuta as seguintes ações:

- I. Planejar e executar medidas de prevenção, redução de risco e descondicionamento cardiorrespiratório;
- II. Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuro-musculo-esquelética;
- III. Prescrever, confeccionar e gerenciar órteses, próteses e tecnologia assistiva;
- IV. Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório;
- V. Utilizar recursos de ação isolada ou concomitante de agente cinésio mecanoterapêutico, termoterapêutico, crioterapêutico, hidroterapêutico, fototerapêutico, eletroterapêutico, sonidoterapêutico, aeroterapêuticos entre outros;
- VI. Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar;
- VII. Realizar posicionamento no leito, sedestação, ortostatismo, deambulação, além de planejar e executar estratégias de adaptação, readaptação, orientação e capacitação dos clientes/pacientes/usuários, visando a maior funcionalidade e autonomia;
- VIII. Monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios;
- IX. Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva;
- X. Manter a funcionalidade e gerenciamento da via aérea natural e artificial;
- XI. Realizar a titulação da oxigenoterapia e inaloterapia;
- XII. Determinar as condições de alta fisioterapêutica;
- XIII. Prescrever a alta fisioterapêutica;
- XIV. Registrar em prontuário consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica;
- XV. Emitir laudos, pareceres, relatórios e atestados fisioterapêuticos;
- XVI. Realizar atividades de educação em todos os níveis de atenção à saúde, e na prevenção de riscos ambientais e ocupacionais.
- XVII. Prescrever, analisar, aplicar, métodos, técnicas e recursos para restaurar as funções articular, óssea, muscular, tendinosa, sensório, sensitiva e motoras dos clientes/pacientes/usuários;
- XVIII. Prescrever, analisar, aplicar, métodos, técnicas e recursos para reeducação postural, da marcha, entre outros;
- XIX. Prescrever, analisar, aplicar, métodos, técnicas e recursos para promoção de analgesia e a inibição de quadros álgicos;
- XX. Aplicar métodos, técnicas e recursos terapêuticos manuais;
- XXI. Preparar e realizar programas de atividades cinesioterapêuticas para todos os segmentos corporais;
- XXII. Prescrever, analisar e aplicar recursos tecnológicos, realidade virtual e/ou práticas integrativas e complementares em saúde;

- XXIII. Aplicar testes de sensibilidade, de reflexo, de coordenação motora, de força, tônus e trofismo musculares, análise da marcha, entre outros, utilizando de instrumentos de avaliação qualitativo ou quantitativo;
- XXIV. Solicitar exames complementares;
- XXV. Realizar e interpretar exames complementares como: eletromiografia de superfície, nistagmoscopia, biofotogrametria entre outros;
- XXVI. Planejar e executar medidas de prevenção de morbidades, comorbidades e imobilismo;
- XXVII. Decidir, prescrever e executar o tratamento fisioterapêutico neurofuncional específico para cada caso, enfatizando a frequência, a periodicidade e quantitativo de atendimentos;
- XXVIII. Decidir, planejar e executar métodos e técnicas de intervenção fisioterapêuticas neurofuncionais para crianças em risco do desenvolvimento neuro-psico-motor;
- XXIX. Decidir, planejar e executar métodos e técnicas de intervenção fisioterapêutica neurofuncional na lesão nervosa periférica, central e mista;
- XXX. Decidir, planejar e executar métodos e técnicas de intervenção fisioterapêutica neurofuncional em paratletas;
- XXXI. Programar métodos e técnicas de intervenção fisioterapêutica neurofuncional individual ou em grupo;
- XXXII. Decidir, prescrever, planejar e executar métodos e técnicas de intervenção fisioterapêutica neurofuncional nos distúrbios do equilíbrio corporal de origem vestibular;
- XXXIII. Planejar e executar estratégias de adequações para uma melhor acessibilidade a ambientes públicos e privados, como também planejar adequações em ambiente domiciliar, escolar, laboral e de lazer;
- XXXIV. Orientar, capacitar os cuidadores e acompanhantes quanto ao posicionamento no leito, sedestação, ortostatismo, visando à maior funcionalidade e autonomia dos clientes/pacientes/usuários;
- XXXV. Utilizar estratégias fisioterapêuticas neurofuncionais de contenção induzida ou terapia de restrição com vistas a estimular o dimídio corporal comprometido a fim de melhorar a capacidade funcional de seu cliente/paciente/usuário;
- XXXVI. Empregar abordagem paliativa a pacientes com prognóstico de óbito;
- XXXVII. Escolher e aplicar recursos das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde com vistas à melhora da condição de saúde físico funcional do seu cliente/paciente/usuário.

Durante a internação do paciente, o profissional o assistirá. A interrupção total ocorrerá na alta hospitalar, havendo necessidade o Fisioterapeuta e/ou o Médico farão o

encaminhamento para continuidade do tratamento no Ambulatório de Fisioterapia, ou outro serviço complementar na Rede de Saúde. Nos casos que o paciente estiver hemodinamicamente instável a interrupção será momentânea, assim que ocorrer a estabilização do quadro, o paciente será novamente assistido.

Os procedimentos padronizados que fazem parte das condutas dos fisioterapeutas na SES/DF são os descritos a seguir:

### HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS (18,19,20,21,22,23,24)

<b>1-FINALIDADE:</b> Prevenção e redução da transmissão de microrganismos entre profissionais e pacientes.	
<b>2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO:</b> <b>Indicação:</b> antes e após cada procedimento ou manipulação do paciente. <b>Contraindicação:</b> não existe contra-indicação para esse procedimento.	
<b>3-RESPONSABILIDADE:</b> Todos os profissionais de saúde.	
<b>4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS:</b> Descamação, ressecamento, alergia e fissuras na pele das mãos.	
<b>5-MATERIAL:</b> Sabão líquido / clorexidina e papel toalha.	
<b>6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</b>	
<b>Ação do Profissional</b>	<b>Justificativa</b>
01-Retirar anéis, pulseiras e relógio; 02-Arregaçar as mangas até altura do cotovelo; 03-Abrir a torneira sem encostar na pia; 04-Molhar as mãos a partir dos pulsos na direção dos dedos; 05- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos; 06-Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos: - palma contra palma; - palma direita sobre dorso esquerdo entrelaçando os dedos; - palma esquerda sobre dorso direito, entrelaçando os dedos; - palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais; - parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vaivém; - rotação dos polegares direito e esquerdo; - Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita	01-Abrigam sujidades e microrganismos cutâneos;  04-Permitir que a água flua da área menos contaminada para a mais contaminada;  05-O sabão ajuda a reduzir a tensão superficial, soltando os microrganismos. Sabão em barra possibilita contaminação cruzada;  06-A lavagem vigorosa remove a flora transitória adequadamente;

<p>contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa; - Esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;</p> <p>07-Enxaguar as mãos sem encostá-las na pia/torneira, no sentido dos dedos para os punhos;</p> <p>08-Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;</p> <p>09-No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.</p>	<p>07-Evitar contaminação;</p> <p>09-Evitar que as mãos sofram recontaminação.</p>
--	--

#### 7-RECOMENDAÇÕES:

- As mãos devem ser lavadas: antes de iniciar qualquer procedimento com o paciente e após o mesmo; quando for manusear medicamento e alimentos; após assoar o nariz; após o contato com materiais ou superfícies contaminadas; antes e após uso do banheiro e sempre que terminar o trabalho.
- Em áreas críticas, seguir a recomendação da CCIH com relação ao uso de sabão ou antisséptico e uso de álcool glicerinado ou álcool gel após a lavagem das mãos.
- Retirar sempre anéis e pulseiras antes de cuidar dos pacientes.
- Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais.
- Evite espirrar água em si próprio ou no assoalho pois, os microrganismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas, e assoalhos escorregadios são perigosos.

