

## **Contributos para a Proposta de Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva**

A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFisio) e o seu Grupo de Interesse em Fisioterapia Cardiorrespiratória (GIFCR), apoiados por um grupo de fisioterapeutas a exercer em serviços de Medicina Intensiva, vem, por este meio, congratular a iniciativa de organização nacional em rede da Medicina Intensiva nos hospitais e alertar para a necessidade de revisão do documento, de modo a integrar o fisioterapeuta. Esta revisão deverá enfatizar uma visão mais ampla e interdisciplinar, que visa melhores cuidados de saúde para todos os cidadãos, integrados numa política regional e nacional de reestruturação destes serviços.

A APFisio não poderia estar mais de acordo com os domínios positivos e com as fragilidades identificadas nas páginas 3 e 4 do referido documento, carecendo apenas de ser acrescentado o número preocupantemente escasso de fisioterapeutas presentes nestes serviços, sendo o seu contributo ainda insuficiente. De facto, a capacitação exige, para além de todos os pontos enumerados, o aumento muito significativo do número de horas/dia de fisioterapia e do rácio de fisioterapeutas por número de camas nos serviços de Medicina Intensiva.

O papel do fisioterapeuta está inequivocamente descrito nas recomendações publicadas pela *European Respiratory Society (ERS)* e *European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)* <sup>(1)</sup> nas *Guidelines for the Provision of Intensive Care Services (GPICS)* <sup>(2)</sup>, entre outras, que caracterizam como nível de evidência A ou B a intervenção da Fisioterapia e do fisioterapeuta nas unidades de cuidados intensivos, com base em estudos clínicos randomizados e em revisões sistemáticas com meta-análises. Os benefícios da intervenção do fisioterapeuta são clinicamente relevantes para os doentes em diferentes domínios, nomeadamente: na melhoria dos sintomas respiratórios, na diminuição do descondicionamento físico, na melhoria da mobilidade funcional, na desobstrução brônquica, na diminuição da necessidade de intubação e de reintubação, na otimização do desmame ventilatório e função cardiorrespiratória, na prevenção de complicações neuro-músculo-esqueléticas e da falência respiratória <sup>(3-5)</sup>. Além das suas atribuições individuais, a atuação do fisioterapeuta no doente crítico prevê, fundamentalmente, o trabalho interdisciplinar na busca por soluções, incluindo a instituição de protocolos para prevenção de complicações clínicas como, pneumonia associada à ventilação mecânica, lesões traumáticas das vias aéreas, lesões cutâneas, extubação ou decanulação acidental, além da participação durante a admissão do doente e durante a ocorrência de episódios de obstrução

## **Conselho Diretivo Nacional**

brônquica e levantamento da sedação. Todos estes benefícios repercutem-se igualmente nas famílias e serviços, que veem o tempo de hospitalização diminuir, com ganhos económicos para todos <sup>(6,7)</sup>.

A existência de fisioterapeutas exclusivamente alocados aos serviços de Medicina Intensiva está associada a melhores resultados para os utentes e a ganhos económicos relacionados com um menor período de internamento após alta da unidade <sup>(8)</sup>. Para além disso, a evidência demonstra que fisioterapeutas alocados exclusivamente aos serviços de Medicina Intensiva são essenciais no apoio aos utentes durante o desmame da ventilação mecânica uma vez que apresentam maior capacidade de prever o risco de falência de extubação <sup>(4)</sup>. Nesse sentido, a presença em horário completo (35h/semana) do fisioterapeuta nos serviços de Medicina Intensiva contribui para redução da mortalidade hospitalar, redução da ocorrência complicações, tais como infeções respiratórias, desmame prolongado da ventilação mecânica, diminuição da mobilidade e declínio funcional pós alta hospitalar, reduzindo dessa forma os custos diretos e indiretos associados à doença crítica e à síndrome pós doença crítica. Este papel preponderante do fisioterapeuta em unidades de cuidados intensivos foi exposto na tomada de posição da APFisio de 26 de março de 2020, que teve como destinatários o Ministério da Saúde, a Direcção-Geral da Saúde e o Programa Nacional das Doenças Respiratórias.

Embora a análise de recursos humanos apresentada na proposta não contenha informação referente ao número de fisioterapeutas existentes, os dados de que dispomos relativos à realidade nacional demonstram uma enorme escassez destes profissionais comparativamente ao número sugerido em recomendações internacionais <sup>(2,9)</sup>. A nível internacional o fisioterapeuta é unanimemente considerado um elemento fundamental da equipa interdisciplinar, sendo recomendada a sua presença nos serviços de Medicina Intensiva 24h por dia, 7 dias por semana <sup>(1, 2, 9-11)</sup>, e um rácio de 1 fisioterapeuta para 6 a 10 camas <sup>(2, 9)</sup>. Existe uma recomendação nacional de 1 fisioterapeuta para 12 camas, embora esta possa já ser considerada desatualizada <sup>(12)</sup>. No entanto, verifica-se à data que, infelizmente, nem esta recomendação se encontra devidamente implementada.

