

POP

HC-UFTM/HU BRASIL

Utilização da Ventilação Não Invasiva nos Neonatos Internados

Versão: 4 | 2026

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DA UNIDADE MULTIPROFISSIONAL

VIVIANE DE ALMEIDA COBO

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Mônica Gianvecchio Manhezzo, Bruna Mayra Silva, Angélica Taciana Siconetto, Arielle Cristina Cunha, Kelly Savana Minaré Baslido Sucupira, Pollyanna Tavares Silva Fernandes, Gabriella Barbara Feliciano, Cynara Rodrigues Soares, Tatiane Flores Ribeiro, Andrezza Ferreira Siva e Rodrigo Leonardo Barcelos de Almeida, Unidade Multiprofissional

ANÁLISE

Viviane de Almeida Cobo, Unidade Multiprofissional

AValiação 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: 6/7/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UMULTI.XXX

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 ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados
www.gov.br/hubrasil*



1. OBJETIVO

Padronizar entre a equipe de fisioterapia da Unidade Multiprofissional (UMULTI) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) a utilização da ventilação não-invasiva (VNI) nos neonatos internados na instituição.

2. INTRODUÇÃO

Consideram-se recém-nascidos prematuros (RNPT) aqueles que nascem antes de completar 37 semanas de idade gestacional (IG). Subdividem-se em prematuros extremos (nasceram antes de 28 semanas), muito prematuro (entre 28 e 31 semanas) e prematuro moderado/tardio (entre 32 e 36 semanas e 6 dias).

A prematuridade destaca-se como um dos fatores determinantes de morbimortalidade no período neonatal e é a principal causa de morte entre crianças menores de 5 anos de idade no mundo. Com isso, a prestação de cuidados adequados ao recém-nascido (RN) se torna um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil. Graças aos avanços da neonatologia (cuidados intensivos neonatais) é notório a redução das taxas de mortalidade prematura, sobretudo de prematuros extremos e os de muito baixo peso. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um ambiente terapêutico onde visa fornecer diagnóstico, tratamento, reabilitação e maturação ao RNPT.

Com a imaturidade do sistema pulmonar do RNPT, se faz necessário o uso de um suporte ventilatório, sendo a oxigenação associada à pressão positiva uma das modalidades mais utilizadas para o tratamento da Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) no período neonatal.

A VNI é considerada um suporte que promove assistência respiratória por meio da pressão positiva contínua na via aérea (CPAP) através interfaces como máscaras nasais, oronasal, facial e facial total, ou prongas nasais e tem sido utilizada como suporte ventilatório inicial em neonatos com síndrome do desconforto respiratório, tornando-se prática rotineira em muitos serviços; além de ser uma das principais ferramentas utilizadas com objetivo de diminuir o índice de entubação orotraqueal.

Os efeitos produzidos pela VNI contribuem para o tratamento da doença da membrana hialina, apneia da prematuridade, prevenção de falhas de extubação e redução das taxas de reintubação, além de causar menor risco de lesões pulmonares induzidas pela ventilação mecânica (VM) invasiva.

O sucesso da VNI depende da escolha da interface adequada para o RN, a fim de evitar lesões nasais que resultem em trauma, hiperemia, congestão, dor e deformidades. Essas complicações podem ocorrer algumas horas após o início da VNI e não trazem apenas sequelas estéticas ou funcionais, mas também colocam os bebês em risco, podendo apresentar infecções nosocomiais e dificultar a manutenção da terapia ventilatória, levando ao maior tempo de internação hospitalar e, muitas vezes, à necessidade de VM.

Recomendações comuns para prevenção de trauma nasal devido à VNI incluem monitoramento cuidadoso do nariz, como evitar pressão no local da lesão, em associação à fricção e umidade, ao cisalhamento e à subsequente isquemia, principalmente em RN prematuros, pois o

peso e a idade gestacional são fatores que predispõem à maior risco de lesão nasal. A pronga nasal parece ser a interface mais utilizada nos estudos, mas isso não é consensual, e a interface varia de acordo com sua disponibilidade em cada unidade e a experiência da equipe responsável pela aplicação da VNI. Estudos recentes sugerem, como recomendação, a alternância da pronga nasal com a máscara nasal, o que reduz a incidência de lesão nasal moderada a grave em comparação com dispositivos únicos.