## FRICÇÃO DAS MÃOS COM PRODUTO ALCOÓLICO (25,26,27)

#### 1-FINALIDADE:

A fricção higiênica das mãos com álcool tem por finalidade a remoção da microbiota transitória da pele e substitui a higiene das mãos com água e sabão quando não houver sujidade aparente, sendo atualmente o produto mais recomendado para higiene das mãos em ambiente hospitalar.

#### 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: antes do contato com o paciente; antes a realização de procedimentos assépticos; após contato com o paciente; após risco de contato com fluidos corpóreos; após contato com a unidade do paciente; antes de calçar luvas; antes e após retirada de luvas e/ou demais Equipamentos de Proteção Individual;

#### 3-RESPONSABILIDADE:

Todos os profissionais

#### 4-RISCO/PONTOS CRITICOS:

- Ao paciente: quando não realizado ou mal realizado, transmissão de Infecção hospitalar
- Ao profissional: processos alérgicos ao produto alcoólico, fissuras e descamação da pele das mãos.

#### 5-MATERIAL:

Preparação alcoólica a 70% sob a forma de gel/espuma ou líquida com 1 % a 3% de glicerina, acondicionado em dispensadores, em refil.

#### 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

Ação do Profissional	Justificativa
01. Aplicar na palma das mãos quantidade suficiente do produto para cobrir toda a superfície das mãos;	01- A duração deve ser de 20 a 30 seg.
2. Friccionar as palmas das mãos entre si;	02- Antes de iniciar o procedimento é necessário retirar jóias como anéis, pulseiras, relógio, devido ao risco de acúmulo microrganismos.
3. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão	

<p>esquerda, entrelaçando os dedos e vice versa;</p> <p>4. Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;</p> <p>5. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, e vice versa;</p> <p>6. Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular e vice versa;</p> <p>7. Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão esquerda;</p> <p>8. Friccionar os punhos com movimentos circulares;</p> <p>9. Friccionar até secar. Não usar papel toalha.</p>	
<p><b>7-RECOMENDAÇÕES:</b> O objetivo é orientar aos profissionais de saúde à respeito da importância da higienização básica das mãos e a sua relevância para prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência</p>	

### APLICAÇÃO DE BOLSA DE ÁGUA MORNA (28,29,30,31,32,33,34,35)

<p><b>1-FINALIDADE:</b> Facilitar a circulação pela dilatação dos vasos sanguíneos e diminuir: dor local, edema e temperatura corporal.</p>													
<p><b>2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:</b> <b>Indicação:</b> hipotermia em RN, celulite, abscessos, retenção urinária, contusão e distensão. <b>Contraindicação:</b> presença de vesículas no local da aplicação, feridas ou exsudatos. Clientes sob risco de hemorragia, entorse de membro na fase aguda (a vasodilatação aumenta a dor e o intumescimento). Em áreas com comprometimento circulatório ou em pacientes com sensibilidade prejudicada.</p>													
<p><b>3-RESPONSABILIDADE:</b> Fisioterapeuta, compartilhado com outras equipes.</p>													
<p><b>4-RISCO/PONTOS CRITICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não colocar a bolsa de calor diretamente na pele;</li> <li>• Observar queimadura no local da aplicação da bolsa.</li> </ul>													
<p><b>5-MATERIAIS:</b> Bandeja, bolsa de borracha, água morna, toalha.</p>													
<p><b>6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Ação do Profissional</th> <th style="text-align: center;">Justificativa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01- Conferir a prescrição médica e fisioterapêutica;</td> <td>01- Evitar erros;</td> </tr> <tr> <td>02- Higienizar as mãos;</td> <td>02- Reduzir transmissão de microrganismos;</td> </tr> <tr> <td>03- Encher a bolsa com água morna até completar 2/3 da capacidade da bolsa;</td> <td>03- O enchimento parcial da bolsa torna-a mais leve e flexível para amoldar-se à área de tratamento;</td> </tr> <tr> <td>04- Pressionar a bolsa até que a água atinja a borda para expelir todo o ar. Fechar bem a bolsa de borracha;</td> <td>04- O ar no interior da bolsa pode reduzir a condução;</td> </tr> <tr> <td>05- Verificar se ocorre vazamento;</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Ação do Profissional	Justificativa	01- Conferir a prescrição médica e fisioterapêutica;	01- Evitar erros;	02- Higienizar as mãos;	02- Reduzir transmissão de microrganismos;	03- Encher a bolsa com água morna até completar 2/3 da capacidade da bolsa;	03- O enchimento parcial da bolsa torna-a mais leve e flexível para amoldar-se à área de tratamento;	04- Pressionar a bolsa até que a água atinja a borda para expelir todo o ar. Fechar bem a bolsa de borracha;	04- O ar no interior da bolsa pode reduzir a condução;	05- Verificar se ocorre vazamento;	
Ação do Profissional	Justificativa												
01- Conferir a prescrição médica e fisioterapêutica;	01- Evitar erros;												
02- Higienizar as mãos;	02- Reduzir transmissão de microrganismos;												
03- Encher a bolsa com água morna até completar 2/3 da capacidade da bolsa;	03- O enchimento parcial da bolsa torna-a mais leve e flexível para amoldar-se à área de tratamento;												
04- Pressionar a bolsa até que a água atinja a borda para expelir todo o ar. Fechar bem a bolsa de borracha;	04- O ar no interior da bolsa pode reduzir a condução;												
05- Verificar se ocorre vazamento;													

<p>06- Reunir todo material necessário;</p> <p>07- Conferir o nome completo do paciente e explicar o procedimento;</p> <p>08- Colocar a bolsa na face interna de seu antebraço;</p> <p>09- Cobrir com uma toalha;</p> <p>10- Aplicar no local indicado e avaliar frequentemente a condição cutânea do cliente;</p> <p>11- Retirar a bolsa, após o tempo prescrito, e secar a pele;</p> <p>12- Manter o paciente confortável e o ambiente em ordem;</p> <p>13- Esvaziar a bolsa, deixando escorrer a água;</p> <p>14- Realizar a limpeza externa da bolsa com água e sabão e enxugá-la;</p> <p>15- Encher a bolsa de ar;</p> <p>16- Higienizar as mãos;</p> <p>17- Checar o procedimento;</p> <p>18- Realizar as anotações de fisioterapia no prontuário, registrando o horário da aplicação, as condições do paciente e as condições das regiões de aplicação.</p>	<p>06- Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo;</p> <p>07- Evitar erro; reduzir ansiedade e propiciar cooperação;</p> <p>08- Testar a temperatura e a distribuição de calor;</p> <p>09- A toalha protege a pele de eventuais queimaduras e absorve a perspiração;</p> <p>12- Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>15- Evitar que as paredes colabem;</p> <p>16- Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>17- Informar que a ação foi realizada;</p>
--	--

**7- RECOMENDAÇÕES:**

- O calor direto deve ser aplicado com cautela em clientes pediátricos, idosos e apresentando comprometimento da função renal, cardíaca ou respiratória, arteriosclerose ou aterosclerose, comprometimento de sensibilidade, diabéticos e inconscientes.
- Cautela às áreas que apresentam maior sensibilidade ao calor, como: tecido cicatricial e estomas.
- Retirar a bolsa caso observe intumescimento ou vermelhidão excessivos, formação de bolhas, maceração ou palidez e se o cliente relatar desconforto.

**APLICAÇÃO DE BOLSA DE GELO (36,37,38)**

**1-FINALIDADE:**

Uso terapêutico em pacientes que apresentam as indicações descritas por meio da promoção da constrição dos vasos sanguíneos pelo frio.

