

**PARECER ASSOBRAFIR Nº 007/2022**

**EMENTA: FISIOTERAPIA. FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA. COMPETÊNCIA DO FISIOTERAPEUTA NA UTI. VENTILAÇÃO MECÂNICA. GERENCIAMENTO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA. MOBILIZAÇÃO DO PACIENTE CRÍTICO. ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA. ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM PERÍODO INTEGRAL. FISIOTERAPIA 24 HORAS NA UTI. FISIOTERAPIA 24 HORAS NA UTI NEONATAL.**

Trata-se de consulta formulada à Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1a. Região - CREFITO-1, solicitando parecer acerca da presença do fisioterapeuta por 24 horas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais.

É o relatório.

Passamos a opinar.

A especialidade Fisioterapia em Terapia Intensiva é reconhecida e disciplinada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) através da Resolução COFFITO nº 402/2011. O papel desempenhado pelo profissional inclui a aplicação de técnicas e recursos relacionados à manutenção da permeabilidade de vias aéreas; a realização de procedimentos relacionados à via aérea artificial; a participação no processo de instituição e gerenciamento da Ventilação Mecânica (VM); melhora da interação entre o paciente e o suporte ventilatório; condução dos protocolos de desmame da VM, incluindo a extubação; implementação do suporte

Diretoria Executiva Geral

Dr. Daniel Ribeiro (presidente)  
Dra. Fernanda Lanza (diretora científica)  
Dr. Lucas Cacau (diretor financeiro)  
Dr. Gabriel Rapello (diretor secretário)  
Dr. Alexandre Dias (diretor administrativo)  
Dr. Vinicius Maldaner (suplente 1)  
Dr. Fabrício Olinda (suplente 2)  
Dra. Laura Tomazi (suplente 3)

---

ventilatório não invasivo; gerenciamento da aerossolterapia e oxigenoterapia; mobilização do doente crítico; dentre outros.

Além de suas atribuições individuais, a atuação do fisioterapeuta nos Centros de Terapias Intensivas (CTIs) prevê, fundamentalmente, o trabalho interdisciplinar na busca por soluções, incluindo a instituição de protocolos para prevenção de complicações clínicas, como pneumonia associada à VM, lesões traumáticas das vias aéreas, lesões cutâneas, extubação ou decanulação acidental, além da participação durante a admissão do paciente e durante a ocorrência de parada cardiorrespiratória. Ressalta que atuação ao paciente crítico, e que por vezes pouco se sabe, mas merece ampla divulgação, vai para além do atendimento nas demandas da insuficiência respiratória.

Como determinado no Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, *“é atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do ciente”*. Assim sendo, todas as especialidades fisioterapêuticas têm como base o movimento humano.

A atuação do fisioterapeuta dentro da unidade de terapia intensiva engloba itens como (i) avaliação física e cinesiofuncional específica do paciente crítico ou potencialmente crítico; (ii) monitorização da via aérea natural e artificial do paciente crítico ou potencialmente crítico; (iii) estimulação precoce do paciente crítico ou potencialmente crítico; (iv) suporte básico de vida; (v) aspectos gerais e tecnológicos da Terapia Intensiva; (vi) Identificação e manejo de situações complexas e críticas; (vii) monitorização aplicada ao paciente crítico ou potencialmente crítico; (viii) suporte ventilatório invasivo ou não invasivo; (ix) técnicas e recursos de expansão pulmonar e remoção de secreção; (x) treinamento muscular respiratório e condicionamento físico funcional, dentre muitos inúmeros outros itens descritos na Resolução COFFITO nº 402/2011.

Para além das determinações legais que respaldam a atuação do fisioterapeuta na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) há respaldo técnico científico para que explique a necessidade desse profissional no cuidado do paciente crítico.

Diretoria Executiva Geral

Dr. Daniel Ribeiro (presidente)  
Dra. Fernanda Lanza (diretora científica)  
Dr. Lucas Cacau (diretor financeiro)  
Dr. Gabriel Rapello (diretor secretário)  
Dr. Alexandre Dias (diretor administrativo)  
Dr. Vinícius Maldaner (suplente 1)  
Dr. Fabrício Olinda (suplente 2)  
Dra. Laura Tomazi (suplente 3)

---

Os CTIs são unidades complexas, dotadas de sistema de monitorização contínua, que admite pacientes graves e potencialmente graves, com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que, com o suporte e tratamento intensivos, tenham possibilidade de se recuperar.

