

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 1/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025	Próxima revisão: 29/10/2027
		Versão: 02	

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS	2
2. OBJETIVOS.....	3
3. JUSTIFICATIVAS.....	3
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	3
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES	4
6. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS.....	4
6.1. Avaliação Fisioterapêutica	4
6.2. Técnicas de Fisioterapia Respiratória	5
7. FLUXOGRAMA.....	10
8. MONITORAMENTO	10
9. REFERÊNCIAS.....	10
10. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	12
ANEXO 1- Ficha de avaliação da fisioterapia na UCINCo e UTIN	13

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 2/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025	Próxima revisão: 29/10/2027
		Versão: 02	

1. SIGLAS E CONCEITOS

- AFE: Aceleração do Fluxo Expiratório
- CCIRAS: Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Saúde
- COT: Cânula Orotraqueal
- DD: Decúbito Dorsal
- DLD: Decúbito Lateral Direito
- DLE: Decúbito Lateral Esquerdo
- DV: Decúbito Ventral
- DP: Drenagem Postural
- DRR: Drenagem Rinofaríngea Retrógrada
- DRR (+I): Drenagem Rinofaríngea Retrógrada com instilação de SF 0,9%
- DAA: Drenagem Autógena Assistida
- EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- ELPr: Expiração Lenta e Prolongada
- FiO2: Fração inspirada de Oxigênio
- HU-UFGD: Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
- IG: Idade Gestacional
- POP: Protocolo Operacional
- RN: Recém-nascido
- RTA: Reequilíbrio Tóraco-abdominal
- RNPT: Recém-nascido Pré-termo
- RNT: Recém-nascido a termo
- UN: Unidades Neonatais
- UCINCo: Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
- UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
- VT: Vibração Torácica
- VPMI: Ventilação Pulmonar Mecânica Invasiva
- VPPN: Ventilação Pulmonar por Pressão Positiva Não-invasiva

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 3/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025	Próxima revisão: 29/10/2027
		Versão: 02	

2. OBJETIVOS

- Padronizar as técnicas manuais respiratórias utilizadas na assistência fisioterapêutica ao paciente recém-nascido (RN) internado nas Unidades Neonatais (UN) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).
- Atuar especificamente nas Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) deste hospital.

3. JUSTIFICATIVAS

O fisioterapeuta que atua nas UN é responsável pela avaliação e prevenção de acometimentos cinético funcionais (de todo e qualquer sistema do corpo humano) assim como por intervenções de tratamento (fisioterapia respiratória e/ou motora).

A Fisioterapia Respiratória tem papel fundamental na prevenção e tratamento de complicações pulmonares. Seu principal objetivo é facilitar as trocas gasosas e adequar a relação ventilação-perfusão, por meio de técnicas de higiene brônquica, ou seja, técnicas que facilitam o deslocamento mucociliar e a remoção de secreções, mantendo assim a permeabilidade das vias aéreas. Como também, técnicas relacionadas à reexpansão pulmonar, melhorando de forma geral a função respiratória.

Atualmente, há uma recomendação de se evitar manipulações frequentes e/ou intensas nos recém-nascidos pré-termo (RNPT) pelo risco de seus efeitos adversos, levando a uma escolha mais criteriosa dos procedimentos fisioterapêuticos utilizados. Logo, é necessária uma avaliação e execução individualizada de acordo com a necessidade e quadro clínico de cada neonato.

Neste sentido, se faz necessário um protocolo padronizado das técnicas respiratórias realizadas pelos fisioterapeutas do HU-UFGD, pois o mesmo é uma ferramenta primordial dentro dos trabalhos executados no âmbito hospitalar, uma vez que auxilia na tomada de condutas padronizadas e pautadas na literatura, acarretando maior segurança para o binômio paciente e terapeuta e obtendo um melhor alcance de objetivos e máxima qualidade do serviço oferecido.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

As técnicas da fisioterapia respiratória são indicadas para recém-nascidos a termo (RNT) e RNPT internados nas UN que apresentem disfunções respiratórias, acúmulos de secreção

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 4/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025	Próxima revisão: 29/10/2027
		Versão: 02	

nas vias aéreas que estejam sob suporte ventilatório invasivo ou não invasivo. Como também para prevenir complicações pulmonares que possam vir a apresentar decorrente do período de internação. Auxilia também na recuperação dos problemas respiratórios associados aos pós-operatórios e às lesões neurológicas.

