

1ª Edição, 2025

# MANUAL DE BOAS PRÁTICAS

ORIENTAÇÕES ASSISTENCIAIS  
EM FISIOTERAPIA HOSPITALAR

  
**CREFITO12**

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 12ª REGIÃO



**Câmara Técnica de Terapia Intensiva,  
Cardiorespiratória, Urgência e Emergência**

# GUIA PRÁTICO

## ORIENTAÇÕES ASSISTENCIAIS EM FISIOTERAPIA HOSPITALAR

Câmara Técnica de Terapia Intensiva, Cardiorrespiratória e Urgência e Emergência do Crefito12.

Data de Publicação: 22 de agosto de 2025

### OBJETIVO GERAL

Este guia tem como objetivo principal fornecer orientações claras e fundamentadas aos fisioterapeutas que atuam em ambientes hospitalares, com relação às suas atribuições no contexto assistencial.

Ele busca esclarecer práticas que, embora comumente exigidas na rotina hospitalar, não estão respaldadas nas normativas estabelecidas pelo COFFITO e Crefitos. Dessa forma, visa oferecer segurança jurídica aos profissionais que eventualmente se sintam pressionados a executar procedimentos que extrapolam suas competências legais.

Reforçamos, por meio deste documento, o compromisso do CREFITO-12 em assegurar respaldo técnico-legal aos fisioterapeutas e em promover a prática ética e segura da profissão, protegendo tanto os profissionais quanto os pacientes sob seus cuidados.

## SUMÁRIO

1. Jornada de Trabalho do Fisioterapeuta Hospitalar .....	3
2. Aspiração Traqueal .....	3
3. Participação em Transporte Intra-Hospitalar .....	3
4. Auxílio em Traqueostomia e Decanulação .....	
5. Montagem de Ventilador Mecânico e Troca de Circuitos .....	4
6. Fixação de Tubo Orotraqueal .....	4
7. Coleta de Secreção Traqueal .....	4
8. Controle e administração de medicamentos de aerossol em pacientes com ou sem suporte ventilatório invasivo e/ou não invasivo .....	5
9. A importância da presença do fisioterapeuta em setores de urgência e emergência .....	5
10. Diferenças entre o Fisioterapeuta Responsável Técnico e o Fisioterapeuta Assistencial .....	6
11. Importância da implementação de protocolos assistenciais .....	6
12. Importância do Fisioterapeuta Diarista e suas atribuições .....	7



## 1. Jornada de Trabalho do Fisioterapeuta Hospitalar

---

De acordo com a Lei nº 8.856/1994, o tempo máximo de jornada semanal para o profissional fisioterapeuta é de 30 horas. A realização de horas extras é possível, desde que respeitadas as diretrizes da CLT, da Constituição Federal e das convenções coletivas de trabalho vigentes.

Segundo a Resolução COFFITO nº 444/2014, para fisioterapeutas que atuam em salas vermelhas ou unidades de terapia intensiva (UTI), o número máximo de atendimentos por turno de 6 horas não deve ultrapassar 10 pacientes/clientes. A atuação em unidade de enfermaria depende da complexidade do setor e está descrita nos anexos desta resolução. Esse limite tem como objetivo preservar a qualidade da assistência prestada e evitar sobrecarga profissional.

É incompatível ao fisioterapeuta prestar atendimento em dois setores distintos dentro do mesmo turno de trabalho. Por exemplo, um fisioterapeuta escalado para uma UTI é exclusivo desta unidade por força da RDC 07/2010 ANVISA. Caso haja outros setores para assistência a pacientes como enfermarias ou salas vermelhas, durante o mesmo turno, outro profissional deve ser responsável, para que não ocorra comprometimento a continuidade da assistência. O não cumprimento infringe o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, conforme a Resolução COFFITO nº 424/2013.

## 2. Aspiração Traqueal

---

O Acórdão COFFITO nº 474/2016 estabelece que a aspiração traqueal pode ser uma atribuição do fisioterapeuta, desde que considerada clinicamente necessária, após a realização de sua intervenção fisioterapêutica.

Importante ressaltar que o procedimento de aspiração traqueal é multiprofissional e pode ser realizado por outros profissionais habilitados no ambiente hospitalar. Ainda assim, o fisioterapeuta deve estar apto a realizá-lo sempre que considerar indicado, dentro do contexto de sua assistência, ressaltando que a aspiração de horário ou de rotina de higiene, isoladas, não são de responsabilidade do fisioterapeuta.