3. MATERIAIS UTILIZADOS

- Fontes de oxigênio e ar comprimido com válvulas redutoras (manômetros);
- Respiradores convencionais e sincronizados;
- Blender;
- Copo umidificador estéril, equipo simples e frasco de água destilada estéril;
- 2 tubos corrugados (um ramo inspiratório e outro expiratório) com diâmetro interno de 10 mm;
- Linha de monitorização de pressão com 1,20 metros;
- Adaptador de umidificação;
- Touca, alfinetes e liga elástica para fixação do circuito;
- A cânula nasal é conectada a duas mangueiras plásticas corrugadas através de “joelhos” plásticos, um deles com uma porta luer para a entrada do monitor de pressão. Cada ramo possui uma cor, sendo um ramo inspiratório e um expiratório.
- Peça nasal (pronga nasal ou máscara, de silicone);
- Hidrocoloides.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

1. Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao familiar;
2. Higienizar as mãos;
3. Utilizar adequadamente os equipamentos de proteção individual (EPIs), conforme indicação assistencial, a fim de assegurar a segurança do paciente e do profissional;
4. Reunir o material e abri-lo próximo ao leito;
5. Manter o respirador próximo ao leito do RN;
6. Adaptar equipamento e aquecedor na rede elétrica (checar voltagem adequada dos acessórios);
7. Adaptar o manômetro de ar comprimido e oxigênio nas respectivas redes de gases de 3 a 4 mmHg;
8. Abrir o copo umidificador, colocá-lo sobre o aquecedor;
9. Adaptar o equipo ao frasco de água estéril, conectá-lo ao copo – via de entrada para reposição; da água, preencher o copo com água destilada até o nível demarcado;
10. Abrir o circuito tomando cuidado para não tocar nas extremidades das traqueias;
11. Instalar uma via da traqueia pequena na saída do gás (painel lateral do ventilador) e a outra via e na entrada do copo (in);
12. Montar o ramo inspiratório (via que leva o gás ao paciente): conectar uma extremidade da traqueia no copo umidificador (via out) – e conectar a outra extremidade na pronga nasal;
13. Montar o ramo expiratório (via que retira o gás do RN): conectar uma extremidade da traqueia na pronga nasal, e a outra extremidade na válvula exalatória no painel lateral do ventilador, se estiver utilizando respirador;

14. Adaptar a linha de pressão a lateral da pronga nasal no lado do **ramo expiratório** e conectá-la ao painel lateral na saída de pressão;
15. Ligar o aparelho, checar se o aparelho está ciclando, colocando-o no modo CPAP e estabelecer os parâmetros desejados;
16. Colocar a touca no paciente e fixar as traqueias com alfinetes e elástico amarelo;
17. Introduzir a pronga levemente na narina do paciente, deixando um espaço entre a pronga e o septo nasal;
18. Adaptar os protetores (fazer com placas hidrocoloides em formato de focinho ou T), colocar o velcro na pronga e no bigode para fixar;
19. Conectar a linha inspiratória;
20. Instalar no paciente e posicioná-lo confortavelmente;
21. Identificar a data e horário da instalação com fita adesiva;
22. Anotar na evolução da fisioterapia o horário, condições do paciente e parâmetros ajustados.

4.1 Estratégia de ventilação

Usar os respiradores convencionais (Inter 3) ou os respiradores com ventilação sincronizada e assisto-controlada (Inter 5). A modalidade de ventilação mandatória intermitente sincronizada, com a pronga nasal, permite o sincronismo entre a respiração do RN e o ciclo do respirador. Todos os respiradores com modalidades sincronizadas e assisto-controladas trabalham com sensores de fluxo, quanto menor o RN, menor é a sensibilidade a ser usada:

- Até 1 kg – 0,3 a 0,5;
- 1 a 2 kg - 0,5 a 1,0;
- 2 a 3 kg – 1 a 1,5;
- Acima de 3 kg – 1,5 a 2,0.