As contraindicações apontadas por alguns autores incluem para todas as técnicas: os RN que possuir peso de nascimento menor que 1.500g nos três primeiros dias de vida (72 horas de vida), devido à maior possibilidade de ocorrer hemorragia intracraniana; evitar intervenção no período de cuidados essenciais que é 96 horas, exceto em casos que precisam de aspiração urgente. Outras contraindicações incluem também: a instabilidade hemodinâmica; discrasias sanguíneas; malformações congênitas graves; pós-operatório imediato de cirurgias toracoabdominais; pneumotórax não drenado; hipertensão pulmonar; diagnóstico ultrassonográfico de hemorragia intracraniana recente; extremo baixo peso, osteopenia e osteoporose da prematuridade.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

As avaliações fisioterapêuticas e as técnicas de fisioterapia respiratória em RNs internados no HU-UFGD/EBSERH são atribuições do fisioterapeuta da instituição, podendo ser estendidas aos fisioterapeutas residentes e aos alunos de graduação em fisioterapia de instituições conveniadas, mediante supervisão do fisioterapeuta tutor, preceptor ou orientador de ensino.

6. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

6.1. Avaliação Fisioterapêutica

Antes da realização das técnicas de fisioterapia respiratória é importante realizar uma avaliação para verificar a necessidade da intervenção e estabelecer objetivos e condutas específicas para cada RN.

Avaliar o RN que se encontra na UN é de suma importância, pois é através da avaliação, mediante comparação com valores e parâmetros da normalidade descritos na literatura, que será possível determinar o estado de saúde do paciente e até mesmo prevenir alguma possível complicação. Além disso, a avaliação é o instrumento que determina a necessidade ou não de intervenção terapêutica em um paciente, bem como os objetivos e condutas que são indicados para o mesmo. Porém, deve-se respeitar o momento deste procedimento, principalmente se o paciente estiver em período de cuidados essenciais e cuidados essenciais estendidos, ou se houver instabilidade hemodinâmica e sinais de estresse por manipulação. Segue abaixo os recursos necessários para a avaliação:

- Humanos: paciente e fisioterapeuta;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 5/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025	Próxima revisão: 29/10/2027
		Versão: 02	

- Instrumentos: ficha de avaliação fisioterapêutica (Anexo 1);
- Materiais e equipamentos: luva de procedimento e avental (em caso de isolamento de contato); máscara, em caso de isolamento respiratório (utilizar o modelo de máscara indicado); bolsa de hiperinsuflação pulmonar manual, se necessário; sonda de aspiração traqueal; luva estéril; ampola de SF 0,9%, se necessário; ampola de água destilada, para lavar o látex após o procedimento de aspiração; extensão de látex; vacuômetro com frasco depositador; e seringa de 1 ml, nos casos de aspiração não invasiva.

6.2. Técnicas de Fisioterapia Respiratória

As técnicas manuais de fisioterapia respiratória podem ser definidas como a aplicação externa de uma combinação de forças com objetivo de otimizar o transporte do muco nas vias aéreas, melhorar a ventilação pulmonar, e aumentar a complacência, os volumes e as capacidades pulmonares. Como também, melhorar as trocas gasosas, a oxigenação, a força muscular respiratória e a expansibilidade tóraco-pulmonar, além de reverter atelectasias. Antes dos procedimentos, os profissionais devem higienizar as mãos, e paramentar-se de acordo com o quadro do RN que será assistido, de acordo com o protocolo nº 01 da CCIRAS. Em seguida, as técnicas podem ser aplicadas de forma isolada ou associadas, e estão descritas a seguir:

