

ACÓRDÃO Nº 473, DE 20 DE MAIO DE 2016 – Dispõe sobre o papel do Fisioterapeuta em relação ao procedimento de montagem e/ou troca dos circuitos dos ventiladores mecânicos.

O PLENÁRIO DO CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, no uso de suas atribuições e disposições regulamentares conferidas pela Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, e pela Resolução nº 413, de 19 de janeiro de 2012, em que, ACORDAM os Conselheiros do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, reunidos na sessão da 265ª Reunião Plenária Ordinária, em aprovar, por unanimidade, o parecer confeccionado pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), com o seguinte teor:

“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.

Informam, ainda, os consulentes que, na atuação em equipe multidisciplinar, muitas vezes ocorre conflito entre profissionais de Enfermagem e de Fisioterapia 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 3 de agosto de 2011, por meio da Resolução-COFFITO nº 402/2011.

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

‘Art. 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 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 neuromusculoesquelética 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 cinesiomecanoterapêutico, 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 ambientais e ocupacionais.’

Como se vê, não há qualquer referência à participação do fisioterapeuta na montagem e/ou troca dos circuitos do ventilador mecânico.

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.”

Quórum: Dr. Roberto Mattar Cepeda – Presidente; Dra. Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão – Vice-Presidente; Dr. Cássio Fernando Oliveira da Silva – Diretor-Secretário; Dr. Wilen Heil e Silva – Diretor-Tesoureiro; Dra. Elineth da Conceição Braga Valente – Conselheira Efetiva; Dr. Leonardo José Costa de Lima – Conselheiro Efetivo; Dr. Marcelo Renato Massahud Junior – Conselheiro Efetivo; Dra. Patrícia Luciane Santos de Lima – Conselheira Efetiva; e Dra. Patrícia Rossafa Branco – Conselheira Efetiva.



COFFITO

compartilhe:



categoria:[Acórdãos](#)