



PARECER ABRAFIDEF N° 03 DE 23 DE MAIO DE 2024

1

Escopo: Trata-se de parecer técnico-científico, acerca da competência e atuação do profissional Fisioterapeuta na prescrição e uso de autólogos (Plasma Rico em Plaquetas – PRP e Fibrina Rica em Plaquetas– PRF) para fins terapêuticos não transfusionais nas áreas de atuação próprias da Fisioterapia, solicitado pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região (CREFITO-8) à Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional.

1. ASPECTOS EPISTEMOLÓGICOS, LEGAIS E NORMATIVOS

1.1 RELAÇÃO ENTRE A(S) INTERVENÇÃO(ÕES) E A IDENTIDADE PROFISSIONAL DA FISIOTERAPIA

CONSIDERANDO que a Fisioterapia é profissão com formação acadêmica de nível superior, devidamente reconhecida e regulamentada pelo Decreto-Lei n° 938/1969, Lei n° 6.316/1975, Resoluções do COFFITO, Decreto n° 9.640/1984, Lei n° 8.856/1994, com autonomia técnico-científica para construir o diagnóstico cinético-funcional, planejar a intervenção fisioterapêutica, prescrever e executar a programação fisioterapêutica, acompanhar a evolução do quadro clínico-funcional e indicar a alta fisioterapêutica do serviço;

ABRAFIDEF

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

CNPJ: 08.422.454/0001-62



CONSIDERANDO o que dispõe a Resolução-COFFITO nº 80/1987, sobre Atos Complementares à Resolução-COFFITO nº 8/1978, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta;

CONSIDERANDO o que dispõe a Resolução CNE/CES de 19/02/2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia;

CONSIDERANDO o que dispõe a Resolução-COFFITO nº 424/2013, sobre o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia;

CONSIDERANDO que o fisioterapeuta tem como objeto de atuação o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, físico-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções desde a elaboração do diagnóstico fisioterapêutico, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação clínica;

CONSIDERANDO os autólogos Plasma Rico em Plaquetas (PRP) a porção do sangue que contém os componentes plaquetários, com a adição de qualquer produto, inclusive anticoagulante ou coagulante, o qual pode ser utilizado para facilitar o processo de regeneração tecidual, tal como a proliferação, migração e diferenciação celular, angiogênese e o controle inflamatório;

CONSIDERANDO a Fibrina Rica em Plaquetas (PRF) a porção do sangue que contém os componentes plaquetários e de fibrina, sem a



adição de qualquer produto, inclusive anticoagulante ou coagulante, a qual pode ser utilizado para facilitar o processo de regeneração tecidual, tal como a proliferação, migração e diferenciação celular, angiogênese e o controle inflamatório;

3

Conclui-se que os benefícios clínicos dos autólogos para o fisioterapeuta são de fundamental importância, pois são raríssimas as contraindicações relativa ou absoluta na sua utilização, para se atingir o objetivo final da premissa profissional determinada pela lei que criou a profissão – Decreto Lei 938/1969, que deixa caro a finalidade da fisioterapia que é restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

2. QUESTÕES JURÍDICAS RELACIONADAS À APLICAÇÃO DOS NOVOS PROCEDIMENTOS POR FISIOTERAPEUTAS

A atuação fisioterapêutica na especialidade de Fisioterapia Dermatofuncional foi reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) em 02 de Maio de 2009 (RESOLUÇÃO 362/2009), com sete áreas de atuação, insculpidas no art. 5º da Resolução COFFITO 394/2011: (I) Fisioterapia Dermatofuncional no Pré e Pós-operatório de Cirurgia Plástica, (II) Fisioterapia Dermatofuncional no Pré e Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica, (III) Fisioterapia Dermatofuncional em Angiologia e Linfologia, (IV) Fisioterapia Dermatofuncional em Dermatologia, (V) Fisioterapia Dermatofuncional em Estética e Cosmetologia, (VI) Fisioterapia Dermatofuncional em Endocrinologia e (VII) Fisioterapia Dermatofuncional em

