

CONSIDERANDO a necessidade de celeridade no processo administrativo de concessão de registro, de competência dos Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO que o exercício profissional não deve ficar condicionado aos procedimentos levados a efeito pelas Instituições de Ensino Superior para a expedição do diploma, quando da concessão do grau de bacharel em Fisioterapia ou em Terapia Ocupacional;

CONSIDERANDO a existência de documento acadêmico hábil capaz de comprovar a potencial diplomação nos cursos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional; resolve:

Art. 1º O Registro Profissional se dá ao portador de diploma de graduação, bacharelado, em Fisioterapia ou Terapia Ocupacional, em curso autorizado e reconhecido pelo Ministério da Educação.

§ 1º Dar-se-á igualmente o registro àquele que portar certidão de conclusão de graduação em Fisioterapia ou Terapia Ocupacional, acompanhada de histórico acadêmico, devidamente autenticado, obtido em Instituição de Ensino Superior, oficialmente autorizada e credenciada, enquanto se processa o registro do diploma junto ao Ministério da Educação.

§ 2º Constitui pré-requisito para a concessão do registro a submissão à colação de grau.

§ 3º Caso o curso seja apenas autorizado, não se dará o registro de que trata o "caput" deste artigo, já que o reconhecimento constitui condição necessária para emissão e validade do diploma, sem o qual o Conselho Regional fica impedido de outorgar o registro profissional.

Art. 2º O registro sem apresentação imediata do diploma não isenta o profissional do pagamento da anuidade referente ao exercício financeiro, nas mesmas condições previstas para os demais profissionais.

Art. 3º O registro realizado sem a apresentação do diploma caracteriza situação transitória, ficando o profissional obrigado a se empenhar, junto às entidades competentes, pela obtenção do respectivo diploma.

Parágrafo único. De posse do diploma, o profissional deverá apresentá-lo de imediato junto ao Conselho Regional para regularização de pendência.

Art. 4º Para o registro de que trata esta Resolução será exigido o cumprimento dos mesmos requisitos fixados àquele que exhibe desde logo o diploma.

Art. 5º Caberá, excepcionalmente, ao Presidente do Conselho Regional respectivo, diante da ausência de algum documento oficial ao ato de registro, mas em face de circunstâncias e provas que admitem juízo de probabilidade e legalidade, a deferir, sob condição, o registro, fixando, desde logo, um prazo razoável para apresentação do documento faltante.

Parágrafo único. Perderá a validade o registro realizado sob as circunstâncias tratadas no "caput" deste artigo se, findo o prazo estabelecido, não for exibido o documento.

Art. 6º É dispensada a anotação pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da inscrição realizada no diploma do profissional.

Art. 7º Revogam-se as Resoluções-COFFITO nº 244/2002 e nº 354/2008.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 1º de janeiro de 2017.

CÁSSIO FERNANDO OLIVEIRA DA SILVA
Diretor-Secretário

ROBERTO MATTAR CEPEDA
Presidente do Conselho

ACÓRDÃO Nº 472, DE 20 DE MAIO DE 2016

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 Cardiopulmonar e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), com o seguinte teor:

"Trata-se de consulta formulada pelos associados da Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiopulmonar e Fisioterapia em Terapia Intensiva - ASSOBRAFIR acerca do trabalho do fisioterapeuta no período de vinte e quatro horas em centros de tratamento intensivo (CTI).

Informam os consulentes que há, ainda, uma controvérsia sobre a necessidade do trabalho do fisioterapeuta durante as vinte e quatro horas nos centros de tratamento intensivo, sendo adotada, muitas vezes, a presença do profissional fisioterapeuta por períodos mais curtos, comprometendo, sobremaneira, o andamento dos processos e procedimentos terapêuticos.

É o relatório.

Passo a opinar.

A especialidade Fisioterapia em Terapia Intensiva é reconhecida e disciplinada pelo COFFITO através da Resolução 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 ventilatório não invasivo; gerenciamento da aerossolterapia e oxigenoterapia; mobi-

lização do doente crítico; dentre outros. Além de suas atribuições individuais, a atuação do fisioterapeuta nos 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.

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.

Destaca-se ainda a publicação da RDC nº 07, em 24 de fevereiro de 2010, a qual prevê a presença do fisioterapeuta nos CTIs, perfazendo uma carga horária total de dezoito horas, como se vê: art. 14. Omissis. IV - Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação.

Assim, inúmeros hospitais já optaram pela ampliação do tempo de permanência do profissional no setor para vinte e quatro horas, baseando-se em uma melhor relação de custo e efetividade. Além disso, a Portaria Ministerial nº 930, de 10 de maio de 2012, estabeleceu a exigência da presença de um fisioterapeuta, por tempo integral, nos CTIs neonatais, in verbis: art. 13. Omissis. IV [...] f) (um) fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração, em cada turno.

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 Cardiopulmonar 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."

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.

ACÓRDÃO Nº 473, DE 20 DE MAIO DE 2016

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 Cardiopulmonar e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), com o seguinte teor:

"Trata-se de consulta formulada pelos associados da Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiopulmonar 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 cinesiofuncional, termoterapêutico, crioterapêutico, hidroterapêutico, fototerapêutico, eletroterapêutico, sonoterapêutico, 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 Cardiopulmonar 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.

ACÓRDÃO Nº 474, DE 20 DE MAIO DE 2016

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 412, 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 Cardiopulmonar e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), com o seguinte teor:

"Trata-se de consulta formulada pelos associados da Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiopulmonar e Fisioterapia em Terapia Intensiva - ASSOBRAFIR acerca do papel do fisioterapeuta em relação ao procedimento de aspiração traqueal.

Informam, ainda, os consulentes que, na atuação em equipe multidisciplinar, muitas vezes ocorre conflito entre profissionais de outras categorias e fisioterapeutas sobre a atribuição da realização do procedimento de aspiração traqueal.

É o relatório. Passo a opinar.

A ineficiência do mecanismo de tosse e/ou disfunção do tapete mucociliar podem acarretar retenção de muco no interior das vias aéreas de pacientes em respiração espontânea, ou submetidas ao suporte ventilatório mecânico, contribuindo para alteração das trocas gasosas e aumento do trabalho muscular ventilatório.

A Fisioterapia Respiratória e a Fisioterapia em Terapia Intensiva são especialidades da Fisioterapia que utilizam rotineiramente técnicas com objetivos diversos, incluindo o deslocamento de secreções traqueobrônquicas contidas no interior de vias aéreas mais distais em direção às mais centrais, permitindo, dessa forma, a expectoração voluntária ou aspiração mecânica dessas secreções.