Constata-se que apesar do exposto, os fisioterapeutas não são referenciados nem contabilizados na vossa proposta, pelo que solicitamos a sua inclusão nas diferentes secções do documento, bem como a correção dos cálculos relativos à necessidade de reforço das equipas, considerando os fisioterapeutas nas diferentes regiões do país (propostas ARS Norte pp.13, ARS centro pp.19, ARS Lisboa e Vale do Tejo pp.25, ARS Alentejo pp.29, ARS Algarve pp.31).

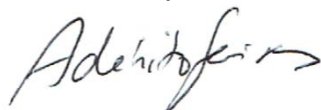
## **Conselho Diretivo Nacional**

Face ao exposto, com toda a argumentação e evidência científica apresentadas, que suportam a importância do fisioterapeuta como parte integrante da equipa multidisciplinar de um serviço de Medicina Intensiva, a APFisio vem por este meio propor:

1. Que seja recomendada a presença de fisioterapeutas em dedicação exclusiva nos serviços de Medicina Intensiva no mínimo 7h por dia, 7 dias por semana, e num rácio de 1 fisioterapeuta para 6-10 camas (nível II e nível III);
2. Que seja recomendado que a evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados pelo fisioterapeuta sejam registados por este profissional no processo clínico eletrónico do utente, respeitando as recomendações de boas práticas profissionais e normas institucionais.

A APFisio, e o seu GIFCR, colocam-se ao dispor para continuar a contribuir para a proposta de Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva, que considera uma necessidade de máxima relevância para todos os cidadãos, inclusivamente no que respeita ao levantamento dos recursos humanos de Fisioterapia atualmente existentes e à proposta de recursos materiais necessários para serem utilizados pelos fisioterapeutas na sua atividade.

Lisboa, 19 de julho de 2020



Adérito Seixas

Presidente do Conselho Diretivo Nacional  
da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

## **Referências**

1. Gosselink R, Bott J, Johnson M, Dean E, Nava S, Norrenberg M, et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Med.* 2008;34(7):1188-99.
2. GPICS. Guidelines for the Provision of Intensive Care Services V2. Intensive care society. 2019; Edition 2.

---

**Conselho Diretivo Nacional**

3. Ambrosino N, Venturelli E, Vaghegini G, Clini E. Rehabilitation, weaning and physical therapy strategies in chronic critically ill patients. *Eur Respir J.* 2012;39(2):487-92.
4. Cork G, Camporota L, Osman L, Shannon H. Physiotherapist prediction of extubation outcome in the adult intensive care unit. *Physiother Res Int.* 2019;24(4):e1793.
5. De Jonghe B, Bastuji-Garin S, Durand MC, Malissin I, Rodrigues P, Cerf C, et al. Respiratory weakness is associated with limb weakness and delayed weaning in critical illness. *Crit Care Med.* 2007;35(9):2007-15.
6. Larsen T, Lee A, Brooks D, Michieli S, Robson M, Veens J, et al. Effect of Early Mobility as a Physiotherapy Treatment for Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Physiother Can.* 2019;71(1):82-9.
7. Rotta BP, Silva JMD, Fu C, Goulardins JB, Pires-Neto RC, Tanaka C. Relationship between availability of physiotherapy services and ICU costs. *J Bras Pneumol.* 2018;44(3):184-9.
8. Hanekom SD, Louw Q, Coetzee A. The way in which a physiotherapy service is structured can improve patient outcome from a surgical intensive care: a controlled clinical trial. *Critical Care.* 2012;16(6):R230.
9. Resolução 444. Parâmetros assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta. RESOLUÇÃO Nº 444, de 26 de abril DOU nº 202 Seção 1. 2014; Brasília:104-5.
10. Hanekom S, Gosselink R, Dean E, van Aswegen H, Roos R, Ambrosino N, et al. The development of a clinical management algorithm for early physical activity and mobilization of critically ill patients: synthesis of evidence and expert opinion and its translation into practice. *Clin Rehabil.* 2011;25(9):771-87.
11. Sommers J, Engelbert RH, Dettling-Ihnenfeldt D, Gosselink R, Spronk PE, Nollet F, et al. Physiotherapy in the intensive care unit: an evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations. *Clin Rehabil.* 2015;29(11):1051-63.
12. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Direcção-Geral da Saúde. 2003:36.