ABRAFIDEF

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

CNPJ: 08.422.454/0001-62



Queimados. Destarte, trata-se de seara dominada e praticada pelo fisioterapeuta há muito tempo, tendo o primeiro livro sido publicado em 1996 com o título “Fisioterapia em Estética”, dos autores, os professores doutores Elaine e Rinaldo Guirro, esse último sendo atual representante da área 21 na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Na década seguinte houve crescimento significativo da área, com a criação da ABRAFIDEF – Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional em 2005 e organização da especialidade (reconhecida em 2009), passando a ser disciplina obrigatória nos cursos de graduação em fisioterapia a partir de então, e com a criação de diversos cursos de especialização (pós-graduação *lato sensu*) na área. A criação do título de especialista profissional em Dermatofuncional pelo COFFITO ocorreu em 2011 (Resolução 394/2011), adquirido através de certame público, o que exigiu do profissional maior qualificação, aprofundamento dos conhecimentos, vivência clínica especializada e mais aprendizado científico.

O COFFITO, desde então, vem acompanhando de perto a trajetória das especialidades e vem orientando as Associações quanto à importância de aquisição do título de especialista. Nos acordos que se seguiram, o COFFITO deixou clara sua preocupação com o aperfeiçoamento profissional, demonstrando sua linha de prioridade com a atuação dos fisioterapeutas nas diversas especialidades, orientando quanto à qualificação e inclusive cancelando cursos de formação de procedimentos percutâneos, como a Carboxiterapia (ACÓRDÃO COFFITO nº 293 de 2012), o de toxina botulínica (ACÓRDÃO 609 de 11 de maio de 2023) e o de intradermoterapia/mesoterapia (ACÓRDÃO 636 de 07 de julho de 2023). Pôde-se observar a relevância da formação



profissional para a autarquia federal, solicitando que os ministrantes desses cursos apresentem toda programação do mesmo, atendendo aos respectivos acórdãos em termos de conteúdo programático, carga horária e qualificação dos ministrantes, inclusive com a recomendação de que os alunos destes cursos tenham título de especialista na área.

Somado a isso, outro procedimento percutâneo abarcado pela Fisioterapia Brasileira foi a ozonioterapia, através da resolução COFFITO 380 de 2010, das Práticas Integrativas e Complementares, que em seu §2º do art. 1º traz: “Considerar-se-á também autorizado ao fisioterapeuta a prática de todos os atos complementares que estiverem relacionados à saúde do ser humano e que vierem a ser regulamentados pelo Ministério da Saúde por meio de portaria específica”. O Ministério da Saúde publicou a portaria nº 702, de 21 de março de 2018, incluindo a ozonioterapia como Prática Integrativa e Complementar, por estar consonante com a resolução COFFITO 380. A ozonioterapia é uma prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, já utilizada em vários países como Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Rússia, Cuba, China, entre outros, há décadas.

Mais tarde, em 2022, o COFFITO ratificou essa prerrogativa fisioterapêutica, por meio do acórdão COFFITO nº 561, que traz *“que a Resolução nº 380/2010 autoriza a aquisição, a utilização de equipamentos, bem como a prescrição de Ozonioterapia por profissionais*



fisioterapeutas no âmbito de suas respectivas práticas profissionais” (negrito e sublinhado nossos).

Importante assinalar que o acórdão COFFITO 561 não é restritivo quanto às vias de administração do ozônio e, ainda mais que o acórdão COFFITO nº 539 de 2023 foi lapidar ao insculpir que, “**em relação aos procedimentos regulados e aprovados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o profissional fisioterapeuta possui autonomia para indicação e escolha da via de administração**” (negrito e sublinhado nossos). Dentre as modalidades de ozonioterapia, a literatura traz a auto-hemoterapia, que preconiza que o sangue do próprio paciente será coletado, em seguida misturado a uma composição gasosa de ozônio e oxigênio, agitado e finalmente devolvido por via intravenosa, subcutânea ou intramuscular ao paciente (MOREIRA 2015; SILVA 2020). A própria ABRAFIDEF, em parecer conjunto com a Associação Brasileira de Fisioterapia Integrativa e Práticas Integrativas e Complementares (ABRASFIPICS), manifestou-se ostensivamente a respeito da temática, invariavelmente orientando que “o fisioterapeuta deve sempre estar capacitado, utilizar os princípios da biossegurança, e aplicar o recurso terapêutico em ambiente próprio que garanta o máximo de higiene e segurança estabelecidos em normas da ANVISA ou outras em vigor”.