Em ambas as modalidades a escolha da sensibilidade é importante para evitar que movimentos de água dentro do circuito causem autociclagem. Em relação aos demais ajustes:

- Fluxo - é o mínimo usado para promover a saída dos gases, prevenir a reinspiração do gás carbônico (CO₂) e compensar as perdas através da pronga nasal. O fluxo deve ser o suficiente para gerar o pico de pressão desejado no tempo inspiratório (TI) (varia em torno de 5 a 7 l/min);
- FiO₂ (fração inspirada de oxigênio) – é ajustada para manter a pressão arterial de oxigênio (PaO₂) entre 50 e 70 mmHg;
- Frequência – depende da capacidade de respirar espontaneamente do RN. Inicialmente é colocado entre 20 e 30 ciclos por minuto e ajustado para manter a PaO₂ adequada (50 e 70 mmHg);
- Tempo inspiratório (TI) – usado entre 0,4 e 0,5 dependendo da frequência do RN (fixada + frequência espontânea do RN);
- Pico de Pressão Inspiratória – depende da complacência do pulmão e da resistência da via aérea (depende da fisiopatologia da doença). Deve ser ajustada para promover uma boa, mas não demasiada, expansão torácica, indicando que o VC está adequado;
- PEEP (pressão positiva expiratória final) – é ajustado em 5-7 cmH₂O.

4.2 Monitorização da VNI com pressão positiva (VNIPP)

O uso da VNIPP é muito simples, mas seu sucesso depende fundamentalmente da adequada assistência realizada em muitas unidades neonatais pela equipe de fisioterapia. De rotina, o fisioterapeuta deve monitorar constantemente os RN em VNI:

- Verificar periodicamente a fixação da pronga nas narinas;

- Manter as narinas pérvias;
- Monitorar rigorosamente os sinais de isquemia e compressão do septo nasal;
- Verificar periodicamente todos os componentes do sistema.

A adaptação e o posicionamento adequados da pronga são cuidados importantes para evitar lesões nas narinas e no septo nasal. A pronga bem adaptada deve ser introduzida na narina sem que entre em contato com a pele que fica entre o lábio superior e a entrada das narinas.

Um cuidado fundamental é verificar se a pronga, por estar muito introduzida, encosta na parede superior da narina e impede a saída do fluxo; muitas vezes isto passa despercebido pois a pressão no manômetro do aparelho de ventilação estará mantida sem alterações.

Atenção especial para o aquecimento e umidificação do fluxo de gás, a fim de manter as secreções fluídas e diminuir o dano à mucosa nasal. As secreções nasais devem ser aspiradas sempre que necessário, de forma criteriosa e individualizada, lubrificando as narinas com soro fisiológico e utilizando o tamanho de sonda adequado.

O sucesso da VNIPP depende do conforto do RN, de promover um bom posicionamento a ele, do empenho da equipe multiprofissional em seu uso precoce, e na adequada e criteriosa manutenção do sistema e vigilância do RN.

4.3 Cuidados

- Inspeção de septo nasal e instilar 2 gotas de soro fisiológico 0,9% para umidificação nasal a cada 3 horas;
- Caso ocorra sangramento das narinas, deve-se optar pelo soro fisiológico 0,9% gelado;
- Massagem nasal por 30 segundos em cada narina a cada 3 horas;
- Lubrificar a pronga com vaselina e/ ou óleo de girassol (1 gota) a cada 8 horas (caso o paciente esteja em fototerapia não realizar a lubrificação com óleo);
- A proteção do septo nasal deverá ser com placa de hidrocoloide, em forma de focinho de porco, colocada antes da instalação da VNIPP; deverá ser trocada sempre que estiver descolando ou com sujidade;
- Deve-se fixar e evitar trações do circuito da VNIPP a fim de evitar lesões;
- Monitorar o sistema de umidificação e aquecimento a cada 6 horas;
- Alternância entre máscara nasal e pronga nasal para reduzir a incidência de lesões nasais;
- Deve-se realizar treinamento e capacitação de toda a equipe assistencial relativo ao sistema e à terapêutica a cada 6 meses.

5. FINALIDADES

- Reduzir o trabalho respiratório;
- Melhorar a troca gasosa;
- Melhorar a relação ventilação/perfusão;
- Diminuir a fadiga da musculatura respiratória;
- Aumentar a ventilação minuto e a capacidade residual funcional;
- Prevenir o colapso alveolar;
- Evitar a necessidade de intubação e suas complicações;
- Reduzir a mortalidade e as lesões associadas à VM;
- Diminuir o tempo de VM e assim reduzindo a displasia broncopulmonar;
- Após extubação;
- Reduzir o tempo de internação hospitalar.

6. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) é aplicável aos fisioterapeutas e residentes de fisioterapia, que estão sob a supervisão do preceptor.