Todo paciente crítico ou potencialmente crítico, em virtude do dinamismo de seus diversos problemas clínicos, deve ser avaliado e monitorado continuamente, incluindo-se aqui aspectos específicos da atuação fisioterapêutica, tais como a avaliação clínica, monitorização do intercâmbio gasoso, avaliação da mecânica respiratória estática e dinâmica, avaliação cinesiofuncional respiratória e a avaliação neuromusculoesquelética com foco na funcionalidade. Dessa forma diversas intercorrências clínicas e admissões nas unidades podem ocorrer a qualquer momento, durante um plantão de vinte e quatro horas, exigindo a participação conjunta da equipe médica, de enfermagem e de fisioterapia. A ausência do fisioterapeuta em um período de instabilidade/intercorrência/admissão de um paciente crítico compromete a qualidade da assistência prestada.

Estudos científicos têm demonstrado que a atuação do fisioterapeuta em terapia intensiva, em regime integral (plantão de vinte e quatro horas), é essencial, associando-se à redução do tempo de VM, da permanência no CTI e do tempo de internação hospitalar, além da redução dos custos hospitalares.

O Fisioterapeuta na Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) tem reconhecida atuação na avaliação, tratamento e acompanhamento da funcionalidade do ponto de vista respiratório, cardiovascular e neuromotor de recém-nascidos (RNs) e recém-nascidos pré-termo (RNPT). Esse paciente internado tem alta taxa de morbimortalidade, devido a fase de grande imaturidade, além da alta propensão à ocorrência de sequelas, muitas vezes incapacitantes, e de longa duração.

Diante do reconhecimento da necessidade da intervenção nos recém nascidos prematuros internados em UTI Neonatal, *guideline* de prática clínica internacional<sup>1</sup> estão disponíveis há muitos

Diretoria Executiva Geral

Dr. Daniel Ribeiro (presidente)  
Dra. Fernanda Lanza (diretora científica)  
Dr. Lucas Cacau (diretor financeiro)  
Dr. Gabriel Rapello (diretor secretário)  
Dr. Alexandre Dias (diretor administrativo)  
Dr. Vinícius Maldaner (suplente 1)  
Dr. Fabrício Olinda (suplente 2)  
Dra. Laura Tomazi (suplente 3)

anos, e recentemente, a foi publicada a Primeira Recomendação Brasileira de Fisioterapia para Estimulação Sensorio-motora de Recém-nascidos e Lactentes em Unidades de Terapia Intensiva<sup>2</sup>, demonstrando tamanha a importância da atuação do fisioterapeuta na promoção da estimulação visando redução de danos ao longo da vida.

Assim, incontestemente que existem evidências científicas de que a atuação contínua e estruturada nas 24h do dia reflete em menores sequelas a longo da vida dos pacientes nascidos prematuramente<sup>3</sup>.

Para além da função motora, a intervenção respiratória é imprescindível do ponto de vista da insuficiência respiratória. Não se trata apenas de ajustes de parâmetros de ventilação mecânica, mas também de protocolos de continuidade, que como o próprio nome enseja, não podem ser interrompidos, e precisam ser monitorados por 24h como o protocolo de descontinuação da ventilação mecânica.

Há evidência científica, de estudos nacionais, que protocolos realizados quando há equipe de fisioterapia por 24h está associado ao sucesso da retirada da ventilação mecânica na população infantil<sup>4</sup> e que o teste de respiração espontânea<sup>5</sup> aumenta a chance de sucesso na extubação.

Nesse giro, o Parecer ASSOBRAFIR nº 03/2017<sup>6</sup> deixa claro que a assistência ao recém-nascido prematuro deve ser realizada por fisioterapeuta especialista e que as intervenções propostas devem ser realizadas nas 24h, devido à complexidade e amplitude da atuação.

