

## **Tomada de Posição da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas**

### **O papel do fisioterapeuta em cuidados intensivos e da disponibilidade de reforço de resposta na sequência da pandemia COVID-19**

Atendendo ao impacto da pandemia COVID-19 em Portugal, e aos desafios que impõe ao Serviço Nacional de Saúde nos próximos meses, a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFisio), em conjunto com o seu Grupo de Interesse em Fisioterapia Cardiorrespiratória (GIFCR), decidiu emitir a presente tomada de posição com os seguintes objetivos:

1. Disseminar as competências do fisioterapeuta em cuidados intensivos, nomeadamente em pessoas infetadas com COVID-19;
2. Disponibilizar uma bolsa de fisioterapeutas voluntários, com experiência em cuidados intensivos, para colaborar nos cuidados às pessoas em condição crítica com COVID-19.

A Direção Geral de Saúde (DGS) publicou em 2003 o documento - *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento* [1], onde é possível confirmar que a definição de Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos (UCIs) assenta numa intervenção multidisciplinar, onde se recomenda a integração do fisioterapeuta, com o objetivo de suportar e recuperar funções vitais, proporcionando às pessoas oportunidades para um futuro com qualidade. De facto, o fisioterapeuta é amplamente reconhecido na literatura como um elemento chave da equipa multidisciplinar em UCIs, tanto em estudos randomizados controlados, como em revisões sistemáticas e meta-análises [2-11].

Os fisioterapeutas no contexto crítico intervêm na condição respiratória de pessoas em ventilação espontânea, mas também em pessoas sob ventilação mecânica invasiva (VMI) e não invasiva (VMNI). O seu papel, além do sobejamente descrito na literatura relativamente à melhoria dos sintomas respiratórios, mobilização precoce, exercício físico e atividade funcional, inclui ainda a avaliação e otimização da função cardiorrespiratória, nomeadamente a nível da *clearance* mucociliar; a manutenção/recrutamento do volume pulmonar; o posicionamento, com vista à adequação da ventilação, oxigenação e relação ventilação/perfusão; a prevenção de complicações neuro-músculo-esqueléticas; avaliação e monitorização da VMI ou VMNI; prevenção da falência respiratória pós-extubação e otimização do desmame ventilatório [12-14]. O papel do fisioterapeuta está claramente descrito nas recomendações publicadas pela *European Respiratory Society* (ERS) e *European*

## **Conselho Diretivo Nacional**

*Society of Intensive Care Medicine* (ESICM) [15], que caracterizam como nível de evidência A ou B a intervenção da Fisioterapia:

i. Na pessoa em ventilação espontânea na:

- Otimização do volume inspiratório e do fluxo expiratório na assistência à *clearance* mucociliar;
- Utilização de estratégias manuais e instrumentais na pessoa com compromisso dos músculos respiratórios;
- Identificação de utentes com risco elevado de falência ventilatória, aconselhando o uso de VMNI ou VMI;
- Otimização e adaptação da VMNI ou outras estratégias de pressão positiva.

ii. Na pessoa entubada orotraquealmente na:

- Hiperinsuflação manual ou com recurso ao ventilador;
- Aspiração de secreções traqueobrônquicas;
- Utilização de continuous positive airway pressure (CPAP) e/ou VMNI (Nível A);
- Implementação de protocolos de desmame ventilatório e provas de ventilação espontânea (Nível A);
- Utilização de VMNI como estratégia no desmame ventilatório difícil em populações específicas de pessoas hipercápnicas (Nível A) [16];
- Identificação de pessoas com risco elevado de falência ventilatória pós-extubação, e avaliação/implementação de estratégias não-invasivas no pós-extubação imediato [17, 18].

Existe, portanto, indicação para a avaliação e intervenção da Fisioterapia na fase aguda, na pessoa entubada, inclusivamente na pessoa incapaz de participar ativamente. Na pessoa estável hemodinamicamente e ventilada mecanicamente, com evidência de retenção de secreções e/ou compromisso das trocas gasosas, existe benefício comprovado da avaliação frequente e tratamento pelo fisioterapeuta [19]. Nas situações de falência do desmame do ventilador, que em pessoas com insuficiência respiratória se devem sobretudo à obstrução das vias aéreas por secreções, principalmente devido à fraqueza dos músculos respiratórios e ineficácia da tosse [16-18, 20], o fisioterapeuta pode contribuir para um desmame do tubo endotraqueal mais rápido, adaptando o doente à VMNI, evitando assim períodos prolongados de internamento na UCI e as complicações clínicas que lhe estão subjacentes, resultando numa significativa otimização da disponibilidade de camas de UCI. Adicionalmente, a VMNI (de preferência em modo CPAP) pode ser utilizada, com

---

## **Conselho Diretivo Nacional**

critério, em pessoas com hipoxemia grave, num contexto pandémico, podendo prevenir a VMI [21], reduzindo a necessidade de entubação e sedação.

Apesar da realidade nacional acerca da presença de fisioterapeutas em contexto de UCIs não se encontrar de forma sistemática de acordo com recomendações descritas na literatura ou mesmo de acordo com orientações nacionais, a verdade é que a nossa presença potencia ganhos não só em saúde, mas também ganhos económicos [22], nomeadamente ao nível da diminuição do tempo de hospitalização da pessoa com pneumonia [23]. A relevância do papel do fisioterapeuta nas UCIs é reconhecida e é uma realidade na maioria dos países da Europa e fora dela. A pandemia da COVID-19 está a pôr esse facto em evidência, em particular em Itália, Espanha, França, Suíça, Holanda, Bélgica e Reino Unido, onde um grande número de fisioterapeutas estão envolvidos no apoio de pessoas em situação crítica. Os fisioterapeutas a trabalhar nas UCIs em Portugal são, infelizmente, um número reduzido face às necessidades que estamos a vivenciar, mas com esta tomada de posição queremos garantir que muitos outros estão preparados para reforçar a resposta neste contexto.

