



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL DA 4ª REGIÃO-MG**

PARECER 004/2025 – CREFITO-4 MG

Assunto: Parecer do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (CREFITO-4 MG) sobre a imprescindibilidade da assistência fisioterapêutica ininterrupta (24 horas) em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) – fundamentação técnica, econômica e legislativa.

EMENTA: A assistência fisioterapêutica ininterrupta (24 horas) em Unidades de Terapia Intensiva (adulto, pediátrica e neonatal) é uma exigência técnica, ética e econômica inquestionável, fundamental para a segurança do paciente, otimização de desfechos clínicos e redução de custos hospitalares. A mera recomendação ou a exigência de carga horária inferior ao período integral representam grave lacuna assistencial, em contradição com as melhores evidências científicas e a tendência legislativa de diversos estados brasileiros que já adotam o padrão de 24 horas.

I. INTRODUÇÃO

O presente Parecer Técnico visa discorrer sobre a necessidade imprescindível e ininterrupta (24 horas) da presença do profissional Fisioterapeuta em todas as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) – adulto, pediátrica e neonatal. Tal necessidade é fundamentada em sólidas evidências técnico-científicas, projeções econômicas e na evolução do panorama legislativo brasileiro, que converge para o reconhecimento da essencialidade deste profissional em período integral.

A condição de instabilidade e vulnerabilidade do paciente crítico exige uma resposta assistencial contínua, que não se restringe a horários comerciais ou a turnos parciais. A interrupção da assistência fisioterapêutica, mesmo por poucas horas, expõe o paciente a riscos evitáveis e compromete a eficácia do tratamento intensivo.

II. DA ANÁLISE DAS NORMATIVAS VIGENTES E SUAS LACUNAS

A regulamentação atual no Brasil, embora represente um avanço em sua época, demonstra-se insuficiente frente às demandas clínicas contemporâneas da terapia intensiva.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA nº 07/2010, que estabelece os requisitos mínimos para o funcionamento de UTIs, preconiza, em seu Art. 14, inciso IV, alínea 'f', a presença de:



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL DA 4ª REGIÃO-MG**

"PELO MENOS 1 (UM) FISIOTERAPEUTA PARA CADA 10 (DEZ) LEITOS OU FRAÇÃO, NOS TURNOS MATUTINO, VESPERTINO E NOTURNO, PERFAZENDO UM TOTAL DE 18 HORAS DIÁRIAS DE ATUAÇÃO".

Embora esta RDC configure um padrão mínimo nacional, sua limitação a 18 horas cria uma "janela terapêutica de risco" de 6 horas (geralmente durante o período noturno). Nesse intervalo, o paciente crítico, por sua condição de alta complexidade e instabilidade, permanece sem o suporte contínuo de um profissional vital para o manejo desse paciente.

No âmbito estadual, a Lei Estadual (MG) nº 23.789/2021, de Minas Gerais, ao dispor sobre a presença de fisioterapeutas e apenas recomendar sua atuação 24 horas nas UTIs, em que pese gerar uma responsabilização, a não obrigatoriedade expressa, agrava a fragilidade assistencial. O CREFITO-4 MG foi pioneiro ao buscar, junto à Assembleia Legislativa de Minas Gerais (ALMG), a proposição de uma lei estadual que tornasse obrigatória a presença do fisioterapeuta 24 horas nas UTIs. Contudo, ao longo da tramitação do Projeto de Lei, o caráter obrigatório foi substituído por uma recomendação do bloco partidário do governo estadual. Atualmente, o CREFITO-4 MG continua a articulação junto à ALMG realizando interlocução com todos(as) os(as) deputados(as) estaduais, objetivando alterar a legislação vigente, tendo buscado parlamentar que apresentou novo projeto de lei, visando garantir a obrigatoriedade da assistência fisioterapêutica ininterrupta nas unidades de terapia intensiva, o qual está em tramitação.

Conforme dados da pesquisa de Nozawa et al. (2008), a efetividade de normas recomendatórias é questionável, visto que apenas 33,6% das UTIs no Brasil oferecem assistência fisioterapêutica 24 horas. A vida e a recuperação de um indivíduo não podem ser objeto de mera recomendação, mas sim de uma garantia assistencial contínua e obrigatória.

III. DA FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA: A IMPRESCINDIBILIDADE CLÍNICA DA ASSISTÊNCIA ININTERRUPTA

A ciência atesta de forma inequívoca a essencialidade da fisioterapia 24 horas em UTI, impactando diretamente a segurança e os desfechos do paciente.

III.1. O impacto da síndrome pós-terapia intensiva e o papel fundamental do fisioterapeuta noturno.

