



Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva

NOTA DE ESCLARECIMENTO

A ASSOBRAFIR, Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, por meio de seu Departamento de Fisioterapia Respiratória Pediátrica e Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, imbuída da responsabilidade de apresentar à população as informações mais confiáveis e com evidências científicas no que tange ao exercício das suas especialidades, vem a público esclarecer e refutar algumas das informações veiculadas em reportagem sobre o tema bronquiolite, intitulada “Saiba quando a bronquiolite é preocupante”, apresentada no programa “BEM ESTAR”, da Rede Globo de Televisão, na segunda-feira, dia 10 de abril do corrente ano.

Na reportagem, em entrevista, uma médica pediatra esclarece sobre as manifestações clínicas da doença e modalidades de tratamento, porém a mesma, ao “dar dica” à população sobre os possíveis benefícios da Fisioterapia Respiratória, demonstra em um boneco como poderia ser realizada a fisioterapia, citando que existem várias formas e uma delas seria através da aplicação de “tapinhas” nas costas da criança para a secreção “sair mais facilmente”. Em seguida, relata que a Fisioterapia deve ser orientada por um fisioterapeuta respiratório.

A Fisioterapia Respiratória é o tratamento não medicamentoso mais amplamente realizado em crianças com bronquiolite, condição na qual há presença de infecção de vias aéreas inferiores, muito prevalente nos meses de outono e inverno, com manifestação clínica de gravidade variável. Os sintomas são leves na maior parte dos casos, porém podem evoluir até desconforto respiratório grave, acarretando a necessidade de internação hospitalar.

O Fisioterapeuta atua nos diversos níveis de complexidade da atenção à saúde, incluindo serviços ambulatoriais, atenção primária à saúde (Unidades Básicas de Saúde), atenção secundária (Unidades de Pronto Atendimento) e serviços terciários (Hospitais). A Fisioterapia é tida como adjuvante à intervenção médica e, no tratamento da bronquiolite, o seu principal objetivo é reduzir o desconforto respiratório ocasionado pelo acúmulo de secreção no interior das vias aéreas. Diante disso, técnicas específicas que favoreçam a remoção da secreção, como citado na reportagem, são realmente necessárias e devem ser consideradas em situações específicas, sendo que seus benefícios e efeitos adversos são considerados pelo fisioterapeuta.

Nesta perspectiva, deve-se esclarecer sobre a técnica demonstrada na reportagem: “tapinhas nas costas”. A médica faz referência implícita à técnica “tapotagem”, utilizada por fisioterapeutas respiratórios, ressaltando que a mesma pode ser realizada. No entanto, esta técnica não é recomendada para o tratamento fisioterapêutico da bronquiolite. A abordagem fisioterapêutica mais indicada para crianças com bronquiolite consiste na aplicação de técnicas de modulação de fluxo, de domínio específico do Fisioterapeuta Respiratório.



Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva

A sinalização à população sobre a importância da fisioterapia respiratória no tratamento de uma doença que tem grande impacto em saúde pública é salutar e apoiada pela ASSOBRAFIR. Porém, a abordagem sobre uma “técnica”, demonstrada de forma equivocada por profissional não habilitada (médica), e sem evidência comprovada, não é aceitável.

Buscando contribuir com o maior entendimento da população sobre o tema, a ASSOBRAFIR descreve por meio desta nota o real papel da fisioterapia respiratória no tratamento da bronquiolite, baseando suas considerações nas evidências científicas mais atuais, após consulta à especialistas profissionais pela ASSOBRAFIR/Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).

Estudo da década de 80 (Webb, 1985), que incluiu lactentes com diagnóstico clínico de bronquiolite, não constatou redução no escore de desconforto respiratório no grupo no qual a intervenção empregou as técnicas “tapotagem” e “vibração”, quando comparado ao grupo sem intervenção. A partir daquela data, alguns ensaios clínicos aleatórios foram conduzidos com objetivo de identificar os benefícios da fisioterapia respiratória em lactentes com bronquiolite.

Parte desses estudos utilizou técnicas descritas para adultos, como a tapotagem e a vibração, também chamadas de técnicas convencionais, enquanto outros empregaram técnicas idealizadas especificamente para o público infantil, tais como a Expiração Lenta e Prolongada (ELPr) e o Aumento do Fluxo Expiratório (AFE), denominadas técnicas atuais e baseadas em variações do fluxo respiratório; além da higiene de vias aéreas superiores, incluindo a Desobstrução Rinofaríngea Retrógrada, com ou sem a instilação de soro fisiológico (DRR e DDR+I).

A diferença entre as abordagens está no princípio de ação. As técnicas convencionais favorecem a mobilização da secreção. A tapotagem por meio do descolamento desta pela aplicação de energia mecânica ao tórax, enquanto a vibração promove o tixotropismo, princípio físico que altera a reologia do muco, facilitando seu carreamento para vias aéreas de maior calibre. A ELPr e AFE promovem a soltura e deslocamento das secreções das vias aéreas de menor para as de maior calibre em virtude das variações de fluxo e volume pulmonares.

Recentemente, uma revisão sistemática que avaliou o papel da fisioterapia respiratória em lactentes com bronquiolite atualizou as recomendações do tratamento dessa população (Roqué et al, 2016). Foram incluídos 12 ensaios clínicos, com total de 1249 pacientes internados com bronquiolite moderada/grave. Cinco estudos tiveram como intervenção a tapotagem e/ou vibração, e sete a ELPr e/ou AFE. Os desfechos primários foram gravidade da bronquiolite e tempo de recuperação, e os secundários incluíram desconforto respiratório, suplementação de oxigênio e dias de internação.

