



ASSOBRAFIR

Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva

PARECER N° 001/2014

**Ementa: Fisioterapia Respiratória. Fisioterapia em
Terapia Intensiva. Técnicas de Fisioterapia. Ventilação Mecânica.**

**Troca de circuitos de respiradores. Papel da Enfermagem.
Atribuições. Assistência. Paciente.**

Trata-se de consulta formulada pelos associados da Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva - ASSOBRAFIR acerca do papel do Fisioterapeuta em relação ao procedimento de montagem e/ou troca dos circuitos dos ventiladores mecânicos.

Informa, ainda, os consulentes, que na atuação em equipe multidisciplinar, muitas vezes ocorre conflito entre profissionais de Enfermagem e Fisioterapeutas sobre a atribuição da realização do procedimento de montagem e/ou troca dos circuitos dos ventiladores mecânicos.

É o relatório.

Passo a opinar.

A Fisioterapia em Terapia Intensiva é uma especialidade profissional da Fisioterapia, existente no Brasil desde a década de 1980, porém disciplinada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) desde o dia 03 de agosto de 2011, através da Resolução COFFITO 402/2011.

Esta resolução, que disciplina a especialidade profissional Fisioterapia em Terapia Intensiva, versa as aptidões do fisioterapeuta que atua nesta área, no Art. 3º, conforme se vê abaixo:

“Artigo 3º - Para o exercício da Especialidade Profissional de Fisioterapia em Terapia Intensiva é necessário o domínio das seguintes Grandes Áreas de Competência:

I – Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento; II – Realizar avaliação física e cinesiofuncional específica do paciente crítico ou potencialmente crítico; III – Realizar avaliação e monitorização da via aérea natural e artificial do paciente crítico ou potencialmente crítico; IV – Solicitar, aplicar e interpretar



ASSOBRAFIR

Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva

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; VII – Planejar e executar medidas de prevenção, redução de risco e descondicionamento cardiorrespiratório do paciente crítico ou potencialmente crítico; VIII – Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuro-músculo-esquelética do paciente crítico ou potencialmente crítico; IX – Prescrever, confeccionar e gerenciar órteses, próteses e tecnologia assistiva; X – Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório do paciente crítico ou potencialmente crítico; XI – Utilizar recursos de ação isolada ou concomitante de agente cinésio-mecano-terapêutico, termoterapêutico, crioterapêutico, hidroterapêutico, fototerapêutico, eletroterapêutico, sonidoterapêutico, entre outros; XII – Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar; XIII – 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 do paciente crítico ou potencialmente crítico; XIV – Avaliar e monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios, inclusive em situações de deslocamento do paciente crítico ou potencialmente crítico; XV – Avaliar a instituição do suporte de ventilação não invasiva; XVI – Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva; XVII – Avaliar a condição de saúde do paciente crítico ou potencialmente crítico para a retirada do suporte ventilatório invasivo e não invasivo; XVIII – Realizar o desmame e extubação do paciente em ventilação mecânica; XIX – Manter a funcionalidade e gerenciamento da via aérea natural e artificial; XX – Avaliar e realizar a titulação da oxigenoterapia e inaloterapia; XXI – Determinar as condições de alta fisioterapêutica; XXII – Prescrever a alta fisioterapêutica; XXIII – Registrar em prontuário consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica; XXIV – Emitir laudos, pareceres, relatórios e atestados fisioterapêuticos; XXV – Realizar atividades de educação em todos os níveis de atenção à saúde, e na prevenção de riscos



ASSOBRAFIR

Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva
ambientais e ocupacionais.

Como se vê, não há qualquer referência à participação do Fisioterapeuta na montagem e/ou troca dos circuitos do ventilador mecânico. Ademais, na literatura brasileira especializada, o último consenso de ventilação mecânica (III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica, Revista Brasileira de Terapia Intensiva, suplemento 2, 2007) e as Diretrizes de Ventilação Mecânica, 2013 (disponível em www.amib.org.br) não abordam as particularidades da participação dos diversos profissionais que compõem a equipe interdisciplinar das unidades de terapia intensiva, no que tange ao paciente mecanicamente ventilado. Já o II Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica, publicado no Jornal Brasileiro de Pneumologia, 26 (Supl 2) em maio de 2000, páginas s28-s34, no que diz respeito ao papel da enfermagem durante a ventilação mecânica, estabelece:

*“Embora a maior parte da assistência de enfermagem esteja centrada no cuidado direto ao paciente, **vale ressaltar que também é de responsabilidade desta equipe o cuidado com os materiais utilizados nos circuitos respiratórios.**” (página s28)*

*“À enfermagem cabe: Esvaziar a água condensada no circuito, sempre que necessário; ela aumenta a resistência, a PEEP e a contaminação; Evitar adaptações nos circuitos; elas podem promover o escape aéreo, o que sugere inadequação na quantidade e no fluxo oferecido ao paciente, causando hipoventilação; **Trocar os circuitos dos ventiladores sempre que necessário.**” (páginas s32-s33).*

Por sua vez, o Manual de Enfermagem do Governo do Distrito Federal, prevê como **ação da enfermagem**, na sua página 149, “**proceder a montagem e verificar o funcionamento do respirador e sistemas de aspiração.**”

CONCLUSÃO

Em face do exposto, a Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSOBRAFIR, opina que a montagem e/ou troca dos circuitos dos ventiladores mecânicos não é função do Fisioterapeuta.

É o parecer, S. M. J..

São Paulo, 05 de fevereiro de 2014.



ASSOBRAFIR

Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva

Dra. Jocimar Avelar Martins
Presidente da ASSOBRAFIR

Dr. Flávio Maciel Dias de Andrade
Diretor Científico Geral da ASSOBRAFIR