- **Vibração Torácica (VT):** A vibração torácica manual consiste em movimentos oscilatórios empregados no tórax por meio de contração isométrica da musculatura do antebraço e deve ser realizada na fase expiratória; entretanto, no recém-nascido não é possível aplicar a vibração somente durante a expiração, devido à sua alta frequência respiratória.
- **Drenagem postural (DP):** A postura de drenagem para neonatos deve ser adaptada a cada caso específico, obedecendo a um protocolo de cuidados essenciais. Nessa técnica a ação da gravidade atua auxiliando o deslocamento de secreções periféricas para regiões proximais do pulmão, onde será removida pela tosse ou aspiração. O uso do posicionamento como forma de drenagem baseia-se na anatomia da árvore brônquica. De uma forma geral, o RN é mantido em cada posição durante 2 a 5 minutos, quando associada a outra técnica como a vibração, por exemplo, ou quando aplicada isoladamente por cerca de 15 minutos. São utilizados os decúbitos lateral direito (DLD), lateral esquerdo (DLE), ventral (DV) ou prono, e dorsal (DD) ou supino. A duração total de cada posição de drenagem depende da tolerância do neonato. No RN está contraindicada a posição de Trendelenburg (pelve mais elevada do que os ombros e a cabeça), devido as variações no fluxo sanguíneo sistêmico e cerebral, predispondo a ocorrência tanto de lesões isquêmicas (leucomalácia periventricular), como hemorrágicas (peri/intraventricular), decorrente do aumento da pressão intracraniana. O DV excepcionalmente não é indicado nos pacientes com distensão abdominal grave (íleo infeccioso, enterocolite necrosante), no pós-operatório de

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 6/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 29/10/2027

cirurgias abdominais ou cardíacas e nos defeitos de fechamento da parede abdominal como a onfalocele e gastrosquise.

- Aumento do Fluxo Expiratório (AFE):** É definido como o aumento do volume expirado, em velocidade e/ou quantidade, tendo como objetivo mobilizar, deslocar e eliminar as secreções traqueobrônquicas. O AFE consiste em um movimento toracoabdominal sincronizado, no qual o fisioterapeuta deve posicionar uma das mãos no tórax e a outra no abdome da criança. A mão que fica no abdome não se mexe, apenas trabalha para impedir a dissipação da pressão para o compartimento abdominal. A mão com apoio no tórax faz movimentos de cima para baixo, realizando uma leve compressão no início da expiração. Pode ser realizado de maneira lenta com o objetivo de trabalhar para mobilizar secreção de vias aéreas mais distais para proximais. No RN deve-se utilizar apenas a técnica de forma lenta, já em lactentes, é possível utilizar a técnica lenta e rápida. O posicionamento mais adequado para realizar essa manobra é em DD elevado, para evitar refluxo gastroesofágico.
- Aumento do Fluxo Expiratório (AFE) com a técnica ponte:** O fisioterapeuta coloca uma mão sobre o tórax da criança (entre a fúrcula esternal e a linha intermamária) e a outra faz o apoio costal, apoiando os dedos polegar e indicador e médio nas últimas costelas como ponte. A mão com apoio esternal faz movimentos de cima para baixo (crânio-caudal), com leve compressão no início da expiração. A mão localizada na região abdominal do RN serve de apoio apenas. Nos bebês, a mão abdominal funciona como uma cinta no abdômen, mas não se movimenta. Pode ser realizado de maneira lenta com o objetivo de trabalhar com baixos fluxos e volumes pulmonares para eliminação das secreções proximais.
- Desobstrução Rinofaríngea Retrógrada (DRR):** Manobra inspiratória forçada indicada para a remoção de secreções nasais. Para aplicação da técnica na forma passiva, a criança deve estar posicionada em DD, elevado a aproximadamente 30°. O fisioterapeuta com uma das mãos, eleva a mandíbula do RN, fazendo uma leve extensão da cervical, apoiando o dedo indicador e médio na base da língua ao final do tempo expiratório, obrigando a criança a inspirar profundamente pelo nariz. Essa técnica poderá ser associada também com a instilação de soro fisiológico a 0,9% na fase inspiratória, sendo denominada DRR (+). É indicada para infecções aéreas extratorácicas e congestão nasal e contraindicadas na ausência de tosse reflexa/eficaz ou estridor laríngeo.
- Expiração Lenta e Prolongada (ELPr):** É uma técnica aplicada em lactentes com obstrução das vias aéreas e acúmulo de secreção. Consiste na expiração lenta prolongada com a glote aberta, visando carrear secreções de vias brônquicas de médio calibre. A manobra é passiva e realizada em DD, uma mão do fisioterapeuta fica na região abdominal e outra mão na região torácica, faz-se uma pressão simétrica tóraco-abdominal lenta no final de uma expiração espontânea até o volume residual