7. INDICAÇÃO

- Insuficiência ventilatória aguda hipoxêmica (grau de recomendação A);
- Desmame e uso após extubação (grau de recomendação A);
- Apneia da prematuridade (grau de recomendação B);
- Sala de parto (grau de recomendação B);
- Ventilação em RN de baixo peso (grau de recomendação B);
- Desconforto respiratório.

8. CONTRAINDICAÇÕES/RESTRIÇÕES

- Encefalopatia grave;
- Paciente não cooperativo;
- Hemorragia digestiva alta;
- Cirurgia facial recente;
- Trauma craniofacial;
- Risco de broncoaspiração;
- Tosse ineficaz;
- Anomalias anatômicas nasofaríngeas.

9. OBSERVAÇÕES

- O RN deve estar em decúbito dorsal;
- O tamanho da pronga deve ser adequado para as narinas, de modo a preencher o espaço nasal (existem vários números de prongas fornecidas pelos fabricantes);
- A pronga nasal não deve forçar as aletas nasais e nem ficar folgada ocasionando escape de pressão. Jamais poderá ser introduzida completamente no nariz;
- Profilaxia de lesão de pele: inspeção diária e retirada do protetor de septo somente se estiver descolando (protetor de septo não evita lesões!);
- Retirar a touca e realizar inspeção da região posterior das orelhas e da cabeça. Isso auxilia na identificação precoce de possíveis lesões por pressão excessiva da touca e pela fixação das traqueias do sistema, bem como pelo excesso de umidade e proliferação fúngica atrás das orelhas;
- Fixar adequadamente o circuito na cabeça/touca do RN;
- Diminuir a hiperextensão ou flexão da cabeça colocando um coxim no pescoço do RN;
- Cuidar e posicionar o dispositivo constantemente;
- Checar constantemente se está havendo algum tipo de lesão;
- Evoluir no desmame do dispositivo;
- Identificar falhas no método de ventilação e tentar alternativas;
- O uso de hidrocoloide está indicado para a diminuição do escape de ar;
- A prevenção de lesão está relacionada à escolha correta do dispositivo (modelo, material e tamanho), anatomia do nariz, posicionamento do recém-nascido e alinhamento das traqueias;
- Manter o ninho aberto no polo cefálico com o objetivo de alinhar as traqueias na posição adequada.

