

# POP

HC-UFTM/EBSERH

## Fisioterapia na Parada Cardiorrespiratória e Intubação Orotraqueal

Versão: 5 | 2025

**SUPERINTENDENTE**

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

**GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

**DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO**

FERNANDO DE FREITAS NEVES

**CHEFE DA UNIDADE MULTIPROFISSIONAL**

VIVIANE DE ALMEIDA COBO

**ELABORAÇÃO**

Marcos Vinicius Lopes da Silva, Unidade Multiprofissional  
Jorge Henrique Fernandes de Lima, Unidade Multiprofissional  
Daniel Chaves Queiroz, Unidade Multiprofissional

**ANÁLISE**

Viviane de Almeida Cobo, Unidade Multiprofissional

**VALIDAÇÃO TÉCNICA**

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

**REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO**

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

**APROVAÇÃO**

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Data da emissão: 27/2/2025

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.UMULTI.055

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados. © Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados  
[www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*



## 1. OBJETIVO

Padronizar entre os fisioterapeutas da Unidade Multiprofissional (UMULTI) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), o atendimento na parada cardiorrespiratória (PCR) e na intubação orotraqueal (IOT), para que haja um cuidado de forma rápida e organizada com a finalidade de aumentar a chance de sobrevivência do paciente.

## 2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

De acordo com a orientação da American Heart Association (AHA 20153), a equipe de atendimento multidisciplinar deve dispor de cinco elementos assim distribuídos na PCR:

- \* um profissional na ventilação;
- \* um profissional na compressão torácica;
- \* um profissional anotador de medicamentos e de tempo;
- \* um profissional na manipulação dos medicamentos;
- \* um profissional no comando, próximo ao monitor de eletrocardiograma.

Dentro da realidade do HC-UFTM, procurou-se padronizar as funções dos profissionais com atribuições específicas para tornar o atendimento mais eficiente. Seguem neste Procedimento Operacional Padrão (POP) as funções do fisioterapeuta.

### 2.1 Responsabilidades do fisioterapeuta durante o atendimento de PCR e IOT

- \* Ventilação;
- \* Aspiração das vias aéreas superiores e cavidade oral (juntamente com a equipe de enfermagem);
- \* Auxílio nas manobras de RCP – ressuscitação cardiopulmonar (caso não esteja responsável pela ventilação);
- \* Auxílio do médico na IOT;
- \* Ausculta pulmonar, após IOT, para verificar posicionamento do tubo orotraqueal (TOT);
- \* Fixação do TOT, juntamente com a equipe de enfermagem;
- \* Programação do respirador artificial;
- \* Conferência da pressão do Cuff (deverá ser mantida entre 20 e 30cmH<sub>2</sub>O);
- \* Análise, juntamente com a equipe médica, da gasometria arterial, após 30 minutos de ventilação e readaptação dos parâmetros ventilatórios;
- \* Checagem do Raio-X de tórax, após IOT, juntamente com a equipe médica, para verificar posicionamento do TOT, ou possíveis patologias;
- \* Posicionamento, em conjunto com a enfermagem, do paciente no leito em decúbito dorsal, com cabeceira elevada a 30° (se não houver contraindicações), para diminuir a pressão intracraniana e evitar Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAVM), até que se estabilize o quadro clínico.

### 2.2 Cuidados com os pacientes revertidos pós PCR

Após uma PCR, geralmente há acidose que apresenta resolução espontânea; assim que a circulação e a respiração são restabelecidas, não é necessário que haja uma hiperventilação para se obter esse resultado. Deve-se conservar a frequência respiratória entre 12 a 15 respirações por minuto. Caso ocorra a hiperventilação, isso pode agravar o estado de hipoperfusão cerebral, que ocorre no pós-ressuscitação, ao induzir vasoconstrição cerebral. Outro fator que pode ser agravante encontra-se no potencial para o desenvolvimento de auto-