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 7/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 29/10/2027

(VR), promovendo, assim uma melhor desinsuflação pulmonar e redução do desconforto respiratório.

- **Drenagem Autógena Assistida (DAA):** É uma adaptação da técnica de drenagem autógena para lactentes ou crianças pequenas, incapazes de cooperar ou de realizar a técnica ativamente. A DAA consiste na remoção de secreções brônquicas por meio de respirações a diferentes volumes pulmonares de forma segura. Para a realização da técnica o RN é colocado em DD e o fisioterapeuta com a mão envolvendo o tórax da criança, com os polegares posicionados a frente, aplica uma pressão de forma suave, aumentando gradualmente a velocidade do fluxo expiratório que deve acompanhar a mecânica respiratória do neonato. Assim, irá prolongar a expiração até o VR, fazendo com que haja deslocamento e mobilização de secreções das vias aéreas periféricas para as vias aéreas centrais, para serem eliminadas. O uso de uma faixa abdominal pode ser necessário para estabilização do abdômen.
- **Drenagem Autógena Assistida modificada (DAA modificada):** é indicada para RNPT, pois essa técnica demanda modificações baseadas nas limitações impostas pelas características fisiológicas dos prematuros. A necessidade de manter os RNs nas incubadoras dificulta o posicionamento das mãos no tórax para a DAA original. Utiliza-se a fralda para a sustentação leve do abdome e o terapeuta posiciona a mão cruzando o tórax do RN entre a fúrcula esternal e a linha intermamária, realizando a técnica da mesma maneira descrita anteriormente.
- **Aspiração Traqueal:** É utilizada para manter vias aéreas pérvias, entretanto, deve ser realizada com critério e indicação e não deverá seguir uma rotina de horários preestabelecidos. Realizada quando há evidência de secreção pulmonar, como roncosp e estertores na ausculta pulmonar, presença de secreção na cânula orotraqueal (COT), queda de saturação com comprometimento do trabalho respiratório e após manobras de deslocamento de secreção. Deve ser realizada com rigor asséptico, sendo necessário duas pessoas para realizar aspiração na COT. Durante a aspiração, deve-se monitorizar continuamente a frequência cardíaca e a saturação de O₂. Caso o RN tenha histórico de dessaturação durante procedimento, para minimizar efeitos deletérios, pode-se aumentar a Fração inspiratória de Oxigênio (FiO₂) em 20% de seu valor inicial, previamente à realização da técnica. Para neonatos, recomenda-se o uso de pressões negativas entre 7 cm H₂O a 12 cm H₂O. O bebê deve estar posicionado em DD com a cervical na posição neutra. Introduzir a sonda com o vácuo fechado. Em seguida, abrir o vácuo e retirar a sonda com movimentos rotatórios suaves. A duração desta manobra deve ser mínima, não ultrapassando 16 segundos. Em caso de secreção muito espessa, instilar soro fisiológico 0,9% para possibilitar a sucção da secreção pela sonda de baixo calibre (duas gotas, com o vácuo aberto). Em seguida, aspirar cavidade nasal e cavidade oral, nessa ordem. Para maiores informações, vide protocolo de aspiração de COT da UTIN do HU-UFGD.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 8/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025	Próxima revisão: 29/10/2027
		Versão: 02	