**2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO**

**Indicação:** prevenir e reduzir edemas, controlar sangramentos, aliviar a dor e baixar a temperatura corporal.

**Contraindicação:** pacientes com espasmos musculares, com dificuldade circulatória, hipotérmicos.



**3-RESPONSABILIDADE:**

Fisioterapeuta, compartilhado com outras equipes.

**4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS:**

Diminuição da circulação do local, levando à necrose e queimaduras por frio em pacientes com alteração de sensibilidade.

**5-MATERIAIS:**

Bandeja, gelo, bolsa de gelo, cobertura impermeável ou toalha.

**6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:**

Ação do Profissional	Justificativa
01- Conferir prescrição médica e fisioterapêutica e reunir o material;	01- Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo;
02- Higienizar as mãos;	02-Reduzir a transmissão de microrganismos;
03- Encher bolsa com água fria e verificar se há vazamentos. Esvaziar em seguida e encher até a metade com gelo moído;	03- O uso de pequenos pedaços de gelo facilita o ajustamento da bolsa ao corpo do cliente;
04- Espremer a bolsa para expelir o ar. Aperte a tampa e seque qualquer umidade do lado externo;	04- O ar no interior da bolsa pode reduzir a condução;
05- Envolver a bolsa em cobertura impermeável ou toalha;	05- A cobertura protetora evita traumatismo dos tecidos e absorve a condensação;
06- Reunir o material necessário;	07-Reduzir ansiedade, propiciar cooperação e demonstrar preocupação com o seu bem estar;
07- Explicar o procedimento ao paciente e colocá-lo em posição confortável, expondo a área que deve receber o tratamento;	08-Manter a temperatura correta;
08- Encher ou substituir o dispositivo de frio sempre que necessário, durante o período prescrito para o tratamento;	09-Demonstrar preocupação com o seu bem estar;
09-Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;	10-Informar que a ação foi realizada;
10- Checar o procedimento;	
11-Realizar as anotações de fisioterapia no prontuário, registrando o horário da aplicação, as condições do paciente e as condições das regiões de aplicação.	

**7- RECOMENDAÇÕES:**

- Atentar para o aparecimento de tremores e queixas de queimação ou dormência. Caso se desenvolvam, interromper o tratamento e avisar o médico.
- O frio deve ser aplicado imediatamente após uma lesão para diminuir o edema.
- Não continuar nenhuma aplicação de frio por mais de 1h, para evitar vasodilatação reflexa. A aplicação de temperaturas abaixo de 15°C também causa vasodilatação reflexa local.
- Bolsas com gel também podem ser utilizadas, colocando-as em freezer ou no congelador.
- Observar o local frequentemente para identificar sinais de intolerância tissular: palidez, coloração mosqueada, cianose, maceração e formação de bolhas.
- Trocar a cobertura protetora caso fique molhada.
- Esvazie a bolsa, realize a limpeza externa com água e sabão, enxugue-a ao final da aplicação e encha-a de ar para evitar que as paredes colabem.

**ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS (39,40,41,42,43)****1-FINALIDADE:**

Manter as vias aéreas desobstruídas e melhorar a troca gasosa.

**2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:**

**Indicação:** Presença de sons adventícios à ausculta; suspeita de broncoaspiração gástrica ou de via aérea superior; sons ou movimentos audíveis de secreções; aumento do pico de pressão na ventilação mecânica, queda da saturação arterial de oxigênio (SaO<sub>2</sub>) ou nos níveis da saturação arterial via oximetria de pulso; crise súbita de insuficiência respiratória, quando a permeabilidade da via aérea é questionada.

**Contraindicação:** Deve ser utilizada com cuidado em casos de sangramento nasofaríngeo ou de extravasamento de líquido cefalorraquidiano para a área nasofaríngea, em clientes que sofreram traumatismo, naqueles medicados com terapia anticoagulante, e nos clientes portadores de discrasias sanguíneas, porque aumentam o risco de sangramento.

**3-RESPONSABILIDADE:**

Fisioterapeuta, compartilhado com outras equipes.

**4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:**

Hipoxemia; arritmias cardíacas; parada cardíaca; traumatismo da mucosa traqueal; micro atelectasias; alteração da PCO<sub>2</sub>; hipertensão arterial; aumento da pressão intracraniana; infecções; ansiedade.

**5-MATERIAIS:**

Bandeja, aspirador, frasco de aspiração, máscara, óculos, gorro, avental, sonda de aspiração, gaze, luvas estéreis e de procedimento, SF 0,9% ou água destilada, ressuscitador pulmonar manual, fonte de oxigênio.

**6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:**

<b>Ação dos Profissionais</b>	<b>Justificativa</b>
<b>ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS INFERIORES</b>	
01- Reunir o material necessário;	01- Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo;
02- Conferir o nome completo do paciente e explicar o procedimento;	02- Evitar erros; diminuir a ansiedade e propiciar a cooperação;
03- Higienizar as mãos;	03- Reduzir a transmissão de microrganismos;
04- Colocar o cliente em semi-Fowler ou Fowler, se for tolerável e interromper a dieta;	04- Promover conforto, oxigenação, reduzir o esforço para a ventilação e prevenir vômitos e a aspiração;
05- Abrir a embalagem da sonda (somente a parte que conecta	05- Evitar contaminação do material;
	06- Prevenir a exposição aos riscos biológicos;
	07- Pressões mais elevadas podem lesar as vias aéreas do paciente;

<p>na extensão do tubo coletor), utilizar o restante da embalagem para protegê-la e mantê-la estéril, adaptar à extensão do aspirador;</p> <p>06- Colocar o gorro, avental, máscara, óculos e luvas estéreis;</p> <p>07- Regular a pressão do aspirador/vacuômetro com a mão considerada não estéril (não dominante), mantendo a pressão conforme recomendação;</p> <p>08- Proporcionar hiperoxigenação do paciente, conectado ao ventilador mecânico por 30 segundos, de três formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Pressionar o botão de hiperoxigenação no ventilador; ou</li> <li>B. Aumentar o nível de FiO<sub>2</sub> para 100% no ventilador; ou</li> <li>C. Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para a realização de seis ventilações em 30 segundos.</li> </ul> <p>09- Para o paciente em ventilação espontânea com tubo endotraqueal, a hiperoxigenação e hiperventilação também devem ser realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Aumentar o fluxo de oxigênio e orientar o paciente a realizar inspirações profundas antes do procedimento ou ventilar quatro ou cinco vezes com o ressuscitador manual conectado ao oxigênio;</li> </ul> <p>10- Desconectar o ventilador mecânico com a mão enluvada, não estéril, protegendo a conexão em Y do circuito;</p> <p>11- Com a mão não dominante segurar a parte da sonda não estéril e com a mão dominante, retirar a sonda de forma a mantê-la estéril;</p> <p>12- Lubrificar a sonda com água destilada ou soro fisiológico 0,9% (estéril) e manter o frasco com a solução próximo ao leito para a limpeza das extensões após o término do procedimento;</p> <p>13- Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência e, então, retirar a sonda 1 a 2 cm antes de aplicar sucção;</p> <p>14- Desclampear a extensão e aspirar retirando a sonda</p>	<p>08- Prevenir hipoxemia;</p> <p>09- Expandir os alvéolos;</p> <p>10- Evitar risco de exposição ocupacional, evitar a contaminação do circuito e, conseqüentemente, da via aérea;</p> <p>12- A lubrificação do cateter ajuda a movimentar as secreções no interior do mesmo;</p> <p>13- Para evitar contaminações, facilitar a introdução da sonda e prevenir lesões da mucosa traqueal. É recomendado não ultrapassar a carina para prevenir lesão de mucosa brônquica e atelectasias;</p> <p>14- Favorecer adequada remoção das secreções, prevenir hipóxia;</p> <p>15- Permitir que o paciente ventile e descanse entre as aspirações, para corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto;</p> <p>18- Demonstrar preocupação com seu bem estar;</p> <p>19- Manter o ambiente em ordem;</p> <p>20- Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>21- Verificar a eficácia do procedimento e avaliar suas repercussões;</p> <p>05- Proporcionar barreira física entre o profissional e fluidos corporais do paciente;</p> <p>06- Pressões mais elevadas causam traumatismo excessivo sem melhorar a remoção da secreção;</p> <p>08- Umedecer as superfícies interna e externa do cateter, reduzir a fricção e facilitar a inserção.</p>
---	---

com  
movimentos circulares. Esta etapa não deve exceder  
a 10  
segundos;