Sobreviventes de doenças críticas frequentemente desenvolvem a "síndrome pós-terapia intensiva", caracterizada por "resultados físicos, funcionais e cognitivos ruins, muitas vezes durando anos" (Kayambu et al., 2013). Uma das manifestações mais graves é a "fraqueza



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL DA 4ª REGIÃO-MG**

adquirida na UTI", que pode afetar entre 25% a 60% dos pacientes ventilados mecanicamente (Kayambu et al., 2013). A presença ininterrupta do fisioterapeuta é crucial para mitigar esses quadros:

1. Manejo da ventilação mecânica (VM) e oportunidade de extubação: O fisioterapeuta é o profissional habilitado para o manejo de assincronias paciente-ventilador, otimização dos parâmetros ventilatórios e para a condução do desmame e da extubação. A pesquisa de Nozawa et al. (2008) revela que 80% dos fisioterapeutas realizam extubação e 79,2% realizam a regulação e desmame do ventilador. A presença 24h garante a agilidade na tomada de decisão, que é vital. O estudo de Rotta et al. (2018) demonstrou que a fisioterapia 24h/dia resultou em uma duração mediana da ventilação mecânica significativamente menor (5,0 dias para o grupo 24h vs. 6,0 dias para o grupo 12h, com $p < 0,001$), corroborando que a continuidade da assistência otimiza o desmame.
2. Prevenção de complicações pulmonares: A remoção de secreções e as manobras de reexpansão pulmonar realizadas pelo fisioterapeuta são essenciais para prevenir atelectasias e pneumonias associadas à ventilação (PAV), especialmente no período noturno, quando a mobilidade do paciente é reduzida e o acúmulo de secreções pode ser maior.
3. Mobilização precoce e prevenção do declínio funcional: A mobilização e o correto posicionamento do paciente, realizados continuamente, previnem úlceras por pressão, trombose venosa profunda e o aprofundamento da fraqueza muscular. A meta-análise de Kayambu et al. (2013) evidenciou um efeito positivo significativo da fisioterapia na melhora da qualidade de vida ($g = 0.40$), função física ($g = 0.46$), força muscular periférica ($g = 0.27$) e força muscular respiratória ($g = 0.51$).

III.2. Universalidade da necessidade em todas as tipologias de UTI.

A imprescindibilidade da fisioterapia 24h é aplicável a todas as UTIs, independentemente da idade do paciente e da característica clínica da unidade:

1. UTI Adulto: Pacientes adultos críticos apresentam alta complexidade e variabilidade, exigindo vigilância e intervenção contínuas para evitar o agravamento do quadro e otimizar a recuperação funcional.
2. UTI Pediátrica e Neonatal: Nessas populações, a vulnerabilidade é ainda maior. Crianças e neonatos possuem menor reserva fisiológica e maior fragilidade respiratória, tornando a monitorização e a intervenção fisioterapêutica ininterruptas cruciais para a manutenção da vida e a prevenção de sequelas neurológicas e motoras.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL DA 4ª REGIÃO-MG**

IV. DO IMPACTO ECONÔMICO E DA GESTÃO DE RECURSOS: UM INVESTIMENTO, NÃO UM CUSTO

A presença 24 horas do fisioterapeuta na UTI não deve ser vista como um custo adicional, mas como um investimento estratégico que gera economia significativa para as instituições de saúde e para o sistema como um todo.

IV.1. Redução direta de custos: O estudo brasileiro de Rotta et al. (2018), conduzido em um hospital universitário, demonstrou que a disponibilidade ininterrupta de serviços de fisioterapia (grupo PT-24) foi associada a:

1. Menores custos totais, com uma mediana de FF 60.779,4 contra FF 71.045,9 no grupo PT-12 ($p = 0,010$).
2. Menores custos médicos, com uma mediana de FF 35.018,6 no grupo PT-24 vs. FF 41.052,0 no grupo PT-12 ($p = 0,010$).
3. Menores custos com pessoal, com uma mediana de FF 18.860,5 no grupo PT-24 vs. FF 22.110,0 no grupo PT-12 ($p = 0,010$).

IV.2. Otimização de recursos e economia líquida: A redução do tempo de internação é um fator-chave na economia. A meta-análise de Kayambu et al. (2013) mostrou que a fisioterapia na UTI diminuiu significativamente o tempo de internação hospitalar ($g = -0.34$) e o tempo de internação na UTI ($g = -0.34$), além de aumentar os dias livres de ventilador ($g = 0.38$). Complementarmente, o modelo financeiro de Lord et al. (2013), baseado em dados reais de um MICU do Johns Hopkins Hospital, projetou uma economia de custo líquido de \$817.836 em um cenário com 900 internações anuais, resultante de reduções de 22% no tempo de internação na UTI e 19% no tempo de internação no andar. As análises de sensibilidade do mesmo estudo indicaram que 83% (ou 20 de 24) dos cenários estudados resultaram em economia líquida, com projeções que variavam de -\$87.611 (custo líquido) a \$3.763.149 (economia líquida). Este estudo ainda observou um aumento médio de 27% nas admissões no MICU em períodos com programas de reabilitação precoce, indicando maior rotatividade de leitos.