- Aspiração de Vias Aéreas Superiores:** É o procedimento técnico utilizado para remover secreções do trato respiratório nasal e oral, quando houver acúmulo de fluidos que impedem a permeabilidade das vias aéreas superiores. Tem como objetivo, remover secreções do trato respiratório sem que haja traumatismo, melhorando a permeabilidade de vias aéreas e a oxigenação. Com o neonato posicionado em DD, o profissional deve introduzir a sonda na cavidade nasal, com a extensão (látex) de aspiração pinçada, a fim de evitar trauma, seguindo o curso natural das narinas, inclinando a sonda ligeiramente para baixo e avançando para a parte posterior da laringe, em seguida despinçar a extensão e realizar a aspiração na cavidade nasal em movimentos suaves, regulares e circulares. Não permanecer com a sonda dentro da cavidade nasal por mais de 16 segundos. Em caso de secreção espessa, instilar soro fisiológico 0,9% para fluidificá-la (duas gotas com o vácuo aberto, antes ou durante a aspiração, caso necessário). Posteriormente, realizar a aspiração da cavidade oral, introduzindo a sonda com movimentos suaves, regulares até que não seja identificado mais secreção obstruindo a cavidade.
- Aspiração Não Invasiva de Vias Aéreas Superiores (Proetz® Modificado):** a técnica é baseada no princípio da elasticidade do ar nas cavidades paranasais e na lei da compressibilidade do gás para o deslocamento das secreções. Essa técnica é realizada pelas narinas por meio de sucção que exerce pressão negativa nas cavidades nasais, associada à irrigação nasal, com SF 0,9%. Tal técnica permite uma melhora na entrada e saída de ar bilateralmente por meio da limpeza das vias aéreas, sem necessidade de introdução do equipamento (como é o caso da sonda) minimizando lesões e desconforto durante o procedimento. Na técnica convencional, utiliza-se um aspirador de secreções, SF 0,9%, e o Proetz® que é um equipamento de vidro, desenvolvido para realizar a aspiração da cavidade nasal. Entretanto, na falta de viabilidade desse equipamento em ambiente hospitalar, pode-se adaptar com o uso de uma seringa de 1 ml. Para isso, é necessário retirar o êmbolo da seringa e usar o lado de maior diâmetro em contato com a narina do neonato e o lado de menor diâmetro (ponta da seringa) é conectada ao látex do vácuo de aspiração. O modo de realização consiste em aplicar soro lentamente em uma narina e aspirar a narina oposta de maneira não invasiva. Isso permite limpeza da via aérea superior e dos seios nasais.
- Hiperinsuflação Pulmonar com Compressão Torácica (Bag Squeezing):** É utilizado em neonatos intubados, sob ventilação mecânica invasiva ou traqueostomizados. Essa manobra consiste na utilização de uma bolsa de hiperinsuflação pulmonar manual, associada com técnicas de compressão. Deve ser realizada por dois profissionais treinados (fisioterapeuta mais um auxiliar) em atuação combinada. O primeiro manipula a bolsa de hiperinsuflação pulmonar manual, fornecendo um volume maior que o volume corrente (VC) utilizado pelo paciente, se possível, para chegar próximo ao limite da capacidade pulmonar total (CPT) e o segundo sincronizará a manobra de compressão após a hiperinsuflação. Desse modo, provoca-se a aceleração do fluxo

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 9/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 29/10/2027

expiratório, o que gera um fluxo turbulento e estimula o mecanismo de mobilização de secreção e tosse, levando ao deslocamento das secreções localizadas na periferia pulmonar e carreando-as para a região de vias aéreas de maior calibre, facilitando sua saída. Essa técnica previne áreas de colapso pulmonar, como também a retenção de secreções. Deve-se evitar altas pressões e altos volumes para não ocorrer barotrauma e volutrauma, e observar se a válvula pop-off encontra-se destravada.