15- Reconectar o tubo do paciente ao ventilador,  
deixando-o  
descansar por pelo menos 30s;

16- Se necessário, repetir o procedimento, mas não  
realizar  
mais do que três ou quatro aspirações por sessão;

17- Ao término da aspiração traqueal, promover a  
limpeza da  
sonda com água destilada ou SF 0,9 % e realizar  
aspiração  
nasal e oral. Após todas as aspirações, lave a  
extensão do  
aspirador com solução estéril e despreze a sonda  
enrolando-  
a na mão e puxando a luva sobre ela;

18- Deixar o paciente confortável;

19- Recolher o material utilizado e encaminhar o material  
permanente ao expurgo e desprezar os resíduos em  
local  
adequado;

20- Higienizar as mãos e retirar os EPIs;

21- Auscultar os pulmões do paciente e reavaliar suas  
condições  
clínicas;

22- Realizar as anotações de fisioterapia no prontuário,  
anotando  
o aspecto, volume e coloração da secreção aspirada.

#### **ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES:**

(Repetir os itens de 01 a 04)

05- Colocar gorro, avental, máscara, óculos e luvas de  
procedimento;

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

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

- 08- Lubrificar a sonda com água destilada ou soro fisiológico 0,9%, introduzir a sonda em uma das narinas(+/- 13 a 15 cm) clampeada (sem aplicar sucção) e aspirar retirando a sonda, em movimento circular, por no máximo 15 s;
- 09- Retirar lentamente a sonda e deixar o paciente descansar por 20 a 30 s;
- 10- Aspirar a cavidade oral utilizando a cânula de Guedel. Se necessário, trocar a sonda, inserir o cateter na boca do cliente e fazer avançar de 7,5 a 10cm pelo lado da boca do cliente até alcançar o acúmulo de secreções ou até que comece a tossir;
- 11- Proporcionar 2-3minutos de descanso, enquanto o paciente continua a respirar oxigênio e/ou usar ressuscitador manual ligado ao O2;
- 12- Lavar a sonda e intermediário no frasco de solução salina sempre que necessário;
- 13- Após a sessão, lavar a extensão do aspirador com solução estéril e despreze a sonda enrolando-a na mão e puxando a luva sobre ela;
- 14- Fechar o vácuo e desprezar a sonda no saco de lixo;
- 15- Repetir os itens de 18, 19, 20 e 22.

#### **7-RECOMENDAÇÕES:**

- O calibre da sonda de aspiração não deve ser superior a metade do diâmetro da cânula endotraqueal ou de traqueostomia.
- Observar o paciente durante, oxigenando-os nos intervalos e conectando o respirador ao paciente com uso de ventilação mecânica.
- O enfermeiro deve utilizar máscara facial e óculos de proteção para proceder à aspiração como proteção pessoal.
- Para melhor eficácia na aspiração, a cabeça do paciente deve ser tracionada para a direita, para aspirar o brônquio esquerdo e, ao contrário, para aspirar o brônquio direito, com cuidado para não deslocar a cânula endotraqueal.
- A técnica de aspiração de cânula endotraqueal e da traqueostomia deve ser asséptica e feita conforme prescrição médica e de enfermagem. A aspiração frequente e a higiene oral adequada previnem infecções do trato respiratório que podem ser fatais em pacientes de terapia intensiva.
- O uso de instilação com soro fisiológico para fluidificar secreções deve ser limitado a casos de rolhas e obstrução que não se reverta somente com aspiração. Neste caso, instila-se 1 ml de SF 0,9% e aspira-se imediatamente. Este procedimento ajuda a fluidificar a secreção no entanto pode causar hipoxemia, além de infecções.
- A pressão de aspiração de parede recomendada é de 100 a 140 mmHg em adultos, de 95 a 100 mmHg

em crianças e de 50 a 95 mmHg em recém-nascidos. No uso de máquina de aspiração portátil, a pressão de aspiração recomendada é de 10 a 15 mmHg em adultos, de 5 a 10 mmHg em crianças e 2 a 5 mmHg em recém-nascidos.

- Deve ser utilizada com cuidado em casos de sangramento nasofaríngeo ou de extravasamento de líquido cefalorraquidiano para a área nasofaríngea, em clientes que sofreram traumatismo, naqueles medicados com terapia anticoagulante, e nos clientes portadores de discrasias sanguíneas, porque aumentam o risco de sangramento.
- Deve-se interromper a dieta e administração de medicamentos durante o procedimento, devido a possibilidade de ocorrer vômitos e aspiração pulmonar (OLIVEIRA; ARMOND; TEDESCO, 2001, DREYER et al., 2003).

## TRANSPORTE/TRANSFERÊNCIA DO LEITO PARA CADEIRA (44,45,46)

### 1-FINALIDADE:

Movimentar o paciente com conforto e segurança.

### 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

**Indicação:** ao paciente liberado para sair do leito. Cabe ao enfermeiro avaliar a habilidade do paciente em participar ativamente na transferência.

**Contraindicação:** fratura de quadril e pacientes que não conseguem se manter na posição.

### 3-RESPONSABILIDADE:

Fisioterapeuta, compartilhado com outras equipes.

### 4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

Queda do leito ou cadeira.

Abrasão de pele.

Relativo ao profissionais: algias vertebrais devido a mecânica corpora incorreta.

### 5-MATERIAIS:

Cadeira de rodas ou poltrona, lençol, escadinha, cinto de transferência

### 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

Ação dos Profissionais	Justificativa
01-Higienizar as mãos;	01-Reduzir a transmissão de microrganismos;
02-Explicar o procedimento ao paciente;	02-Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação;
03-Fechar a porta do quarto;	03-Promover privacidade;
04-Preparar a cadeira, forrá-la , colocando um lençol em diagonal;	
05-Posicionar a cadeira/poltrona na lateral do leito;	06-Evitar acidentes;
06-Travar as rodas da cadeira e erguer o descanso dos pés;	
07-Posicionar a escadinha na altura dos pés da cama do paciente;	
08-Posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal;	
09-Elevar a cabeceira da cama;	

10-Ajudar o paciente a sentar-se na cama, apoiando os pés na escadinha;

11-Vestir adequadamente o paciente;

12-Ficar de frente para o paciente segurando-o pela cintura, posicionar o cinto de transferência;

13-Ajudar o paciente a levantar-se, apoiando-se nos ombros do executante que o segurará pelo cinto de transferência até que fique em pé ao lado da cama. Orientar o paciente a girar o quadril lentamente de forma a ficar de costas para a cadeira;

14-Ajudar o paciente a sentar-se na cadeira/poltrona confortavelmente;

15-Apoiar os pés do paciente no descanso da cadeira;

16-Cobrir o paciente com outro lençol e/ou cobertor;

17-Conduzir o paciente ao local desejado;

18-Higienizar as mãos;

19- Realizar as anotações de fisioterapia no prontuário

18-Reduzir a transmissão de microrganismos;

#### **7-RECOMENDAÇÕES:**

- Para colocá-lo novamente no leito é só seguir esses passos em sequência invertida.
- Adotar uma postura corporal de base ampla e dobrar os joelhos, em vez do corpo, para adquirir maior estabilidade.
- Aproximar o paciente a ser transportado junto ao seu corpo, para diminuir esforço.
- Diante de qualquer anormalidade, como tontura, fraqueza e outras, colocar o paciente no leito e notificar o enfermeiro.
- Proteger adequadamente soros, cateteres, drenos e aparelhos, evitando sempre movimentos bruscos.
- Anotar na prescrição de enfermagem a hora da saída do leito.