Válvula de exalação



Linha de pressão proximal do paciente



Montagem do circuito



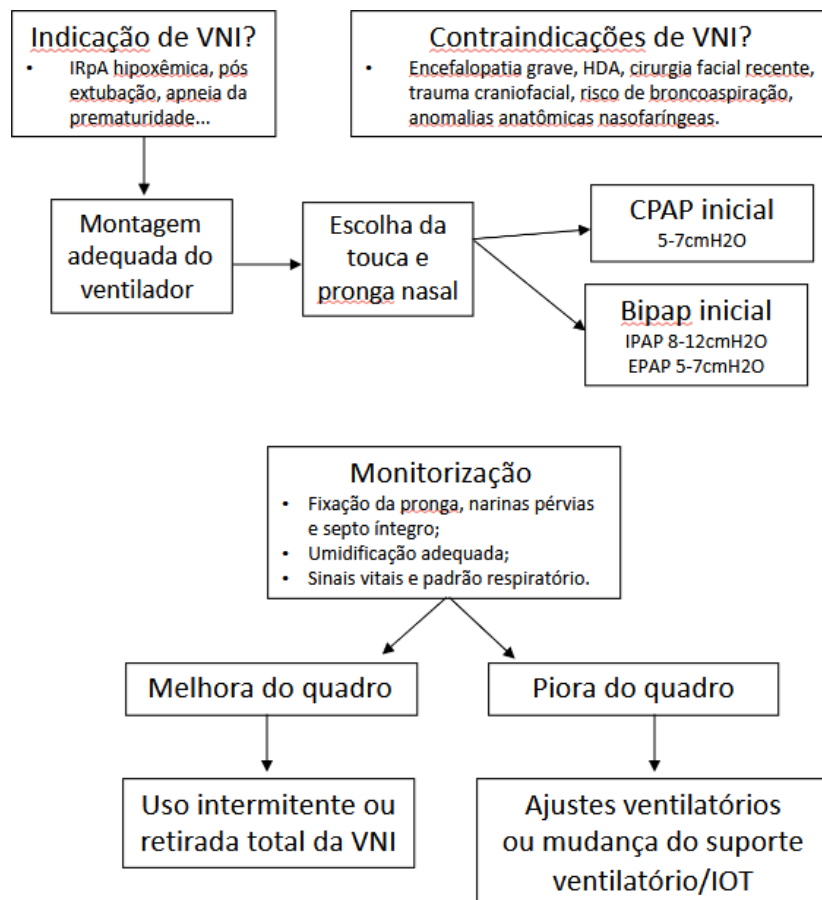


Circuito montado



Fonte: imagem dos autores

10. FLUXOGRAMA



11. REFERÊNCIAS

- McCoskey L. Nursing Care Guidelines for prevention of nasal breakdown in neonates receiving nasal CPAP. Adv Neonatal Care. 2008 Apr;8(2):116-24. doi:10.1097/01.ANC.0000317260.99072.ae. Review. PubMed PMID: 18418209.
- Subramaniam P, Ho JJ, Davis PG. Prophylactic nasal continuous positive airway pressure for preventing morbidity and mortality in very preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jun 14;(6):CD001243. doi:10.1002/14651858.CD001243.pub3. Review. PubMed PMID: 27315509.
- Schmölzer GM, Kumar M, Pichler G, Aziz K, O'Reilly M, Cheung PY. Non-invasive versus invasive respiratory support in preterm infants at birth: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2013 Oct 17;347:f5980. doi: 10.1136/bmj.f5980. Review. Erratum in: BMJ. 2014;348:g58. PubMed PMID: 24136633; PubMed Central PMCID: PMC3805496.
- Azevedo, VMGO; Xavier, CC; Gontijo, FO. Safety of Kangaroo Mother Care in intubated neonates under 1500g. Journal of Tropical Pediatrics. 2012; 58:38- 42.

5. Van Zanten et al. The kangaroo method is safe for premature infants under 30 weeks of gestation during ventilatory support. *J Neonatal Nurs.*2007;13(5):186–190
6. Imbulana DI, Manley BJ, Dawson JA, Davis PG, Owen LS. Nasal injury in preterm infants receiving non-invasive respiratory support: a systematic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2018 Jan;103(1):F29-F35. doi: 10.1136/archdischild-2017-313418. Epub 2017 Sep 28. Review. PubMed PMID:28970314.
7. Fischer C, Bertelle V, Hohlfeld J, Forcada-Guex M, Stadelmann-Diaw C, Tolsa JF. Nasal trauma due to continuous positive airway pressure in neonates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2010 Nov;95(6):F447-51. doi: 10.1136/adc.2009.179416. Epub 2010 Jun 28. PubMed PMID: 20584802.
8. Graziela Ferreira Biazusa, Diogo Machado Kaminskia , Rita de Cassia Silveiraa, Renato Soibelman Procianoya; Incidence of nasal pressure injury in preterm infants on nasal mask noninvasive ventilation, *Revista Paulista de Pediatria*, 2023.
9. Uso de protocolo de desmame de ventilação mecânica não invasiva em unidades de terapia intensiva neonatal no Brasil: estudo descritivo Jéssica Delamuta Vittia , Antonio Adolfo Mattos de Castrob ,Nelson Francisco Serrão Júnior; *Revista Paulista de Pediatria*, 2023; 41:e2021382
10. Shirley Pontes, Néry do Nascimento e Silva; Sanny Maria Pereira da Silva; Ana Mara Ferreira Lima; Repercussões da Ventilação Não Invasiva em Recém-nascidos prematuros com síndrome do desconforto respiratório agudo : Revisão Integrativa; *Revista Ciência Plural.*2021; 7(2):211-226.
11. Magalhães, Paulo André Freire; DAmorim, Ana Carolina Gusmão; Oliveira, Elis Fernanda Araújo Lima de; Ramos, Maria Evelyne Albuquerque; Mendes, Ana Patrícia Duarte de Aquino; Barbosa, Juliana Fernandes de Souza; Reinaux, Cyda Maria Albuquerque; Alternância de máscara nasal com pronga nasal reduz a incidência de lesão nasal moderada a grave em prematuros em uso de ventilação não invasiva; *Rev. bras. ter. intensiva* ; 34(2): 247-254, abr.- jun. 2022.
12. Roehr, Charles C et al. “Non-Invasive Ventilatory Support in Preterm Neonates in the Delivery Room and the Neonatal Intensive Care Unit: A Short Narrative Review of What We Know in 2024.” *Neonatology* vol. 121,5 (2024): 576-583. doi:10.1159/000540601.
13. Domingos, J E P et al. Prevenção de lesão por uso de dispositivo de ventilação não invasiva em prematuros: revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm.* 2025;46:e20240262. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240262.pt>.

12. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	25/2/2019	Elaboração da 1ª versão do POP
2	27/12/2021	Atualização de conteúdo e de modelo
3	9/11/2023	Revisão de conteúdo
4	6/7/2026	Modificação na introdução, padronização dos termos utilizados, acréscimo de referências atualizadas e inserção no novo modelo com criação de fluxograma e <i>checklist</i>

13. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 4) – data: 18/12/2025 Mônica Gianvecchio Manhezzo, Bruna Mayra Silva, Angélica Taciana Sisonetto, Arielle Cristina Cunha, Kelly Savana Minaré Baslido Sucupira, Pollyanna Tavares Silva Fernandes, Gabriella Barbara Feliciano, Cynara Rodrigues Soares, Tatiane Flores Ribeiro, Andreza Ferreira Siva e Rodrigo Leonardo Barcelos de Almeida, fisioterapeutas da Unidade Multiprofissional (UMULTI) Análise – data: 23/12/2025 e 22/6/2026 Viviane de Almeida Cobo, chefe da UMULTI Avaliação técnica – data: 13/2/2026 Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP) Aprovação – data: 22/6/2026 Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado (DGC) Registro, validação de forma e revisão – data: 6/7/2026 Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental
Elaboração da versão 3 – data: 9/11/2023 Alessandra Aparecida da Cunha Freitas, Vanessa Cristina Régis da Silva, Andreza Ferreira Silva e Luana Pereira Cunha Barbosa, fisioterapeutas da UMULTI Validação Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da UMULTI Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da UGQSP Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos (UPLAG) Aprovação Ivone Helena Rocha, chefe da DGC
Elaboração da versão 2 – data: 27/12/2021 Kelly Savana Minaré Baldo Sucupira, Angélica Taciana Sisonetto e Vanessa Cristina Régis da Silva e Luana Pereira Cunha Barbosa, fisioterapeutas da UMULTI Validação Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da UMULTI Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da UPLAG Aprovação Marina Casteli Rodrigues Monteiro, chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (DADT)
Elaboração da versão 1 – data: 25/2/2019 Arielle Cristina Silva Cunha, fisioterapeuta da Unidade de Reabilitação Validação Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da Unidade de Reabilitação Dener Donizetti Cunha Matos, chefe da DADT substituto Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento Aprovação Colegiado Executivo

APÊNDICE A – Lista de verificação (checklist)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME:		PRONTUÁRIO:	
IDADE:		PESO:	
DIAGNÓSTICO:			
LEGENDA: S- SIM N- NÃO N/A- NÃO SE APLICA			
INDICAÇÃO CLÍNICA			
() SDR LEVE A MODERADO	() APNEIA DA PREMATURIDADE	() PÓS EXTUBAÇÃO	() TTRN
() BVA	() OUTRA: _____		
CONTRAINDICAÇÃO			
() MALFORMAÇÃO FACIAL GRAVE	() HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA NÃO OPERADA	() INSTABILIDADE GRAVE	() PNEUMOTÓRAX NÃO DRENADO
() OUTRA: _____			
PREPARAÇÃO DO EQUIPAMENTO			
MONTAGEM ADEQUADA DO CIRCUITO	S ()	N ()	
INTERFACE ADEQUADA	S ()	N ()	QUAL? (tipo e tamanho)
UMIDIFICADOR LIGADO E AQUECIDO	S ()	N ()	N/A ()
ALARMES AJUSTADOS	S ()	N ()	N/A ()
MONITORIZAÇÃO			
SINAIS VITAIS	SPO2 _____	FR _____	FC _____
AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA			
GASOMETRIA	PH	PCO2	HCO3
REAValiação APÓS 30 A 60MIN			
SINAIS VITAIS	SPO2 _____	FR _____	FC _____
AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA			
AJUSTE DE PARÂMETROS?			
() CONTINUIDADE DA CONDUTA		() INTERRUPÇÃO DA CONDUTA	