A grande mudança de entendimento promovida por essa revisão, em relação a sua primeira publicação, diz respeito a comprovação da ausência de benefícios das técnicas convencionais de fisioterapia



Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva respiratória (tapotagem e vibração), não sendo recomendada sua aplicação em pacientes internados, com bronquiolite. Não foi observada redução na gravidade da doença e nos dias de internação, e apenas um estudo observou redução discreta do desconforto respiratório nos pacientes submetidos a tapotagem/vibração. Esse resultado não surpreende, considerando que essas técnicas não foram idealizadas para população infantil, e que para alcançar o princípio físico do tixotropismo necessita-se da manutenção da sua aplicação por 20 a 30 minutos, em um ritmo extremamente elevado (70 a 150 repetições por minuto) (Strickland et al, 2013). Adicionalmente, a atelectasia foi relatada como efeito adverso da tapotagem.

Em relação as técnicas atuais (ELPr, AFE), o mesmo estudo (Roqué et al, 2016) concluiu que estas promovem redução do desconforto respiratório, embora essa melhora seja observada por curto período de tempo. Considerando a hipersecreção pulmonar decorrente do processo inflamatório da bronquiolite, é esperado que o desconforto respiratório seja reduzido após sua eliminação, mas que o mesmo retorne assim que mais secreção seja acumulada. Não houve redução nos dias de internação ao aplicar ELPr e/ou AFE.

Adicionalmente, Florin et al (2017) observaram que tanto a fisioterapia respiratória, quanto o tratamento medicamentoso não reduzem o tempo de curso da doença.

Diante do apresentado, as técnicas convencionais (tapotagem/vibração) não trazem benefícios para pacientes internados com bronquiolite moderada/grave, enquanto as técnicas atuais (ELPr e AFE) reduzem, de maneira aguda, o desconforto respiratório, e parecem ser a melhor estratégia fisioterapêutica respiratória destinada a esta população. Entretanto, ainda existem lacunas a serem esclarecidas acerca do tratamento fisioterapêutico de pacientes com bronquiolite com diferentes gravidades no tratamento ambulatorial.

Finalmente, a ASSOBRAFIR reafirma à população o seu compromisso com a qualidade da assistência da Fisioterapia Respiratória, Cardiovascular e em Terapia Intensiva, refutando qualquer tentativa de banalizar a atuação fisioterapêutica e orientando que as informações e o tratamento fisioterapêutico dessas especialidades seja preferencialmente fornecidos por fisioterapeutas com título de especialista profissional em Fisioterapia Respiratória e/ou Fisioterapia em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica conferidos pela ASSOBRAFIR/COFFITO, sendo patente a competência do Fisioterapeuta para serem profissionais de primeira escolha, sem necessidade de prescrição de outro profissional para que ocorra o atendimento dos seus pacientes/clientes/usuários. Além disso, a prestação de informações sobre procedimento próprio da Fisioterapia por profissional que não seja fisioterapeuta, fere frontalmente as prerrogativas destes profissionais e fomenta o exercício ilegal da profissão por leigos, podendo ocasionar danos à saúde da população.



Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva

Informações e identificação de profissionais especialistas podem ser obtidas no site www.assobrafir.com.br

Referências Bibliográficas

1. Florin TA, Plint AC, Zorc JJ. Viral bronchiolitis. *Lancet*. 2017;389(10065):211-24.
2. Johnston C, Zanetti NM, Comaru T, Ribeiro SNS, Andrade LB, Santos SLL. I Recomendação brasileira de fisioterapia respiratória em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012;24(2):119-29.
3. Liet JM, Ducruet T, Gupta V, Cambonie G. Heliox inhalation therapy for bronchiolitis in infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(4):CD006915.
4. Roqué i Figuls M, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta C, Vilaró J. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2:CD004873.
5. Strickland SL, Rubin BK, Drescher GS, Haas CF, O'Malley CA, Volsko TA, et al. AARC clinical practice guideline: effectiveness of nonpharmacologic airway clearance therapies in hospitalized patients. *Respir Care*. 2013;58(12):2187-93.
6. Webb MS, Martin JA, Cartlidge PH, Ng YK, Wright NA. Chest physiotherapy in acute bronchiolitis. *Arch Dis Child*. 1985;60(11):1078-9.
7. Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, Klassen TP. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(7):CD006458.

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse (profissionais ou financeiros, e benefícios diretos ou indiretos) que possam ter influenciado o teor deste documento.

AUTORIA

Dra. Simone Nascimento Santos Ribeiro (MG)

Dra Cintia Johnston (SP)

Dr. Evanirso da Silva Aquino (MG)

Dra Fernanda de Cordoba Lanza (SP)

Dr. Marcos Giovanni Carvalho (AM)



Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva

Dra. Mônica de Carvalho Stopiglia (SP)

Dra. Maria Regina de Carvalho Coppo (SP)

Dra. Silvana Alves Pereira (RN)

Dra. Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo (MG)

COLABORAÇÃO E ANUÊNCIA

Dr Flávio Maciel Dias de Andrade (PE) – Presidente da ASSOBRAFIR

Dr Marlus Karsten (SC) – Diretor Científico Geral da ASSOBRAFIR