Em tempos de pandemia da COVID-19 não se pode deixar de considerar a importância da atuação do fisioterapeuta em tempo integral nas UTIs. Nesse sentido, a ASSOBRAFIR recomendou, através do Parecer ASSOBRAFIR nº 03/2020,<sup>7</sup> que fosse adotada nova proporção fisioterapeuta/leito, levando-se em conta que o paciente com diagnóstico de COVID-19 é um paciente crítico com características especiais de perfil de gravidade, com monitorização e procedimentos específicos, fazendo-se necessária uma readequação na relação de profissional x leito.

Diretoria Executiva Geral

Dr. Daniel Ribeiro (presidente)  
Dra. Fernanda Lanza (diretora científica)  
Dr. Lucas Cacau (diretor financeiro)  
Dr. Gabriel Rapello (diretor secretário)  
Dr. Alexandre Dias (diretor administrativo)  
Dr. Vinicius Maldaner (suplente 1)  
Dr. Fabrício Olinda (suplente 2)  
Dra. Laura Tomazi (suplente 3)

Mesmo sendo uma doença com tempo curto de exposição aos estudos científicos é possível constatar, diante da tamanha importância da atuação desse profissional, os benefícios da mobilização e fisioterapia respiratória após extubação dos pacientes acometidos pelo SARS-CoV-2.

Estudo demonstra que houve redução na falha de extubação nos pacientes sob acompanhamento do Fisioterapeuta.<sup>8</sup> Importante destacar que, na unidade de terapia intensiva, a atuação profissional deve ser ininterrupta, ou seja, um protocolo de descontinuação de ventilação mecânica iniciado no período da manhã não terá sucesso se não for contínuo, 24h/dia.

Para além da funcionalidade, a atuação recorrente do fisioterapeuta em período integral (24h) na UTI, contribui decisivamente na recuperação precoce da funcionalidade do paciente, redução na necessidade de suporte ventilatório, dias de hospitalização e risco de mortalidade.<sup>9</sup>

Ainda, no âmbito financeiro, que se entende ser importante, mas sem ordem de privilégio em relação à funcionalidade descrita anteriormente, considerando ser esse último um estado de extrema importância que garante a qualidade de vida e independência do paciente, bem como o bem-estar de seus familiares, manter o fisioterapeuta 24h na UTI é um importante preditor para redução de custos, conforme se verifica em estudo realizado em um hospital brasileiro.<sup>10</sup>

Inobstante, o Parecer ASSOBRAFIR nº 01/2013, ressalta que, devido à *“alta complexidade dos procedimentos realizados pela Fisioterapeuta em Terapia Intensiva, no grande número de intercorrências clínicas e admissões que ocorrem durante o período de vinte e quatro horas, da melhora dos indicadores clínicos... ASSOBRAFIR, opina que é recomendada a presença do Fisioterapeuta nos CTIs adulto, pediátrico e neonatal, perfazendo a carga horária de vinte e quatro horas ininterruptas”*.

Destaca-se ainda a vigência de Leis Estaduais que garantem a permanência e obrigatoriedade do Fisioterapeuta por 24h na UTI: [da Lei 8958/20 | Lei nº 8.958 de 30 de julho de 2020, publicada pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro](#) segundo seu Art. 1º

Diretoria Executiva Geral

Dr. Daniel Ribeiro (presidente)  
Dra. Fernanda Lanza (diretora científica)  
Dr. Lucas Cacau (diretor financeiro)  
Dr. Gabriel Rapello (diretor secretário)  
Dr. Alexandre Dias (diretor administrativo)  
Dr. Vinícius Maldaner (suplente 1)  
Dr. Fabrício Olinda (suplente 2)  
Dra. Laura Tomazi (suplente 3)

que decreta que As Unidades de Terapia Intensiva - UTIs - e as Unidades Intermediárias – UIs – do Estado do Rio de Janeiro, adulto, neonatal e pediátrico, de Hospitais, Clínicas públicas, privadas ou filantrópicas, ficam obrigadas a manter em seus quadros, a presença de no mínimo um fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração de leito nas UTIs perfazendo um total de 24 horas; [Lei nº 7.235/2019 do Estado do Piauí](#) que torna obrigatória a presença de um fisioterapeuta para cada 10 leitos, durante 24 horas, nas UTIs do Piauí; [Lei nº 5.340/20 do Estado do Amazonas](#) descreve a presença de, no mínimo, um fisioterapeuta para cada 10 leitos, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 24 horas; [Lei nº 11.223/20 do Estado do Mato Grosso](#) descreve que é obrigatória a presença de no mínimo um fisioterapeuta para cada 10 (dez) leitos nos Centros de Terapia Intensiva (CTIs) – Adulto, Pediátrica e Neonatal de hospitais e clínicas públicas ou privadas, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 24 (vinte e quatro) horas; [Lei nº 10.935/21 do Estado do Rio Grande do Norte](#) define que é obrigatória a presença ininterrupta de fisioterapeuta nas UTI's adulto, pediátrico e neonatal, de hospitais e clínicas públicas ou privadas, nos turnos matutino, vespertino e noturno, de forma a perfazer o total de 24 (vinte e quatro) horas.