## **8.1 Conduta Preventiva**

### 8.1.1 Orientações aos cuidadores de Pacientes Acamados

#### **Úlceras por pressão<sup>(47)</sup>:**

- Observar se há lugares onde a pele aparece avermelhada (ombros, nádegas, calcanhar, etc);
- Caso observe essas regiões avermelhadas, talvez seja necessário providenciar um colchão do tipo "caixa de ovo". Coxins bem macios ou protetores de espuma também podem ser úteis;
- Fases de formação: vermelhidão no local da pressão; edema local com calor, podendo haver a formação de bolha de água, destruição das camadas da pele;

- Áreas que aparecem com maior frequência: atrás da cabeça; escápulas; cotovelos; sacro e cóccix; coluna; calcânhares;
- Prevenção das úlceras por pressão:
  - vigiar constantemente a pele para detectar possíveis alterações (inchaço, vermelhidão, calor local, etc);
  - realizar higiene corporal adequada, através de banhos no leito ou de chuveiro com sabonete neutro;
  - manter a higiene do local onde o paciente permanece sentado ou deitado;
  - passar creme hidratante na pele do paciente e não usar talco, pois resseca a pele;
  - trocar as roupas de cama sempre que necessário. os lençóis devem estar sempre bem esticados e livres de dobras;
  - evitar a presença de objetos pontiagudos junto ao paciente (tesouras, facas, garfos, alfinetes, etc);
  - realizar higiene íntima adequada sempre que o paciente evacuar ou urinar;
  - usar fraldas descartáveis ou forros de pano, principalmente no período noturno;
  - colocar comadre ou papagaio com cuidado para não machucar a pele do paciente;
  - promover o alívio da pressão local com travesseiros, almofadas;
  - comunicar alterações de pele em pacientes que usem instrumentos ortopédicos;
  - levar o paciente aos banhos de sol, sempre que possível, no período da manhã, antes das 10h, ou à tarde, após as 16h, durante 15 a 30 minutos;
  - manter colchão caixa de ovo na cama ou cadeira de rodas;
  - manter o bom alinhamento de todas as partes do corpo no paciente acamado ou sentado por longos períodos;
  - realizar mudanças de posição e proteger as saliências ósseas.

### **Cuidados com pacientes inconscientes<sup>(47)</sup>**

- Elevação da cabeceira do leito a 30 graus;
- Realizar aspirações frequentes e também higiene oral;
- Mudança frequente de posição para evitar formação de úlceras de pressão e uso de colchão caixa de ovo;

### **Fisioterapia Respiratória<sup>(47)</sup>**

O objetivo da fisioterapia respiratória é proporcionar aos cuidadores informações básicas dos cuidados respiratórios considerados importantes para o bem-estar do paciente.

- Higiene Brônquica



- mudanças de decúbito: são importantes para evitar acúmulo de secreção. Devemos ter preocupação de proporcionar posições em que o tórax esteja sempre livre, visando favorecer a ventilação do paciente.
  - movimentar braços e pernas respeitando a amplitude de movimento do paciente; aumenta fluxo respiratório. isso favorece a tosse quando a secreção se encontra em vias aéreas mais proximais;
  - as manobras de higiene brônquica devem ser feitas quando o paciente apresentar um quadro de hipersecreção pulmonar com dificuldade de tossir e expectorar.
- **Aspiração**
    - Nasotraqueal ou orotraqueal: a sonda é introduzida pelo nariz ou pela boca do paciente, respectivamente. Este procedimento deve ser realizado de maneira correta evitando stress respiratório ao paciente. Devemos tomar alguns cuidados quanto a estas aspirações em paciente com uso de sonda enteral para alimentação.
    - Traqueal: ao iniciar a aspiração a sonda deve estar aberta, e a aspiração deve ser realizada somente no momento da expiração do paciente. No caso de pacientes que fazem uso de oxigênio, o mesmo deve estar sempre perto da traqueo no momento da aspiração.
    - Higiene da endocânula: manter sempre a endocânula da traqueostomia bem limpa (endocânula é a peça que se encaixa dentro da cânula de traqueostomia e que deve ser retirada para a higiene). Essa limpeza deve ser feita duas vezes ao dia em paciente sem muita secreção, podendo ser intensificada a partir do momento em que a secreção aumente.

Como fazer? Limpeza da endocânula: depois de retirada, o cuidador deve colocá-la embaixo de uma torneira com água corrente para deixar que a água limpe a secreção. Após isso, deve passar uma gaze de um lado para o outro da endocânula, limpando as secreções ressecadas, que obstruem a luz do mesmo. Após a aspiração nunca devemos aproveitar a mesma sonda, pois a sonda que fica em qualquer recipiente, seja ele com água ou não, pode estar favorecendo uma infecção. Não é necessário o uso de luvas estéreis para este procedimento.

### **Orientação de Posicionamento**

Posicionamento do paciente no leito (pacientes com Acidente Vascular Encefálico):

- Deitado de costas:

O braço “afetado” deve estar estendido sempre com um travesseiro embaixo, para seu relaxamento; e a perna “afetada” deve estar fletida (joelho dobrado) e também com um travesseiro ou almofada embaixo dela, para um melhor relaxamento

- Deitado de lado em cima do lado “afetado”:

O paciente deve ficar com o braço “afetado” em extensão (esticado) à frente do seu corpo, com apoio total no leito (apoiado sempre por um travesseiro ou almofada). As pernas devem permanecer dobradas, com travesseiro entre os joelhos.

- Deitado em cima do lado não “afetado”:

O paciente deve ficar com o braço estendido à frente do seu corpo, por cima do outro e com um travesseiro entre eles.

- Sentado em cadeira ou poltrona:

A coluna do paciente deve estar em posição correta (alinhada), totalmente apoiada no encosto da poltrona; pernas fletidas (dobradas), com quadris e joelhos fletidos (a 90°) e os pés totalmente em contato com o chão; braços apoiados nos “braços” da poltrona ou cadeira, com os cotovelos dobrados e os ombros alinhados, próximos ao corpo do paciente.

- Manuseio do paciente na mudança dos decúbitos:

→ Transferência da cama para a poltrona ou cadeira;

A cadeira deverá ser colocada ao lado da cama. O paciente é rolado sobre o lado em que ele tem maior dificuldade de movimentação;

O cuidador coloca uma das mãos sobre o ombro comprometido do paciente, leva suas pernas para a borda da cama com a outra mão e coloca-o sentado;

O paciente pode apoiar-se sobre o cotovelo “comprometido”, colocando seu peso sobre ele. O paciente, com as mãos entrelaçadas à sua frente, ajuda a se mover para a borda da cama.

O cuidador coloca os braços sobre os ombros do paciente, com as mãos apoiadas nas costas do mesmo, na altura dos ombros, enquanto as pernas calçam os pés e os joelhos do paciente. Os braços do paciente são colocados em torno da cintura do cuidador ou nos seus ombros, não devendo entrelaçar as mãos. Seu tronco é puxado para a frente e para baixo, a fim de que o peso se distribua igualmente nas pernas;

Sem levantar o paciente, o cuidador fixa os ombros e os joelhos dele, girando-o para colocá-lo sentado na cadeira.

### **Orientações para evitar os vícios posturais<sup>(48)</sup>**

O que é um vício postural?

Quando o indivíduo permanece em posições erradas, prejudicando ou aumentando ainda mais suas dores e/ou limitações de movimentos. Se esses vícios não forem corrigidos a tempo, podem causar deformidades irreversíveis, prejudicando até mesmo o tratamento dos fisioterapeutas.