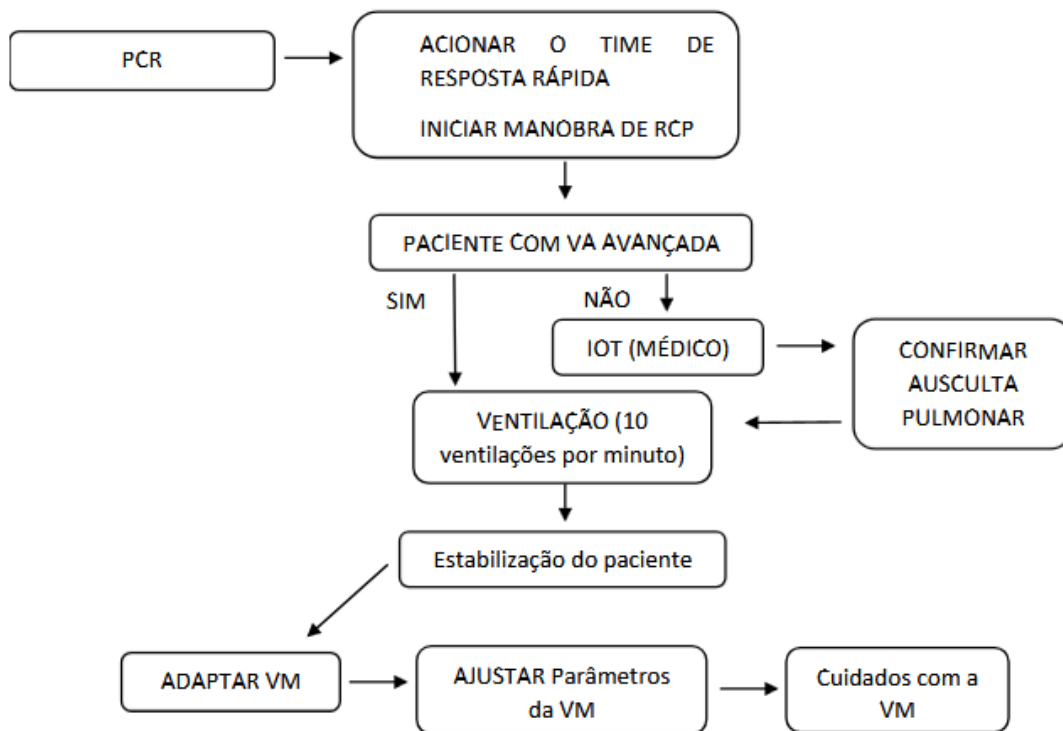
PEEP (Pressão Positiva Expiratória Final), com aumento da pressão venosa cerebral e consequente elevação da pressão intracraniana, implicando em maior dano cerebral. Deve-se manter os níveis de pressão de gás carbônico dentro dos parâmetros normais<sup>10</sup>.

Em paciente com traqueostomia metálica deve-se ocluir a mesma e ventilar por bolsa-válvula-máscara quando não tiver obstrução alta, caso contrário, providenciar troca por traqueostomia plástica e ventilar até estabilização do quadro<sup>10</sup>.

**Observações:**

1. Atentar para as práticas que envolvem a segurança do paciente, tais como a higienização das mãos antes e após o atendimento/procedimentos e nas demais oportunidades do cuidado, respeitando a técnica correta e o produto adequado. Além disso, realizar a prevenção para o risco de queda.
2. Mediante intercorrências do cuidado, dever ser procedida a notificação no sistema de vigilância hospitalar – VIGIHOSP.

**3. FLUXOGRAMA**



Fonte: Os autores, 2020.  
Legenda: VA – via aérea

#### 4. REFERÊNCIAS

- FERREIRA JVB, FERREIRA SMB, CASSEB, GB. Perfil e conhecimento teórico de médicos e enfermeiros em parada cardiorrespiratória, município de Rio Branco, AC. Rev Bras Card, 2012; 25(6):464-470.
- GONZALEZ MM, TIMERMAN S, GIANOTTO-OLIVEIRA R, POLASTRI TF, CANESIN MF, LAGE SG, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2013; 101(2Supl.3): 1-221.
- GUIMARÃES HP e equipe do projeto de destaques das diretrizes da American Heart Association (AHA). Atualização das Diretrizes de RCP e ACE, 2015; 36p. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>. Acesso em 04 de setembro de 2020.
- BERNOCHE C, TIMERMAN S, POLASTRI TF, GIANNETTI NS, SIQUEIRA AWS, PISCOPO A, et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol, 2019; 113(3):449-663.
- PEREIRA JCRG. Abordagem do Paciente Reanimado, Pós Parada Cardiorrespiratória. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2008; 20(2): 190-6.
- SILVA SC, PADILHA KG. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. Rev Esc Enferm USP, 2001; 35(4): 360-5.
- ARAÚJO KA, JACQUET P, SANTOS SS, ALMEIDA V, NOGUEIRA SF. Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal na cidade de São Paulo. Rev Inst Ciênc Saúde, 2008; 26(2): 183-90.
- TADINI R. Fisioterapia Intensiva na Parada Cardiorrespiratória. SOBRATI (Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Hospital Santa Cruz, 2004. Disponível em: <http://www.sobradi.com.br/trabalho2-jan-2004.htm>
- SANTANA LS, LOPES WS, QUEIROZ W. A equipe multidisciplinar na atenção a pessoa em parada cardiorrespiratória: uma revisão de literatura. Ciência et Praxis, 2014; 7(13): 49-54.
- PAZIN FILHO A, SANTOS JC, CASTRO RBP, BUENO CDF, SCHMIDT A. Parada cardiorrespiratória (PCR). Medicina, Ribeirão Preto, 2003; 36:163-178.