- **Bag Squeezing Modificado:** Essa técnica segue o mesmo conceito e procedimento do tradicional, porém ao invés de utilizar a bolsa de hiperinsuflação pulmonar manual, a insuflação é feita pela própria ciclagem do ventilador mecânico, assim mantém uma pressão positiva ao final do incremento, evitando o colapso alveolar. Essa manobra foi desenvolvida para minimizar os potenciais efeitos deletérios da técnica realizada com a bolsa de hiperinsuflação pulmonar manual, uma vez que, além do controle da pressão inspiratória, permite o controle do incremento do volume corrente administrado e também mantém uma pressão ao final da expiração que evita o colapso alveolar.
- **Técnica de Insuflação Seletiva para Tratamento de Atelectasia (TILA):** Utilizada com o objetivo de expansão pulmonar e melhora de atelectasias. Nessa técnica as áreas pulmonares saudáveis são bloqueadas manualmente durante expiração, mantendo-se esse bloqueio durante os ciclos subsequentes, enquanto a zona comprometida pela atelectasia é deixada livre e sem apoio manual torácico para assim melhorar a expansão e ventilação pulmonar nessas áreas. Essas técnicas parecem adequar-se melhor à fisiologia pulmonar do RN e sugerem menor estresse.
- **Reequilíbrio Tóraco-abdominal (RTA):** Esse método idealizado pela fisioterapeuta Mariângela Pinheiro de Lima, tem trazido efeitos benéficos com relação às alterações ocorridas na mecânica tóraco-abdominal, resumindo-se basicamente na reestruturação da mecânica respiratória, na diminuição do trabalho respiratório, na higiene brônquica, na expansão torácica e na integração entre a respiração e as atividades não respiratórias do RN, respeitando sua faixa etária. Acredita-se que as alterações mecânicas resultantes de doenças pulmonares junto com as disfunções musculares modificam a configuração do tronco, alteram a geometria do tórax e do abdome bem como dificultam o funcionamento normal do diafragma e músculos acessórios, inspiratórios e expiratórios. A técnica deste método consiste de um manuseio dinâmico sobre o tronco, em que o terapeuta deve atuar no sentido de suprir as falhas dos músculos respiratórios oferecendo pontos fixos, apoios e alongamento muscular para facilitar o funcionamento muscular normal. Em RNPT, o manuseio se caracteriza por posicionamento adequado, alongamento passivo, fortalecimento muscular, apoios manuais, como apoio tóraco-abdominal, abdominal inferior, apoios laterais no tórax ou no abdome através de artefatos, massagens e relaxamento do abdome, com alongamento dos abdominais, tração de fâscias e dissociação da cintura pélvica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 10/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 29/10/2027

- **Cinesioterapia respiratória:** Alongamento de forma lenta dos músculos respiratórios (Diafragma, Intercostais, Escalenos e musculatura acessória – Peitoral Maior e Menor, Trapézio, Serrátil Anterior, Esternocleidomastóideo e Abdominais), promovendo posicionamento corporal adequado e uma melhor mecânica respiratória nos neonatos.

OBSERVAÇÃO: O desenvolvimento contínuo da fisioterapia nas UN faz com que as técnicas e os recursos sejam aprimorados de forma específica para essa população-alvo, contribuindo para reduzir as taxas de morbimortalidade neonatal, o tempo de hospitalização e os custos hospitalares.

7. FLUXOGRAMA

Não se aplica

8. MONITORAMENTO

O fisioterapeuta que aplicará a técnica e toda equipe de saúde responsável pelo cuidado do paciente, devem estar atentos aos sinais que o RN e/ou lactente apresentará durante e após a fisioterapia respiratória.

A observação e o acompanhamento da evolução clínica do paciente serão baseados na presença do choro, agitação e desconforto respiratório do RN. Caso a técnica executada não cumprir com seus objetivos, esta deverá ser encerrada imediatamente e notificada as intercorrências de forma detalhada na evolução dos profissionais, especialmente do fisioterapeuta responsável pelo atendimento, assim como comunicado a toda a equipe multiprofissional.

9. REFERÊNCIAS

AVERY GB, FLETCHER MA, MACDONALD MG. **Neonatologia: Fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

BLOOMFIELD FH, TEELE RL, VOSS M, KNIGHT DB, HARDING JE. The role of neonatal chest physiotherapy in preventing post extubation atelectasis. **J Pediatr**, 1998.