Para as técnicas dos autólogos PRP e PRF aplicados à Fisioterapia, muito embora o COFFITO não tenha publicado regulamentação específica a esses procedimentos, os acórdãos supramencionados proveem suficiente arcabouço normativo, os quais, em conjunto, legitimam a prescrição e



utilização de autólogos por Fisioterapeutas., inclusive com uso de agitadores e centrífugas.

7

Ora, a rigor, a ozonização e agitação de tecidos hemáticos, para sua posterior aplicação em pacientes é técnica significativamente mais complexa que a simples PRP ou PRF centrifugadas, envolvendo inclusive a necessidade de solicitação e interpretação e exames subsidiários, como perfil da enzima Glicose 6 fosfato desidrogenase (G6PD), cuja deficiência impõe risco de hemólise após o procedimento. Destarte, é probo concluir-se que os autólogos já estão inclusos no espectro do acórdão COFFITO 561 e demais já citados, pois a auto-hemoterapia ozonizada é o todo que assimila a parte. Em outras palavras, o conceito em latim do direito, *in eo quod plus est semper inest et minus*, ou seja, **quem pode o mais, pode o menos**, é nessa situação perfeitamente aplicável.

Clinicamente, nos deparamos com profissionais peritos e imperitos, prudentes e imprudentes, ciosos e omissos, comprometidos e negligentes, isso em quaisquer campos de conhecimento aplicados à saúde humana, não sendo diferente na fisioterapia. Nesse diapasão, a presença de um Conselho forte atuante, no controle da qualificação profissional, exigência de especialização para execução de técnicas específicas de cada especialidade e na supervisão dos programas de ensino dos cursos ofertados nestas áreas, demonstram a preocupação com o serviço ofertado à população, de forma ética e segura.

Preservando a autonomia profissional, sob o ponto de vista jurisdicional, a prática fisioterapêutica clínica de primeiro contato exclusivamente

ABRAFIDEF

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

CNPJ: 08.422.454/0001-62



exercida por fisioterapeutas em todos os seus aspectos de diagnose nosológica fisioterapêutica, indicação de tratamento independente, livre de condutas a observar de outros profissionais e alta fisioterapêutica, encontra-se pacificada na ação civil pública 1073317-96.2021.4.01.3400, com sentença de 11 de maio de 2022 e, mais recentemente ainda, na decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) em relação ao Recurso Especial nº 1.592.450/RS, com sentença em sede de embargos de declaração proferida aos 22 de novembro de 2022, ambas consolidando tais prerrogativas históricas

Ressalte-se que, para o caso dos PRP e PRF a Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional já emitiu o [parecer ABRAFIDEF nº 03/2022](#), que embasa o uso dessas e demais técnicas injetáveis no âmbito fisioterapêutico, reconhecendo-as como próprias da fisioterapia, em suas mais diversas aplicabilidades.

A Lei do Ato Médico, dispõe sobre o exercício da medicina e de acordo com a norma, somente os médicos podem executar procedimentos invasivos. Para uma melhor compreensão do conceito de INVASIVO, faz-se necessária sua interpretação e neste contexto vale uma consulta à Lei n 12.842, de 10 de julho de 2013 (lei do Ato Médico), e o que está expresso em seu artigo 4, inciso III, vejamos a transcrição do dispositivo:

Art. 4 São atividades do médico:

III indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias.

ABRAFIDEF

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

CNPJ: 08.422.454/0001-62



Importante registrar que a Lei do Ato Médico, princípio base das fundamentações judiciais por parte dos Conselhos Regionais de Medicina, teve objetos vetados, justamente para não coibir a assistência à saúde em todos os seus níveis de atenção, por práticas já estabelecidas inclusive no Sistema Único de Saúde, por outros profissionais.

Porém, o conceito legal de procedimento invasivo, encontra-se previsto no inciso III do §4º do mesmo artigo.

Vejamos:

§4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:

I - (vetado)

II - (vetado)

III - invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.