### **Orientações para evitar deformidades**

As deformidades ocorrem quando o indivíduo adota vícios de postura, provocando o encurtamento dos tecidos moles (isto é, dos tendões e ligamentos) e o alongamento de outros nas articulações.

Dessa maneira, as articulações ficam rígidas (duras), provocando assim deformidades de difícil correção.

- **Prevenção**

As deformidades podem ser prevenidas com um posicionamento cuidadoso do paciente dependente: na cama, poltrona e cadeira de rodas (como já foi descrito no item sobre posicionamento). Esse posicionamento deve ser feito de maneira que o paciente não permaneça por um período prolongado em uma mesma posição.

Os membros e o tronco devem ser colocados em uma variedade de posições durante o dia, procurando alternar as posições de braços e pernas durante a permanência do paciente em uma mesma postura (sentado ou deitado).

#### **8.1.2 Cuidados preventivos de queda<sup>(49)</sup>**

- Avaliar o risco de queda para todos os pacientes na admissão e diariamente conforme fatores de risco estabelecidos;
- Identificar o paciente com risco de queda com placa sinalizadora na porta do apartamento ou entrada do leito;
- Ajudar o paciente com dificuldade de marcha durante a locomoção;
- Quando necessário, solicitar ao médico avaliação para sedação de pacientes agitados;
- Orientar sobre a necessidade de um acompanhante, durante a internação, para pacientes com risco de sofrer quedas;
- Solicitar ao familiar assinatura do termo de ciência de necessidade de acompanhante 24 horas durante a internação;
- Manter escadinha próxima ao leito;
- Orientar em relação ao sistema de regulação de altura da cama por meio elétrico;

- Acompanhar sempre o paciente ao banheiro;
- Manter a cama em posição baixa e travada;
- Estimular o uso de barras de proteção nos banheiros;
- Ajudar o paciente a levantar-se do leito e locomover-se;
- Colocar grades bilaterais de proteção na cama;
- Ajustar adequadamente a altura da cama do paciente;
- Observar piso molhado e realizar orientações à equipe de limpeza;
- Adequar mobiliários como, por exemplo, a bandeja para alimentação.

## 8.2 Tratamento Não Farmacológico

### OUTRAS ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA EM ENFERMARIA <sup>50,51,52,53,54</sup>

Foram divididas entre “exclusiva”, “compartilhada” ou “não é atribuição” do fisioterapeuta.

ATIVIDADE	DISCUSSÃO	ATRIBUIÇÃO
Cinesioterapia	A mobilização do paciente hospitalizado deve ser precoce com o objetivo de reduzir o tempo de internação e do declínio funcional.	EXCLUSIVA
Posicionamento <b>funcional</b> no leito, deambulação, sedestação.	O posicionamento <b>funcional</b> no leito, a deambulação e sedestação objetivando a conduta fisioterapêutica são funções do fisioterapeuta.	COMPARTILHADA com outras equipes.
Ventilação Não Invasiva	Deve ser realizada pelo fisioterapeuta após discussão com médico plantonista.	COMPARTILHADA com outras equipes.
Oxigenoterapia	O fisioterapeuta poderá gerenciar a oxigenioterapia juntamente com a equipe médica e de enfermagem.	COMPARTILHADA com outras equipes.
Ressuscitação cardiorrespiratória	O fisioterapeuta poderá disponibilizar-se e priorizar a ventilação e oxigenação neste momento.	COMPARTILHADA com outras equipes.
Troca de fixação de Traqueostomia	Não se trata de uma atribuição do fisioterapeuta.	NÃO É ATRIBUIÇÃO
Troca de cânula de Traqueostomia por plástica ou metálica e	Não deve ser realizada pelo fisioterapeuta por ser um procedimento invasivo. O mesmo poderá apenas auxiliar a equipe médica, garantindo a ventilação e oxigenação do paciente. O	NÃO É ATRIBUIÇÃO

Decanulação.	fisioterapeuta deve ser responsável pela avaliação da permeabilidade de vias aéreas, condição muscular e efetividade da tosse. Participar da decisão de retirada junto à equipe multidisciplinar, entretanto não pode realizar o procedimento.	
Coleta de Aspirado Traqueal	Não é atribuição do fisioterapeuta, pois é procedimento de coleta de material para laboratório.	NÃO É ATRIBUIÇÃO
Aspiração de secreções intraqueal	Será realizado pelo fisioterapeuta como parte integrante de um protocolo assistencial especializado, durante o atendimento, se o mesmo julgar necessário.	COMPARTILHADA com outras equipes.

Os itens acima tem respaldo em leis, portarias e recomendações. Porém há atribuições que não contam com referências específicas; para tais houve discussão e consenso entre este colegiado.

### **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.

### **8.4 Benefícios Esperados**

Com a assistência Fisioterapêutica, durante o período de internação, na enfermarias dos Hospitais da Rede de Saúde do DF, esperamos que a resolubilidade do quadro seja antecipada, diminuindo o tempo de internação, e diminuindo o risco das co-morbidades, que estão vinculados a alta permanência desses pacientes nos Hospitais. E redução de complicações, como deformidades.

## **9- Monitorização**

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 Enfermarias serão mensuradas e acompanhadas por meio de indicadores de produtividade, processo e resultados, conforme descrito abaixo:

## INDICADORES DE PRODUTIVIDADE

### 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

### 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 decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

### **Número de pacientes não atendidos com indicação de Fisioterapia**

Objetivo estratégico	Mensurar a demanda reprimida com base no nº atendimentos fisioterapêuticos não realizados na unidade com relação a demanda do serviço.
Nome do indicador	Demanda reprimida de atendimentos fisioterapia.
Descrição	Coletar diariamente o numero de usuários efetivamente atendidos em comparação àqueles com indicação com base nas avaliações.
Propósito/justificativa	Conhecer a produtividade e a carga de trabalho da equipe de fisioterapia da unidade.
Fórmula	= nº de avaliações/indicações fisioterapia - soma do nº de atendimentos de fisioterapia
Unidade de Medida	Nº de usuários atendimentos
Fonte de Dados	Controle de atendimentos da Fisioterapia
Frequência	Diária
Meta	Sem meta
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data de implementação do indicador	Após a aprovação do protocolo

Os seguintes indicadores assistenciais serão produzidos pela equipe de fisioterapia e apresentados para os gestores da unidade mensalmente em reunião específica.

### **INDICADORES ASSISTENCIAIS**

#### **Tempo de internação**

Objetivo estratégico	Mensurar o tempo de internação dos pacientes sob cuidados compartilhados com a equipe de fisioterapia.
Nome do indicador	Tempo de Internação
Descrição	Mensuração da média de internação em dias corridos dos pacientes na unidade sob cuidado compartilhado da fisioterapia.
Propósito/justificativa	Conhecer o perfil epidemiológico da unidade, comparar a efetividade do serviço com base no tempo de internação,

	acompanhar processos e definir estratégias para o serviço de Fisioterapia.
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes com fisioterapia} \times 100 / \text{Número de pacientes internados}$
Unidade de Medida	Tempo em dias
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

### 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	$\text{Número de eventos de mobilização precoce (cinesioterapia ativa, sedestação e retirada do leito)} \times 100 / \text{Número de pacientes em Fisioterapia.}$
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

### Taxa de uso de Ventilação Não Invasiva

Objetivo estratégico	Mensurar o uso da Ventilação Mecânica Não Invasiva em pacientes nas Enfermarias
Nome do indicador	Taxa de Ventilação Mecânica Não Invasiva
Descrição	Mensuração da taxa diária/mensal de uso da Ventilação Mecânica Não Invasiva em pacientes



	da UTI
Propósito/justificativa	Conhecer o a frequência de uso de VNI, quais as indicações, monitorar os resultados.
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes em VMNI} \times 100}{\text{Número de pacientes internados}}$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Caderno de Controle de VNI
Frequência	Mensal
Meta	Após aprovação do protocolo
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data para implementação do indicador	Após aprovação do protocolo