## 3. Participação em Transporte Intra-Hospitalar

---

Conforme determina a RDC nº 07/2010, na Seção VI do Capítulo II, pacientes em estado crítico devem ser transportados com acompanhamento contínuo de, no mínimo, um médico e um enfermeiro capacitados para atendimento de urgência e emergência.

A presença do fisioterapeuta não é obrigatória nesses casos, a menos que sua atuação seja expressamente solicitada, como membro adicional a equipe mínima. O fisioterapeuta não deve assumir transporte de pacientes sem acompanhamento de profissional listado como mínimo obrigatório em normativa específica.

Este conselho orienta que o fisioterapeuta evite se ausentar do seu setor de atuação fixa, pois isso pode comprometer a assistência de outros pacientes sob sua responsabilidade e infringir normas de segurança assistencial.

Recomendamos ainda que fisioterapeutas que possam compor equipe de transporte sejam capacitados e exclusivos para tal fim.

## 4. Auxílio em Traqueostomia e Decanulação

---

Segundo o Acórdão COFFITO nº 475/2016, procedimentos como introdução, troca ou retirada da cânula de traqueostomia envolvem riscos relevantes, incluindo falso trajeto, estenose traqueal e perda do orifício. Esses riscos exigem intervenções que extrapolam o escopo da fisioterapia, como reintubação, manejo medicamentoso ou abordagem cirúrgica imediata.

Assim, o CREFITO-12 não recomenda que fisioterapeutas participem das etapas ativas desses procedimentos, mesmo como auxiliares.

## 5. Montagem de Ventilador Mecânico e Troca de Circuitos

---

O Acórdão COFFITO nº 473/2016, que dispõe sobre o papel do fisioterapeuta neste procedimento é claro quando não inclui a montagem ou troca rotineira dos circuitos de ventiladores mecânicos entre suas atribuições. Ademais, há um grande escopo de atuação específicas onde o fisioterapeuta necessita prestar assistência integral ao paciente.

Dessa forma, o CREFITO-12 desaconselha que fisioterapeutas realizem essas atividades de forma habitual ou que incluam tal atribuição em protocolo de assistência fisioterapêutica, uma vez que não fazem parte de suas obrigações técnicas nem estão respaldadas legalmente.

## 6. Fixação de Tubo Orotraqueal

---

A fixação do tubo orotraqueal também não está listada entre as atribuições da Fisioterapia Intensiva.

A determinação da profundidade correta do tubo após a intubação é um ato médico. A manipulação indevida do tubo pode causar eventos adversos, como intubação seletiva, deslocamento ou extubação acidental. Por isso, este conselho desaconselha que fisioterapeutas realizem a fixação do TOT como procedimento de rotina.

## 7. Coleta de Secreção Traqueal/SWAB

---

O Acórdão COFFITO nº 477/2016 esclarece que a coleta isolada de secreção traqueal para fins de cultura laboratorial não é uma atribuição do fisioterapeuta. Tal procedimento difere da aspiração endotraqueal realizada como parte da intervenção fisioterapêutica.

Portanto, a coleta laboratorial deve ser realizada por profissionais legalmente habilitados e treinados para este fim, não sendo atribuição do fisioterapeuta.

## **8. Controle e administração de medicamentos de aerossol em pacientes com ou sem suporte ventilatório invasivo e/ou não invasivo**

---

Protocolos hospitalares e do Ministério da Saúde (p. ex., Manual de Boas Práticas de Atenção Domiciliar e de Terapia Intensiva) alocam que não é rotina e nem atribuição do Fisioterapeuta a administração e controle de medicações — inclusive nebulizações e broncodilatadores em horários fixos, por integrar a agenda de cuidados sistematizados de outro profissional de cuidados contínuos.

O Acórdão COFFITO nº 735/2024 reconhece que o fisioterapeuta pode prescrever, administrar e adquirir medicamentos e insumos, inclusive via aerossol, mas não impõe que ele exerça obrigatoriamente tais atividades em todas as situações clínicas. Trata-se de um reconhecimento de competência, e não de imposição de dever profissional automático.

Decisões da Justiça Federal têm reafirmado que outra categoria profissional de cuidados contínuos não pode “determinar” o fisioterapeuta a realizar tarefas típicas de outro profissional.

Portanto, não há norma legal, trabalhista e institucional que imponha ao fisioterapeuta o controle e administração de medicações de aerossol em horários predefinidos em pacientes com ou não em uso de suporte ventilatório, sendo uma atividade de outro profissional de cuidados contínuos.