Percebe-se que na redação original do §4º havia outros dois incisos (I e II). Os referidos incisos ampliavam o conceito de procedimento invasivo para incluir a invasão de epiderme/derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos (I), bem como a invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos.



Tais incisos foram vetados pelo poder executivo, pois foram apresentadas razões que justificaram que procedimentos invasivos não podem ser meramente caracterizados de maneira ampla e imprecisa, atribuindo privativamente ao profissional médico tão extenso rol de procedimentos, visto que alguns já estão consagrados no Sistema Único de Saúde (SUS) e tal Lei restringiria possibilidades de atenção à saúde, contrariando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS.

Definidas por lei, as técnicas invasivas são aquelas que ao invadir os orifícios naturais do corpo, atingem os órgãos internos. Portanto fica claro que a aplicação do PRP/PRF não se enquadra no conceito de invasivo, uma vez que não preconizam a invasão de orifícios e não atingem órgãos internos.

A Resolução COFFITO nº 424, de 08 de julho de 2013, que estabeleceu o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, em seu artigo 9º diz que “Constituem-se deveres fundamentais do fisioterapeuta, segundo sua área e atribuição específica: III – utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e prevenir condições que impliquem em perda da qualidade da vida do ser humano.”

A Associação Brasileira de Fisioterapia Dermatofuncional, publicou um [esclarecimento aos 09 de janeiro de 2023, sobre o uso dos injetáveis como adjuvante à prática fisioterapêutica](#), no qual conclui que “há arcabouço normativo, histórico, consuetudinário e do direito internacional comparado suficientes para que a ABRAFIDEF reconheça, como neste documento



assertivamente o faz, a legalidade do uso de injetáveis por fisioterapeutas, em especial da especialidade Dermatofuncional, como recurso fisioterapêutico adjuvante à funcionalidade e de maneira a salvaguardar a prática clínica de primeiro contato”.

11

Na [Resolução CNRMS N° 5, de 23 de Dezembro de 2022](#), a Comissão Nacional de Residência Uni e Multiprofissional em Saúde do Ministério da Educação (CNRMS-MEC), nas competências por ano de treinamento no terceiro ano de treinamento em serviço em seu término, o residente R3 deverá ser capaz de: instituir, no âmbito da Fisioterapia Dermatofuncional, o que a literatura internacional denomina Prática Fisioterapêutica Avançada (PFA) ou Fisioterapia de Escopo Estendido (FEE), quer sejam: prescrição de fármacos, realização, solicitação e interpretação de exames complementares, uso de substâncias injetáveis de fases gasosa e líquida como adjuvantes à função, Desbridamento Conservador Afiado de Úlceras (DCAU), aspiração de seromas, hematomas e sero-hematomas com dispositivos de pressão negativa, curativos biológicos e não biológicos avançados, atendimento fisioterapêutico em situações intraoperatórias.

Recentemente o COFFITO publicou o Acórdão 609 de 11 de maio de 2023 que reconhece a habilitação dos profissionais fisioterapeutas na utilização da toxina botulínica, o Acórdão 635 de 07 de julho de 2023 que habilita os profissionais fisioterapeutas para utilização da hidrolipoclasia ultrassônica e o Acórdão 636 de 07 de julho de 2023 que habilita os profissionais fisioterapeutas para utilização da Intradermoterapia/Mesoterapia. Em todos estes acórdãos o



COFFITO deixa claro, a necessidade de se seguir critérios na formação e capacitação dos profissionais aptos. Neles, fica explícita a preocupação com a qualificação do ensino, a qualificação dos docentes e dos profissionais que estão buscando esta capacitação, bem como preocupações relacionadas à biossegurança e sobremaneira à técnica de aplicação e base anatomofisiológica, demonstração de preocupação e respeito com a população que será atendida pelo profissional fisioterapeuta.