CÍNTIA J. Et al. I Recomendação brasileira de fisioterapia respiratória em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Rev. bras. ter. intensiva** vol.24 no.2. São Paulo, 2012.

CARLA M. N.; MÁRIO C. F. Influência da fisioterapia respiratória sobre a função cardiopulmonar em recém-nascidos de muito baixo peso **Rev. paul. pediatr.** vol.28 no.2 São Paulo June 2010.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 11/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025	Próxima revisão: 29/10/2027
		Versão: 02	

FIGUEIREDO I. **Pulmão neonatal**. Pediatría Atual,1992.

FILGUEIRA YA, HOLANDA VN, FONSECA FLA, FEDER D. Effects of nasal aspiration by the Proetz® method in pediatric patients with sinusitis. **Rev Assoc Med Bras**. vol 66, n. 11, Nov 2020.

HERRY, S., Technique insufflatoire de levée d'atélectasie en réanimation néonatale. **Kinésithér. Scientifique**. (Paris), 2008.

IMLE, P.C. Percussão e vibração. In: MacKenzie CF, Ciesla N. **Fisioterapia respiratória em unidade de terapia intensiva**. São Paulo: Panamericana, 1988.

JULIANI R.C.T.P. Et al. **Fisioterapia nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal**. Programa Nacional de educação continuada em Pediatría- PRONAP-SBP 2003/2004.

LEWIS JA, LACEY JL, HERDERSON-SMART DJ. A review of chest physiotherapy in neonatal intensive care units in Australia. **J Pediatr Child Health** 1992.

MARGOTTO, P.R. **Assistência ao recém-nascido de risco**. Brasília, 3 ed, 2013.

MARTINS, RA. Et al. Fisioterapia respiratória no neonato estável em UTIN: comparação entre técnicas / Respiratory therapy on stable newborn in NICU: comparison between techniques **Pediatr. mod**; 49(12)dez. 2013.

MAYER AF, CARDOSO F, VELLOSO M, RAMOS R. **Fisioterapia respiratória**. In: Tarantino AB. Doenças pulmonares. 5a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gerência de Saúde Funcional. **Conduta Fisioterapêutica nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, Neonatal e de Cuidados Intermediários Neonatal da SES-DF**. Portaria SES-DF, 2016.

MUNIZ, M. R; MEJIA, D. P. M. **Técnicas respiratórias em recém-nascidos acometidos pela doença da membrana hialina e displasia broncopulmonar em unidade de terapia intensiva neonatal, Pós-graduação em fisioterapia em pediatria e neonatologia** – Faculdade Sul-Americana/FASAM.

NICOLAU CM, LAHÓZ AL. **Fisioterapia respiratória em terapia intensiva pediátrica e neonatal: uma revisão baseada em evidências**. Pediatría. 2007.

OLIVEIRA, M. C. Et al. **Comparação entre o método Reequilíbrio Toracoabdominal e a fisioterapia respiratória convencional em recém-nascidos com taquipneia transitória: um ensaio clínico randomizado**, Fisioterapia Brasil 2017.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 12/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 29/10/2027

SAPATA, R. A.; MENDES, R. O.; GUAGLIOTTI, T. B. **Atuação da fisioterapia em recém-nascido pré-termo com displasia broncopulmonar.** Guarulhos: Faculdades Integradas de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos, 2003.

SARMENTO, G.J.V.; PEIXE, A.A.F.; CARVALHO, F.A. **Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia.** 2 ed. Barueri: Manole, 2011.

SARMENTO, G.J.V. **Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas.** São Paulo: Manole, 2005.

ULTRA, R. B. **Fisioterapia Intensiva.** 2ª edição. Rio de Janeiro. Editora: Guanabara; 2009.

10. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	09/2022	Revisado e ajustado para o novo modelo de protocolo.
02	10/2025	Atualizado e ajustado para o novo modelo de protocolo.