## CONCLUSÃO

Em face do exposto, baseando-se na alta complexidade dos procedimentos realizados atualmente pela Fisioterapia em Terapia Intensiva, no grande número de intercorrências clínicas e admissões que ocorrem durante o período de vinte e quatro horas, da melhora dos indicadores clínicos e financeiros, além de exigências jurídicas, como constatadas no caso do CTI neonatal, a Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSOBRAFIR opina que é recomendada a presença do fisioterapeuta nos CTIs adulto, pediátrico e neonatal, perfazendo a carga horária de vinte e quatro horas ininterruptas em prol da qualidade e melhor intervenção ao paciente para que o mesmo restabeleça prontamente seu bem estar físico e funcional.

Diretoria Executiva Geral

Dr. Daniel Ribeiro (presidente)  
Dra. Fernanda Lanza (diretora científica)  
Dr. Lucas Cacau (diretor financeiro)  
Dr. Gabriel Rapello (diretor secretário)  
Dr. Alexandre Dias (diretor administrativo)  
Dr. Vinicius Maldaner (suplente 1)  
Dr. Fabrício Olinda (suplente 2)  
Dra. Laura Tomazi (suplente 3)

É o parecer, salvo melhor juízo.

São Paulo, 02 de agosto de 2022

**Departamento Fisioterapia Cardiorrespiratória Pediátrica e em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica – ASSOBRAFIR.**

Dra. Livia Barboza de Andrade

Dra. Simone Nascimento Santos Ribeiro

Dra. Carla Marques Nicolau

Dra. Evelim Leal de Freitas Dantas Gomes

Dra. Pricila Mara Novais de Oliveira

**Departamento de Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto – ASSOBRAFIR.**

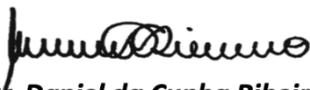
Dr. Luiz Alberto Forgiarini Junior

Dra. Natalia Coronel de Lima Lages

Dr. Ricardo Kenji Nawa

**Departamento Jurídico - ASSOBRAFIR**

Dr. Marcelo Dourado Costa



**Dr. Daniel da Cunha Ribeiro**  
Presidente da ASSOBRAFIR  
Gestão 2021-2024



**Dra. Fernanda de Córdoba Lanza**  
Diretora Científica Geral  
Gestão 2021-2024

Diretoria Executiva Geral

Dr. Daniel Ribeiro (presidente)  
Dra. Fernanda Lanza (diretora científica)  
Dr. Lucas Cacau (diretor financeiro)  
Dr. Gabriel Rapello (diretor secretário)  
Dr. Alexandre Dias (diretor administrativo)  
Dr. Vinicius Maldaner (suplente 1)  
Dr. Fabrício Olinda (suplente 2)  
Dra. Laura Tomazi (suplente 3)