### **Taxa de Insucesso de Ventilação Não Invasiva**

Objetivo estratégico	Controle dos índices de qualidade na aplicação da VMNI
Nome do indicador	Taxa de Insucesso de aplicação da VMNI
Descrição	Identificar e avaliar a falha na aplicação da VMNI em pacientes das Enfermarias. Pacientes com necessidade de intubação após falha da VMNI.
Propósito/justificativa	Diminuir os índices de intubação, reduzir tempo de VM, custos e mortalidade em pacientes das Enfermarias
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes intubados pós VMNI} \times 100}{\text{Número de pacientes que realizaram VNI}}$
Unidade de Medida	Porcentagem
Fonte de Dados	Caderno de Controle de VNI
Frequência	Mensal
Meta	< 30%
Responsável pela informação	Fisioterapia
Responsável pela tomada de	Fisioterapia

decisão	
Data para implementação do indicador	Após aprovação do protocolo

### Medida da Condição Funcional

Objetivo estratégico	Mensurar a condição funcional dos pacientes internados na Enfermaria
Nome do indicador	Functional Status Score-ICU
Descrição	Mensuração da FSS no momento pré-admissão, admissão e da alta do paciente da Enfermaria
Propósito/justificativa	Reduzir os efeitos da internação hospitalar na capacidade funcional do paciente.
Fórmula	Variação entre a FSS pré admissão, admissão e a FSS de alta da Enfermaria
Unidade de Medida	Escore FSS
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização
Frequência	Mensal
Meta	Após aprovação do protocolo
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data para implementação do indicador	Após aprovação do protocolo

### Medida de Força Muscular

Objetivo estratégico	Mensurar a força muscular de MMSS e MMII
Nome do indicador	Medida de Força Muscular.
Descrição	Mensuração da força muscular através da Medical Research Council-MRC no momento da admissão e da alta do paciente da Enfermaria
Propósito/justificativa	Reduzir os efeitos da internação hospitalar na perda de força muscular do paciente.
Fórmula	Variação entre a MRC de admissão e a MRC de alta da Enfermaria
Unidade de Medida	Escore MRC
Fonte de Dados	Ficha de Monitorização
Frequência	Mensal
Meta	Após aprovação do protocolo

Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data para implementação do indicador	Após aprovação do protocolo

### Taxa de efeitos adversos durante a mobilização

Objetivo estratégico	Mensurar a quantidade de efeitos adversos durante a realização de mobilização pela equipe da fisioterapia nas Enfermarias
Nome do indicador	Taxa de efeitos adversos na mobilização
Descrição	Mensuração da taxa de incidência de efeitos adversos durante a mobilização pela fisioterapia em pacientes das Enfermarias
Propósito/justificativa	Verificar a incidência de eventos adversos durante a mobilização pela fisioterapia em pacientes das Enfermarias e propor medidas para garantir a segurança deste processo.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de eventos adversos}}{\text{Número de procedimentos de mobilização (sedestação e retirada do leito)}} \times 100$
Unidade de Medida	%
Fonte de Dados	Ficha específica
Frequência	Mensal
Meta	Após aprovação do protocolo

### Tempo entre a admissão e o primeiro dia de ortostatismo na Enfermaria

Objetivo estratégico	Mensurar o tempo que o paciente demora para o 1º ortostatismo nas Enfermarias
Nome do indicador	Tempo para ortostatismo na Enfermaria
Descrição	Mensuração do tempo gasto entre a admissão e o 1º dia de ortostatismo nas Enfermarias
Propósito/justificativa	Reduzir o tempo entre a admissão e o 1º dia de ortostatismo na Enfermaria, com o objetivo de favorecer a aquisição da deambulação independente e reduzir tempo de internação e taxas de readmissões em UTIs.
Fórmula	$\text{Dia do 1}^\circ \text{ ortostatismo} - \text{dia da admissão}$
Unidade de Medida	Dias
Fonte de Dados	Ficha de monitorização

Frequência	Mensal
Meta	Após aprovação do protocolo

## 10- Acompanhamento Pós-Tratamento

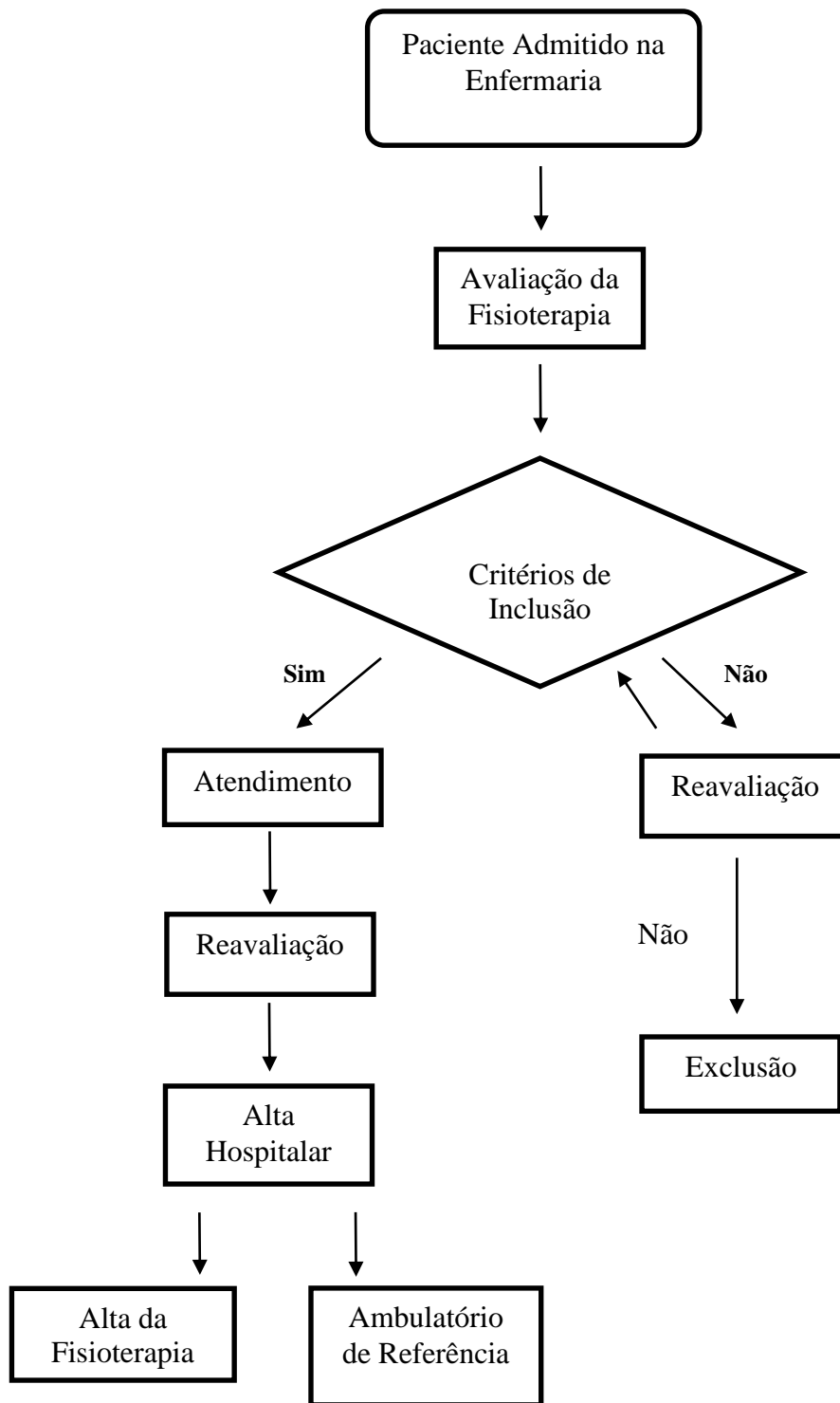
Ao receber alta hospitalar os pacientes deverão receber um encaminhamento por escrito do médico responsável solicitando a fisioterapia, quando houver indicação de continuidade do tratamento fisioterapêutico. No pedido deverá constar o CID específico da patologia do paciente e, se possível, um resumo do histórico hospitalar do mesmo.