Elaboração Gisele Cinthia Arsamendia Dias - Fisioterapeuta da UCI Neonatal Geiseane Aguiar Gonçalves Sobral - Fisioterapeuta da UTI Neonatal Laederson de Souza Machado - Fisioterapeuta Coordenador e RT da Fisioterapia UTIN	Data: 09/2022.
Revisão Maria Antonia Baltazar Medeiros – Fisioterapeuta da UTI Neonatal Maria Monique Garcia Vale - Fisioterapeuta da UTI Neonatal	Data: 06/10/2025.
Validação Fuad Fayez Mahmoud - STGQ	Data: 28/10/2025
Aprovação Raquel Bressan de Souza – Chefe da UMULTI Tiago Amador Correa – Gerente de Atenção à Saúde	Data: 24/10/2025 Data: 29/10/2025

Assinado eletronicamente no processo SEI – 23529.013142/2022-05

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 13/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 29/10/2027

ANEXO 1- Ficha de avaliação da fisioterapia na UCINCo e UTIN

Leito: _____ Data da admissão: __/__/__ Data da avaliação: __/__/__

Nome da mãe: _____

Idade materna: _____ anos. Nº de gestações: __ Aborto: __ Filhos vivos: __

Doença prévia: _____

Contexto infeccioso: () sim () não. Pré-natal: () sim, quantas consultas: _____ () não

Nome do RN: _____ Data de nascimento: __/__/__

IGE: _____ Capurro: _____ Sexo: () F () M Peso: _____

Apgar: _____ Reanimação na sala de parto (VPP): () sim () não.

Parto: _____ Procedência: _____

Diagnóstico: _____

Observações: _____

EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: FC: _____ bpm; FR: _____ cpm; SpO2: _____; Tax: _____ ° C.

Perfusão periférica: _____ PAM: _____

Escore de Downes: _____ Índice de Silverman - Andersen: _____

() Corado; () Cianótico; () Moteado; () Pletórico; () Ictérico; () Fototerapia.

() Edema; Local: _____ () Fraturas: _____

() Luxações: _____ () Malformações: _____

AValiação Respiratória

Tipo de Tórax: _____; Simetria Torácica: _____;

Padrão Respiratório: _____;

Expansibilidade: _____; Deformidades: _____;

() Desc. Respiratório; () TIC; () TSC; () Retração esterno; () BAN;

() Gemido Expiratório; () Retração Diafragmática; () Enfisema Subcutâneo.

Ausculta Pulmonar: _____

Imagem Radiológica: _____

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMULTI.002 – Página 14/14	
Título do Documento	TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PARA O PACIENTE NEONATO DO HU-UFGD	Emissão: 29/10/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 29/10/2027

DADOS GASOMÉTRICOS

PH _____ PaO2 _____ PaCO2 _____ HCO3 _____ BE _____

Resultado: _____

OXIGENOTERAPIA

() AA; () O2 por funil: _____ l/min

() HOOD - FiO2: _____%; () O2 circulante: _____ l/min; () Cat. de O2: _____ l/min

SUPORTE VENTILATÓRIO

() VNIPP; Modalidade Ventilatória _____; Tinsp: _____; FR: _____; Fluxo _____;

PEEP: _____; PIP: _____; PS: _____; FIO2 _____.

() EOT; COT _____; Fixado: _____.

() Surfactado; Marca: _____; Horário: _____; _____ mg.

() VMI; Modalidade Ventilatória _____; Tinsp: _____; FR: _____; Fluxo _____;

PEEPH: _____; PEEPL: _____; PS: _____; FIO2 _____.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() Ativo; () Hipoativo; () Agitado; () Reativo; () Hiporreativo.

- Tônus muscular: () Normal () Hipotônico () Hipertônico.

Reflexos Adequados para a idade gestacional:

Reflexo de sucção: () Sim () Não.

Reflexo de preensão palmar: () Sim () Não.

Reflexo de preensão plantar: () Sim () Não.

RTCA: () Sim () Não.

Reflexo de Moro: () Sim () Não.

Reflexo de busca: () Sim () Não.

Reflexo de Galant: () Sim () Não.

Marcha reflexa: () Sim () Não.

Reflexo cutâneo-plantar: () Sim () Não.

- Informações Adicionais: _____