## **9. A importância da presença do fisioterapeuta em setores de urgência e emergência**

---

A Resolução COFFITO nº 509/2019 – Reconhece a atuação, competência e habilidade do Fisioterapeuta na assistência à Saúde nas Unidades de Emergência e Urgência, considerando que o fisioterapeuta é integrante de equipes da área da Saúde em diversos setores hospitalares como: Unidades de Terapia Intensiva – UTIs, Emergências, Pronto Atendimento e outros setores.

A atuação do fisioterapeuta nas unidades de pronto atendimento hospitalar, como salas vermelhas, salas de pacientes graves e pronto-socorro, é essencial para garantir a assistência adequada e em tempo oportuno aos pacientes críticos. A fisioterapia nestes ambientes contribui de forma significativa para a estabilização cardiorrespiratória, otimização da mecânica ventilatória, prevenção de complicações e suporte ventilatório não invasivo e invasivo.

É fundamental que os serviços hospitalares mantenham escala fixa de fisioterapeutas para estes setores, evitando o deslocamento de profissionais de outras unidades, como UTIs ou enfermarias. A prática de remanejamento compromete tanto o atendimento no setor de origem quanto no destino, além de expor os pacientes a riscos desnecessários pela interrupção ou ausência da assistência especializada.



## **10. Diferenças entre o Fisioterapeuta Responsável Técnico e o Fisioterapeuta Assistencial**

---

De acordo com a Resolução COFFITO nº 139/1992, o fisioterapeuta responsável técnico (RT) atua na gestão técnica e administrativa dos serviços de fisioterapia. Ele deve assegurar o cumprimento das normativas técnicas, éticas e administrativas estabelecidas pelo COFFITO e Crefitos.

O RT também é o profissional responsável por orientar, supervisionar e avaliar a atuação dos fisioterapeutas assistenciais, bem como propor e revisar protocolos assistenciais e operacionais, podendo inclusive responder solidariamente em casos de imprudência, imperícia ou infração ética exercida por profissionais sob sua responsabilidade.

Já o fisioterapeuta assistencial atua diretamente na linha de frente do cuidado, realizando avaliações, atendimentos e tratamentos em pacientes com disfunções respiratórias, cardiovasculares e musculoesqueléticas, conforme atribuições de normativas do COFFITO.

O fisioterapeuta responsável técnico (RT) desempenha um papel estratégico e de alta responsabilidade dentro dos serviços hospitalares. De acordo com a Resolução COFFITO nº 139/1992, cabe a ele garantir o cumprimento das normativas técnicas, éticas e administrativas estabelecidas pelo COFFITO e Crefitos.

A atuação do RT visa preservar a integridade da assistência fisioterapêutica e fortalecer o posicionamento institucional da fisioterapia como parte indispensável da equipe multiprofissional, podendo ele exercer atribuições da rotina assistencial sem prejuízo de ambos os serviços.

O RT deve ser devidamente inscrito no Conselho Regional e tem limite máximo de dois serviços em que pode assumir a função.

É importante ressaltar que o coordenador de UTI, previsto em Resolução da Diretoria Colegiada (RDC); não é necessariamente RT. O papel do coordenador está ligado ao gerenciamento técnico operacional dentro da UTI, sendo ele o responsável por implantação e cumprimento de protocolos, análise e acompanhamento de escala, mediação e interlocução com membros da equipe multiprofissional em caso de divergência ou mesmo entre sua própria equipe. A coordenação de UTI está limitada a duas Unidades de Terapia Intensiva e para ser coordenador é necessário ser especialista profissional na área.

## **11. Importância da implementação de protocolos assistenciais**

---

A padronização da prática fisioterapêutica por meio de protocolos assistenciais é uma estratégia fundamental para garantir segurança, qualidade e previsibilidade no atendimento ao paciente hospitalar. Protocolos bem estruturados orientam condutas baseadas em evidências científicas, diminuem a variabilidade das intervenções e facilitam a tomada de decisões clínicas. Condutas Fisioterapêuticas constantes em protocolos devem ser as de competência da categoria, não se recomendando que condutas compartilhadas e de responsabilidade multiprofissional sejam atribuídos ao Fisioterapeuta de forma obrigatória ou privativa.

Protocolos bem fundamentados contribuem para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, promovem auditorias internas mais eficazes e aumentam a integração da fisioterapia com os demais setores hospitalares. Sendo assim, devem ser construídos, discutidos e aprovados pela equipe de Fisioterapia, e revisados anualmente.

## **12. A importância do fisioterapeuta diarista e suas atribuições**

---

O fisioterapeuta diarista é o profissional que atua diariamente nos setores hospitalares, especialmente nas unidades de terapia intensiva (UTIs), sendo responsável pela continuidade, organização e coordenação dos cuidados fisioterapêuticos aos pacientes internados.