Assim, numa altura tão fundamental como a que vivemos, pareceu-nos fundamental este esclarecimento e disseminação de competências, e consequente disponibilização de uma bolsa de fisioterapeutas que já se voluntariaram para contribuir para o aumento da resposta às necessidades evidentes do Serviço Nacional de Saúde face a esta pandemia. Nesta bolsa incluem-se 63 fisioterapeutas com experiência prévia em UCIs, que possuem as competências necessárias para intervir na pessoa infetada com COVID-19 neste contexto. Esta bolsa inclui ainda outros 210 fisioterapeutas voluntários, experientes na gestão de pessoas com doença respiratória em diferentes contextos, aos quais será fornecida formação específica em cuidados intensivos, já em operacionalização, para aumentar a capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde.

O Conselho Directivo Nacional da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

26 de Março de 2020

---

## **Conselho Diretivo Nacional**

### **Referências**

1. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2003. 72 p.
2. Adler J, Malone D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulmonary physical therapy journal*. 2012;23(1):5.
3. Hodgson CL, Tipping CJ. Physiotherapy management of intensive care unit-acquired weakness. *Journal of physiotherapy*. 2017;63(1):4-10.
4. Investigators TS. Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: a bi-national, multi-centre, prospective cohort study. *Critical Care*. 2015;19(1):81.
5. Kayambu G, Boots R, Paratz J. Physical therapy for the critically ill in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Critical care medicine*. 2013;41(6):1543-54.
6. Nydahl P, Sricharoenchai T, Chandra S, Kundt FS, Huang M, Fischill M, et al. Safety of patient mobilization and rehabilitation in the intensive care unit. Systematic review with meta-analysis. *Annals of the American Thoracic Society*. 2017;14(5):766-77.
7. Okada Y, Unoki T, Matsuishi Y, Egawa Y, Hayashida K, Inoue S. Early versus delayed mobilization for in-hospital mortality and health-related quality of life among critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Intensive Care*. 2019;7(1):1-9.
8. Yue M, Ma Z-Y, Lei M-J, Cui C-Y, Jin Y. Early mobilization for mechanically ventilated patients in the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers of Nursing*. 2018;5(4):301-10.
9. Zang K, Chen B, Wang M, Chen D, Hui L, Guo S, et al. The effect of early mobilization in critically ill patients: A meta-analysis. *Nursing in Critical Care*. 2019.
10. Zhang G, Zhang K, Cui W, Hong Y, Zhang Z. The effect of early mobilization for critical ill patients requiring mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Emergency and Critical Care Medicine*. 2018;2(1).

---

**Conselho Diretivo Nacional**

11. Zhang L, Hu W, Cai Z, Liu J, Wu J, Deng Y, et al. Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. PloS one. 2019;14(10).
12. Ambrosino N, Venturelli E, Vagheggin G, Clini E. Rehabilitation, weaning and physical therapy strategies in chronic critically ill patients. Eur Respiratory Soc; 2012.
13. Cork G, Camporota L, Osman L, Shannon H. Physiotherapist prediction of extubation outcome in the adult intensive care unit. Physiotherapy Research International. 2019;24(4):e1793.
14. De Jonghe B, Bastuji-Garin S, Durand M-C, Malissin I, Rodrigues P, Cerf C, et al. Respiratory weakness is associated with limb weakness and delayed weaning in critical illness. Critical care medicine. 2007;35(9).
15. 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 medicine. 2008;34(7):1188-99.
16. Bach JR, Gonçalves MR, Hamdani I, Winck JC. Extubation of patients with neuromuscular weakness: a new management paradigm. Chest. 2010;137(5):1033-9.
17. Gonçalves MR, Honrado T, Winck JC, Paiva JA. Effects of mechanical insufflation-exsufflation in preventing respiratory failure after extubation: a randomized controlled trial. Critical care. 2012;16(2):R48.
18. Terzi N, Guerin C, Gonçalves MR. What's new in management and clearing of airway secretions in ICU patients? It is time to focus on cough augmentation. Intensive care medicine. 2019;45(6):865-8.
19. van der Lee L, Hill AM, Patman S. Expert consensus for respiratory physiotherapy management of mechanically ventilated adults with community-acquired pneumonia: AD elphi study. Journal of evaluation in clinical practice. 2019;25(2):230-43.
20. Chatwin M, Toussaint M, Gonçalves MR, Sheers N, Mellies U, Gonzales-Bermejo J, et al. Airway clearance techniques in neuromuscular disorders: a state of the art review. Respiratory medicine. 2018;136:98-110.

---

**Conselho Diretivo Nacional**

21. Winck JC, Gonçalves M. H1N1 infection and acute respiratory failure: can we give non-invasive ventilation a chance? *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)*. 2010;16(6):907-11.
22. Rotta BP, Silva JMd, Fu C, Goulardins JB, Pires-Neto RdC, Tanaka C. Relationship between availability of physiotherapy services and ICU costs. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2018;44(3):184-9.
23. 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. *Physiotherapy Canada*. 2019;71(1):82-9.