Tais dados desmistificam a falsa premissa de que a contratação de fisioterapeutas para o turno noturno é um encargo; pelo contrário, é uma medida financeiramente responsável e um componente essencial de uma gestão hospitalar eficiente.

V. DA DISCUSSÃO LEGISLATIVA: O RECONHECIMENTO DA IMPRESCINDIBILIDADE EM OUTROS ESTADOS

Embora a RDC ANVISA nº 07/2010 estabeleça um padrão mínimo nacional de 18 horas, a Constituição Federal, em seu Art. 24, XII, confere competência concorrente à União, aos



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL DA 4ª REGIÃO-MG**

Estados e ao Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde. Isso permite que os Estados, no exercício de sua autonomia legislativa e em resposta às evidências científicas, estabeleçam padrões de assistência mais elevados.

Diversos estados brasileiros já reconheceram a necessidade da assistência ininterrupta do fisioterapeuta em UTI, superando o patamar mínimo da RDC e estabelecendo a obrigatoriedade da presença por 24 horas:

Estado do Amazonas: Lei nº 5.340/2020.

Estado do Rio de Janeiro: Lei nº 8.958/2020.

Estado de Rondônia: Lei nº 4.875/2020.

Estado do Piauí: Lei nº 7.235/2019.

Estado do Rio Grande do Norte: Lei nº 11.447/2023 e Lei nº 10.935/2021.

Essas legislações estaduais representam um claro precedente e uma tendência consolidada no Brasil, refletindo o entendimento de que a presença ininterrupta do fisioterapeuta é um requisito para a segurança e a qualidade do atendimento em terapia intensiva. A existência dessas leis não apenas demonstra a viabilidade jurídica da exigência de 24 horas, mas também posiciona Minas Gerais em um patamar assistencial inferior em comparação a esses estados, que já se alinham às melhores práticas internacionais e às evidências científicas mais robustas. A permanência de uma norma que apenas "recomenda" a presença ou que limita a carga horária a 18 horas, como é o caso de Minas Gerais, é, portanto, incompatível com os avanços dos cuidados intensivos e com o dever de garantir a máxima proteção à saúde dos cidadãos.

VI. CONCLUSÃO

Diante da vasta e irrefutável fundamentação técnico-científica, da comprovada vantagem econômica e do claro precedente legislativo estabelecido por outros estados da federação, é inequívoca a imprescindibilidade da presença do profissional Fisioterapeuta por 24 horas ininterruptas em todas as Unidades de Terapia Intensiva (adulto, pediátrica e neonatal).

A lacuna assistencial gerada pela ausência deste profissional em qualquer período do dia ou da noite expõe o paciente crítico a riscos desnecessários, prolonga o tempo de internação, aumenta os custos e compromete a qualidade da recuperação. A manutenção de padrões normativos que não refletem essa realidade clínica e econômica é inaceitável.

É um dever ético e uma responsabilidade social assegurar que o paciente em UTI receba o cuidado integral e contínuo que sua condição exige, sem interrupções ou comprometimentos.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA
OCUPACIONAL DA 4ª REGIÃO-MG**

Por fim, convém registrar que além da atuação em nível estadual, na Assembleia Legislativa de Minas Gerais, o CREFITO-4 MG também busca fortalecer essa pauta em âmbito nacional, articulando-se com Deputados(as) Federais e Senadores(as) para garantir a obrigatoriedade da presença do fisioterapeuta 24 horas nas UTIs em todo o país. No plano local, o CREFITO-4 MG também busca a adoção de legislações municipais sobre o tema, por meio da apresentação de propostas de projetos de lei às Câmaras Municipais. Adicionalmente, essa demanda é sistematicamente incluída nas cartas compromisso entregues a candidatos(as) que disputam cargos eletivos nas eleições municipais e gerais, como estratégia de sensibilização e mobilização política em prol da valorização da assistência fisioterapêutica no cuidado intensivo.

Parecerista: Daniel da Cunha Ribeiro – Fisioterapeuta – CREFITO-4-164684F

Revisores: Anderson Luís Coelho – Fisioterapeuta – 58267-F
Hugo Pereira Goretti – Fisioterapeuta – 82246-F

Belo Horizonte, 25 de julho de 2025.

Anderson Luís Coelho
Presidente do CREFITO-4 MG

ANDERSON LUIS
COELHO:01285802675

Assinado de forma digital por
ANDERSON LUIS COELHO:01285802675