Entre suas principais atribuições estão:

- Avaliação clínica minuciosa e periódica dos pacientes;
- Planejamento e reavaliação das condutas fisioterapêuticas;
- Definição de objetivos e metas terapêuticas;
- Condução e participação ativa em discussões clínicas e visitas multiprofissionais;
- Supervisão técnica e apoio aos fisioterapeutas plantonistas;
- Implementação e monitoramento de protocolos assistenciais e indicadores;
- Identificação precoce de alterações clínicas relevantes;
- Participação em ações educativas e treinamentos internos.

A presença contínua do fisioterapeuta diarista tem impacto direto e positivo na qualidade da assistência prestada ao paciente crítico. Ele promove maior resolutividade nas condutas, contribui para a integração da fisioterapia com as demais áreas da equipe multiprofissional e assegura a padronização dos atendimentos.

Além disso, o acompanhamento longitudinal realizado por esse profissional favorece uma abordagem mais humanizada e centrada no paciente, otimiza os tempos de resposta terapêutica e fortalece a segurança na assistência prestada dentro da UTI.

Obs.: Este manual estará sujeito a revisões periódicas, de acordo com as normativas vigentes.

---

Dr.<sup>a</sup> ELINETH DA CONCEIÇÃO BRAGA VALENTE  
Presidente do Crefito-12

---

Dr. GLAUCIELLO CARDOSO D'ÁVILA  
Conselheiro Suplente e Membro da Câmara Técnica de Fisioterapia em  
Terapia Intensiva, Cardio Respiratória e Urgência e Emergência  
(Nomeado pela Portaria n° 725/2024)

---

Dr. IGOR DIAS SERIQUE  
Membro da Câmara Técnica de Fisioterapia em Terapia Intensiva,  
Cardio Respiratória e Urgência e Emergência  
(Nomeado pela Portaria n° 726/2024)

---

DR. JORGE LUÍS MONTEIRO SPINELLI  
Membro da Câmara Técnica de Fisioterapia em Terapia Intensiva,  
Cardio Respiratória e Urgência e Emergência  
(nomeado pela Portaria n° 747/2024)

---

Dr. MARCOS VINICIUS DA CONCEIÇÃO FURTADO  
Membro da Câmara Técnica de Fisioterapia em Terapia Intensiva,  
Cardio Respiratória e Urgência e Emergência  
(Nomeado pela Portaria n° 727/2024)

---

Dr.<sup>a</sup> RAILANA GOMES DOS SANTOS  
Membro da Câmara Técnica de Fisioterapia em Terapia Intensiva,  
Cardio Respiratória e Urgência e Emergência  
(Nomeado pela Portaria n° 711/2024)



## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto-Lei nº 938, de 1º de outubro de 1969.** Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 1969.

BRASIL. **Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975.** Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 19 dez. 1975.

BRASIL. **Lei nº 8.856, de 1º de março de 1994.** Dispõe sobre a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeutas, fixando o limite de 30 horas semanais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2 mar. 1994.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 fev. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº 400, de 3 de agosto de 2011.** Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia Respiratória e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 5 ago. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº 402, de 3 de agosto de 2011.** Disciplina a Especialidade Profissional Fisioterapia em Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 5 ago. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº 424, de 8 de julho de 2013.** Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 10 jul. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Acórdão nº 299, de 22 de janeiro de 2013.** Brasília, DF, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Acórdão nº 472, de 20 de maio de 2016.** Dispõe sobre o trabalho do fisioterapeuta no período de 24 horas em CTIs. Brasília, DF, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Acórdão nº 473, de 20 de maio de 2016.** Dispõe sobre o papel do fisioterapeuta em

relação ao procedimento de montagem e/ou troca dos circuitos dos ventiladores mecânicos. Brasília, DF, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Acórdão nº 474, de 2016.** Dispõe sobre o papel do fisioterapeuta em relação ao procedimento de aspiração traqueal. Brasília, DF, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Acórdão nº 475, de 2016.** Dispõe sobre o papel do fisioterapeuta na realização do procedimento de decanulação e/ou troca de cânula traqueal. Brasília, DF, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Acórdão nº 476, de 2016.** Dispõe sobre a participação do fisioterapeuta durante o procedimento de traqueostomia. Brasília, DF, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Acórdão nº 478, de 2016.** Dispõe sobre o papel do fisioterapeuta em relação ao procedimento de montagem, remoção, troca e/ou limpeza dos componentes de ventiladores mecânicos e dos copos coletores de secreção traqueal. Brasília, DF, 2016.