---

## Referências

1. Sweeney, Jane K; Heriza, Carolyn B; Blanchard, Yvette. Neonatal Physical Therapy. Part I: Clinical Competencies and Neonatal Intensive Care Unit Clinical Training Models. *Pediatric Physical Therapy*: Winter 2009; 21(4): 296-307. doi: 10.1097/PEP.0b013e3181bf75ee
2. Cíntia Johnston, Mônica Sanchez Stopiglia, Simone Nascimento Santos Ribeiro, Cristiane Sousa Nascimento Baez, Silvana Alves Pereira. Primeira recomendação brasileira de fisioterapia para estimulação sensório-motora de recém-nascidos e lactentes em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2021;33(1):12-30.
3. Sweeney, Jane K; Heriza, Carolyn B; Blanchard, Yvette; Dusing, Stacey. Neonatal Physical Therapy. Part II: Practice Frameworks and Evidence-Based Practice Guidelines. *Pediatric Physical Therapy*: Spring. 2010; 22(1):2-16. doi: 10.1097/PEP.0b013e3181cdba43
4. Suzi Laine Longo dos Santos Baccia, Janser Moura Pereirab, Amanda Cristina da Silva Chagasc, Lais Ribeiro Carvalhoc, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedoc. Role of physical therapists in the weaning and extubation procedures of pediatric and neonatal intensive care units: a survey. *Braz J Phys Ther*. 2019;23(4):317-323. doi: 10.1016/j.bjpt.2018.08.012
5. Lívia Barboza Andrade, Thaís Myrian Aragão Melo, Danielle Ferreira do Nascimento Morais, Marcela Raquel Oliveira Lima, Emídio Cavalcanti Albuquerque, Paula Honório de Melo Martimiano. Avaliação do teste de respiração espontânea na extubação de neonatos pré-termo. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22(2):159-165.
6. PARECER ASSOBRAFIR. No 03/2017. Ementa: Fisioterapia. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Assistência Fisioterapêutica. Recém-nascidos pré-termo. Autonomia Profissional. [https://assobrafir.com.br/extra/pareceres/Parecer%20003\\_2017.pdf](https://assobrafir.com.br/extra/pareceres/Parecer%20003_2017.pdf)

Diretoria Executiva Geral

Dr. Daniel Ribeiro (presidente)  
Dra. Fernanda Lanza (diretora científica)  
Dr. Lucas Cacau (diretor financeiro)  
Dr. Gabriel Rapello (diretor secretário)  
Dr. Alexandre Dias (diretor administrativo)  
Dr. Vinícius Maldaner (suplente 1)  
Dr. Fabrício Olinda (suplente 2)  
Dra. Laura Tomazi (suplente 3)

7. PARECER ASSOBRAFIR No 03/2020. Ementa: Fisioterapia. COVID-19. Fisioterapia em Terapia Intensiva. UTI. Dimensionamento. Equipe Multidisciplinar. ASSOBRAFIR. Paciente crítico. Fisioterapeuta. Relação Fisioterapeuta x Leitos. RDC no 07/2010.  
<https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/08/POSICIONAMENTO-ACERCA-DO-CONTINGENCIAMENTO-DA-EQUIPE-DE-FISIOTERAPIA-NAS-UNIDADES-DE-TERAPIA-INTENSIVA-DURANTE-A-PANDEMIA-POR-COVID-19.pdf>
8. Luis Chiscano-Camóna, Gonzalo Ballesteros-Reviriego, Alba Ruiz-Rodríguez, Bernat Planas-Pascual, Marcos Pérez-Carrascoa,b, Alba Gómez-Garrido, Sofia Contrerasa, Stefania Spiliopoulouc, Ricard Ferrera. Impact of Early Mobilization Added to Respiratory Physiotherapy Postextubation on Weaning Success. Arch Bronconeumol. 2022;58(6):523-525.
9. Antonio A.M. Castro, Suleima Ramos Calil, Susi Andrea Freitas, Alexandre B. Oliveira, Elias Ferreira Porto. Chest physiotherapy effectiveness to reduce hospitalization and mechanical ventilation length of stay, pulmonary infection rate and mortality in ICU patients. Respiratory Medicine (2013) 107, 68e74
10. Bruna Peruzzo Rotta, Janete Maria da Silva, Carolina Fu, Juliana Barbosa Goulardins, Ruy de Camargo Pires-Neto, Clarice Tanaka. Relationship between availability of physiotherapy services and ICU costs. J Bras Pneumol. 2018;44(3):184-189.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562017000000196>

Diretoria Executiva Geral

Dr. Daniel Ribeiro (presidente)  
Dra. Fernanda Lanza (diretora científica)  
Dr. Lucas Cacau (diretor financeiro)  
Dr. Gabriel Rapello (diretor secretário)  
Dr. Alexandre Dias (diretor administrativo)  
Dr. Vinícius Maldaner (suplente 1)  
Dr. Fabrício Olinda (suplente 2)  
Dra. Laura Tomazi (suplente 3)