Em posse deste pedido, o paciente ou responsável deverá comparecer ao serviço de referência ambulatorial da rede portando documento de identificação, pedido médico para fisioterapia com CID, cartão do SUS, comprovante de residência no nome do paciente ou responsável e telefone para contato.

Após agendamento, seu tratamento seguirá o "protocolo de fisioterapia ambulatorial, NRAD ou Home Care", dependendo do caso.

Pacientes queimados, ao receberem alta hospitalar, serão encaminhados para acompanhamento fisioterapêutico ambulatorial pela própria equipe de fisioterapia que o acompanhou durante a internação. O paciente será orientado que não há necessidade de marcação já que a agenda para acompanhamento destes pacientes é aberta. A fisioterapia será realizada no mesmo dia que o paciente fizer a troca do curativo no ambulatório de queimados.

## 11- Fluxograma



## 12- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A apresentação dos indicadores produzidos: número de atendimentos fisioterapêuticos, média de atendimentos por fisioterapeuta, número de pacientes não atendidos com indicação de fisioterapia, tempo de internação, taxa de mobilização precoce, taxa de uso da ventilação não invasiva, taxa de insucesso de ventilação não invasiva, medida da condição funcional, medida de força muscular, taxa de efeitos adversos durante a mobilização, tempo entre a admissão e o primeiro dia de ortostatismo na enfermaria pela equipe, será avaliada pelos gestores, para que os mesmos possam avaliar o protocolo, realizar alterações ou reformulação do mesmo.

### **13- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

Não se aplica.

### **14- Referências Bibliográficas**

1. ANDRADE Armêle, LEMOS Jadir, DALL'AGO Pedro. A trajetória dos cursos de graduação na saúde, cap 06, 2006. 201-241.
2. [HTTP://coffito.org.br/conteudo/con\\_view.asp?secao=27](http://coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27)
3. BISPO JÚNIOR José. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 2010.
4. CARVALHO Milene, ALELUIA Ítalo. Desafios da integralidade no campo da assistência fisioterapêutica no sistema único de saúde. Rev. Eletrônica Gestão & Saúde, vol 03, n<sup>o</sup> 02, 2012.
5. CRUZ Marly. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. apud Qualificação de Gestores do SUS. Fiocruz, 2011.
6. [tabnet.datasus.gov.br](http://tabnet.datasus.gov.br)
7. COFFITO. Resolução n<sup>o</sup> 387 de 08 de junho de 2011.
8. THRUSH Aaron, ROZEK Melanie, DEKERLEGAND Jennifer L. The Clinical Utility of the Functional Status Score for the Intensive Care Unit (FSS-ICU) at a Long Term Acute Care Hospital: A Prospective Cohort Study. Journal of the American Physical Therapy Association. 2012.
9. PRESTO Bruno. Fisioterapia Respiratória: Uma nova visão. 2 edição, editora BP, Rio de Janeiro, 2003.
10. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo, EDUSP; 2003, 325.
11. SARMENTO George Jerre Vieira. Fisioterapia Respiratória em Pediatria e Neonatologia; 2<sup>a</sup> edição; editora Manole, São Paulo, 2011.
12. AZEREDO, C.A.C., Ventilação não invasiva. In: AZEREDO, C.A.C. Fisioterapia

- respiratória moderna. 4ª edição, editora Manole, São Paulo, 2002, 413-26.
13. SCHNEIDER, JW; QU, DH; LOWRY, J; WALKER, J; VITALE, E; ZONA, M. Efficacy of inpatient burn rehabilitation: A prospective pilot study examining range of motion, hand function and balance. *Burns*; 38: 164-171, 2012.
  14. WHITEHEAD, C; SERGHIOU, M. A 12-year comparison of common therapeutic interventions in the burn unit. *Journal of Burn Care & Research*: 281-281, March/April, 2009.
  15. Resolução COFFITO nº 396 de 18 de agosto de 2011.
  16. Resolução COFFITO nº 400 de 03 de agosto de 2011.
  17. Resolução COFFITO nº 404 de 03 de agosto de 2011.
  18. ARCHER, Elizabeth et al. *Procedimentos e protocolos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
  19. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Higienização das mãos em serviços de saúde*. Brasília, 2007. 52 p.
  20. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos*. Brasília, 2009. 95 p.
  21. MOTTA, Ana L. C. *Normas, rotinas e técnicas de enfermagem*. São Paulo: Iatria, 2003.
  22. SANTOS, A. E; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SILVA, S. C. *Procedimentos especializados*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
  23. SWEARINGEN, Pámela L. *Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2001.
  24. TIMBY, Babara K. *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
  25. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos*. Brasília, 2009. 95 p.
  26. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. *Procedimentos de enfermagem: guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
  27. *MANUAL de procedimentos de enfermagem*. São Paulo, 2005. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/spdm/manual\\_hosp/arquivos/manuais/](http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/)>. Acesso em: 6 out. 2009.
  28. ARCHER, Elizabeth et al. *Procedimentos e protocolos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
  29. ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

30. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
31. KOCH, Rosi M. et al. Técnicas básicas de enfermagem. 18. ed. Curitiba: Século XXI, 2002.
32. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/spdm/manual\\_hosp/arquivos/manuais/](http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/)>. Acesso em: 6 out. 2009.
33. SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
34. TAYLOR, Carol. Fundamentos de enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
35. TIMBY, Babara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
36. ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
37. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
38. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/spdm/manual\\_hosp/arquivos/manuais/](http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/)>. Acesso em: 6 out. 2009.
39. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
40. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/spdm/manual\\_hosp/arquivos/manuais/](http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/)>. Acesso em: 6 out. 2009.
41. POTTER, P. A.; ANNE, G. P. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
42. SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. Procedimentos básicos. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
43. TIMBY, Bárbara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
44. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
45. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/spdm/manual\\_hosp/arquivos/manuais/](http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/)>. Acesso em: 6 out. 2009.
46. TIMBY, Babara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 6. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.



47. PLANO DE SAÚDE VERA CRUZ. Manual de Assistência a Pacientes Dependentes. Campinas.
48. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Orientações aos Cuidadores de Pacientes Acamados.
49. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM. Identificação de Risco e Prevenção de Quedas. Hemorio. 1ª edição. 2010.
50. FRANÇA, E. E. T.; FERRARI, F.; FERNANDES, P.; CAVALCANTI, R.; DUARTE, A.; MARTINEZ, B. P.; AQUIM, E. E.; DAMASCENO, M. C. P. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Rev. Bras. Ter. Intensiva;24(1):6-22, 2012.
51. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - ACÓRDÃO No. 299, 22 de janeiro de 2013.
52. SACANELLA, E.; PÉRES-CASTEJÓN, J. M.; NICOLÁS, J.M.; MASANÉS, F.; CASTRO, P.; LÓPEZ-SOTO, A. Functional status and quality of life 12 months after discharge from a medical ICU in healthy elderly patients: a prospective observational study. Critical Care; 15:R105, 2011.
53. Parecer técnico crefito 11 n. 02/2014.
54. Parecer técnico crefito 11 n. 01/2009