#### 5. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	17/4/2017	Elaboração da 1ª versão do POP
2	6/8/2018	Atualização de conteúdo
3	28/12/2020	Revisão de conteúdo e inserção em novo modelo
4	27/2/2023	Atualização de conteúdo
5	27/2/2025	Revisão de conteúdo e inserção em novo modelo

## 6. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

### **Elaboração da versão atual (versão 5) – data: 30/11/2024**

Marcos Vinicius Lopes da Silva, UTI adulto e coronária/Unidade Multiprofissional  
Jorge Henrique Fernandes de Lima, UTI adulto e coronária/Unidade Multiprofissional  
Daniel Chaves Queiroz, UTI adulto e coronária/Unidade Multiprofissional

### **Análise – data: 6/12/2024**

Viviane de Almeida Cobo, chefe da UMULTI substituta

### **Validação técnica – data: 21/2/2025**

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

### **Aprovação – data: 27/1/2025**

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado

### **Registro, validação de forma e revisão – data: 27/2/2025**

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

### **Elaboração da versão 4 – data 27/2/2023**

Matheus Garcia Gomes, fisioterapeuta

### **Validação**

Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da UMULTI

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)

### **Registro, análise e revisão**

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos

### **Aprovação**

Ivonete Helena Rocha, chefe da DGC

### **Elaboração da versão 3 – data 28/12/2000**

Adriana Tresso, fisioterapeuta, Larissa Fernanda do Nascimento Celeste Fernandes, fisioterapeuta respiratória e Tainã Batista de Oliveira, residente multiprofissional na Saúde do Adulto

### **Registro, análise e revisão**

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

### **Validação**

Fernanda Carolina Camargo, chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Ivonete Helena Rocha, chefe da DGC

### **Aprovação**

Marina Casteli Rodrigues Monteiro, chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (DADT)

### **Elaboração da versão 2 – data 6/8/2018**

Mayara Simões e Camila Marques Dias

### **Registro, análise e revisão**

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

### **Validação**

Renata Melo Batista, chefe da Unidade de Reabilitação

### **Aprovação**

Colegiado Executivo

### **Elaboração da versão 1 – data 17/4/2017**

Gabriella Barbara Feliciano

### **Registro, análise e revisão**

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

### **Validação**

Renata Melo Batista, chefe da Unidade de Reabilitação

Adriano Jander Ferreira, chefe da DADT

### **Aprovação**

Colegiado Executivo

## APÊNDICE A – CHECKLIST - FISIOTERAPIA NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

DATA:

NOME:	RG:
-------	-----

PROCEDIMENTO	STATUS
VENTILAÇÃO	DISPOSITIVOS: _____
ASPIRAÇÃO VAS E VO	( ) SIM  ASPECTO: _____ QUANTIDADE: _____ ( ) NÃO
MANOBRAS DE RCP	Nº DE CILCOS: _____
AUXÍLIO DO MÉDICO NA IOT	( ) SIM FUNÇÃO: _____ ( ) NÃO
AUSCULTA PULMONAR	( ) ABOLIDO ( ) SOM PULMONAR: _____
FIXAÇÃO DO TOT	Nº DO TOT: _____ RIMA: _____ PRESSÃO DO CUFF: _____
PROGRAMAÇÃO RESPIRADOR	MODO _____ PINS/VC _____ PEEP _____ TINS _____ SENS _____ FIO2 _____ FR _____
POSICIONAMENTO	DECUBITO DORSAL _____ GRAUS
CHECAGEM GASOMETRIA ARTERIAL	PH _____ PCO2 _____ HCO3 _____ BE _____ PO2 _____ SaO2 _____
CHECAGEM RAIOS X	( ) SIM _____ ( ) NÃO _____