Quanto à prerrogativa do fisioterapeuta em, além de aplicar, prescrever fármacos adjuvantes à sua prática clínica funcional, a mesma encontra-se amplamente amparada pelos textos do acórdão COFFITO nº 611 de 2017 (com escopo bem explicado pelo [Ofício ABRAFIDEF nº 44 de 2023](#)) e acórdão COFFITO nº 639 de 2023, este último amparando, além da indicação, também a escolha da via de administração do fármaco. A competência e habilidade geral do manejo de medicamentos por fisioterapeutas encontra-se definida até mesmo em suas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) Senão, vejamos, da Resolução CNE/CES nº 04 de 2002:

“Art. 4º A formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

*II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na **capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade**, da força de trabalho, **de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas**. Para este fim, os mesmos devem*



possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas”. (sublinhado e negrito nossos).

13

Tais DCNs vêm sendo rigorosamente seguidas por todos os cursos de graduação de Fisioterapia em território nacional.

Como exemplo dentre inúmeros outros em território nacional, espalhados por todas as Unidades da Federação, traz-se a ementa do estágio de Fisioterapia Dermatofuncional da Universidade Federal de Uberlândia, com conteúdo ministrado e aprovado por seu Núcleo Docente Estruturante (NDE) e conduzidos desde a fundação do curso em 2009:

Atendimento fisioterapêutico dermatofuncional a pacientes reais em todas as áreas previstas em legislação COFFITO, dentre as quais (1) pré e pós-operatório de cirurgia plástica, (2) pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, (3) angiologia e linfologia, (4) dermatologia, (5) estética e cosmetologia, (6) endocrinologia e (7) queimados. Estabelecimento do Diagnóstico Fisioterapêutico de acordo com a CIF. Aplicação de condutas cinesioterapêuticas, mecanoterapêuticas, de Debridamento Conservador Afiado de Úlceras (DCAU), **farmacológicas**, terapia fotodinâmica, curativos biológicos, não biológicos e com uso de pressão negativa. Realização, dentre outros, de **procedimentos injetáveis de fase líquida e gasosa adjuvantes na Prática Fisioterapêutica Avançada (PFA) e Fisioterapia de Escopo Estendido (FEE)**, conforme literatura atual e/ou legislação COFFITO. Emprego de recursos eletro-termossomidoionto-fototerapêuticos e das práticas integrativas e complementares. Exigência da estrita observância aos princípios da Ética Normativa Aplicada. Plano de tratamento



embasado por semiologia, propedêutica e avaliação em Fisioterapia Dermatofuncional. Prática clínica fisioterapêutica dermatofuncional de primeiro contato. Solicitação de exames complementares, subsidiários ao atendimento fisioterapêutico dermatofuncional. Prescrições e elaboração de laudos, pareceres e atestados em Fisioterapia Dermatofuncional, no contexto do atendimento a paciente reais. (sublinhado e negrito nossos)

14

O tema da aplicação da PRP/PRF é tão cientificamente respaldado e frequente na rotina do profissional fisioterapeuta, que esteve presente no 6º Congresso Brasileiro de Fisioterapia Dermatofuncional, ocorrido em novembro de 2023 em Curitiba/PR, contando com um dos mais proeminentes cientistas da Fisioterapia, o [Prof. Dr. Nivaldo Antônio Parizotto](#), que proferiu a palestra intitulada “[Uso do PRP no Reparo Tecidual](#)”.

Sobre eventual atuação inadequada de órgãos de vigilância sanitária, em ação persecutória ilegal contra clínicas de fisioterapeutas que atuam com PRP e PRF, prescrevem fármacos e contra farmácias que aviam receituários emitidos legalmente por fisioterapeutas, em estrito cumprimento ao disposto no [art. 21 da Resolução CFF 357 de 2001](#), no [art. 35 do Decreto nº 793, de 5 de Abril de 1993](#) e também no [item 5.10.2 do anexo único da RDC-ANVISA nº 67, de 8 de outubro 2007](#), tal suposta ação ocorre de maneira a usurpar prerrogativas de função pública de fiscalização das autarquias estaduais no âmbito do sistema COFFITO/CREFITOs. A ocorrer tal situação, configurar-se-á [crime previsto no art. 328 do código penal](#) (pena de detenção até 5 anos e multa), colidindo inclusive com a orientação recentemente exarada pela vigilância nacional. Senão, vejamos:

ABRAFIDEF

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

CNPJ: 08.422.454/0001-62



De acordo com [documento elaborado pela própria ANVISA](#) em 02 de outubro de 2020 (pp. 8 e 9), fruto da Consulta Pública nº 912, de 27 de agosto de 2020, a Procuradoria Federal (junto à Anvisa) elaborou, em dezembro de 2012, parecer consultivo sobre a competência da Agência para regulamentar assuntos relacionados a profissionais de saúde. O Parecer Consultivo nº 97/2007 – PROCR/Anvisa, e a Nota Consultiva nº 68/2012/PF-Anvisa/PGF/AGU afirmam que: “A fiscalização sanitária não se confunde com a fiscalização do exercício profissional, uma vez que há nítida separação entre esses dois tipos de fiscalização, as quais apresentam objeto próprio e estão circunscritas à esfera de competências de órgãos distintos. A fiscalização do exercício profissional é exercida por órgãos específicos, criados por lei, mediante delegação do poder público, conforme se deflui do disposto no Art. 58 da Lei nº 9649/98. **A Anvisa não detém competência para resolver questão relacionada ao exercício da profissão, matéria esta adstrita à competência de outra entidade (conselho ou ordem). O que cabe à vigilância sanitária é a constatação da existência de profissional legalmente habilitado no estabelecimento, e não a definição de qual profissional seria o habilitado para assumir tal responsabilidade.**” Além disso, o Decreto nº 77.052/76 estabelece que: “Art. 2º Para cumprimento do disposto neste Decreto as autoridades sanitárias mencionadas no artigo anterior, no desempenho da ação fiscalizadora, observarão os seguintes requisitos e condições: I - Capacidade legal do agente, através do exame dos documentos de habilitação inerentes ao seu âmbito profissional ou ocupacional,(...) **Art. 4º Para o cabal desempenho da ação fiscalizadora estabelecida por este Decreto as autoridades sanitárias**



competentes deverão abster-se de outras exigências que impliquem na repetição, ainda que para efeito de controle, de procedimentos não especificados neste Regulamento ou que se constituam em atribuições privativas de outros órgãos públicos.” Portanto, a autoridade sanitária deve abster-se de regular o exercício profissional de categorias que possuem Conselho de Classe, não incorrendo em procedimentos que impliquem em repetição à atuação desses órgãos.

Torna-se imperioso de se destacar, portanto e *ad argumentandum tantum*, que o texto do item 2 da [Nota Técnica n.º 064/2015 GSTCO/GGPBS/SUMED/ANVISA](#), além de ser absolutamente infralegal em relação ao que dispõe o art. 58 da Lei 9649/1998, encontra-se precluso pela existência de regulamentação e arcabouço técnico-científico suficientes que amparam o uso de PRP e PRF por fisioterapeutas.

Por outro lado, eventual abdicação do papel de fiscalização do exercício profissional do fisioterapeuta em favor de órgãos sanitários, em sendo prerrogativa privativa dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITOs), configuraria omissão de seu *munus* público, redundando em improbidade administrativa, prevista na [Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992](#), cujas penalidades ao agente vão desde a proibição em contratar com o Poder Público, até suspensão de direitos políticos e multas.

Os CREFITOs têm sido conscientes da legitimidade da prerrogativa fisioterapêutica no uso e prescrição da PRP e PRF. A título de exemplo corriqueiro, o egrégio CREFITO da 8ª Região (Paraná) promoveu, aos



15 de outubro de 2022, o evento intitulado “[I Simpósio Paranaense de Fisioterapia Dermatofuncional em Cirurgias Plásticas Estéticas e Reparadoras](#)” e uma de suas conferencistas, a Dr^a. Glória Marquetti, proferiu brilhantemente a palestra “TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES COM OZONIOTERAPIA E PLASMA RICO EM PLAQUETAS (PRP)”, das 16h45min às 17h15min, no interior da requintada [sede da autarquia, em Curitiba/PR](#). Na oportunidade, foram apresentados casos clínicos memoráveis de reversão completa de complicações pós-operatórias de cirurgias plásticas, deiscências, epiteliólises, necroses e demais morbidades e condições de saúde, as quais, sem a devida e legítima intervenção fisioterapêutica com a PRP, desdobrar-se-iam em danos tegumentares e sofrimento excruciante aos pacientes atendidos pela profissional paranaense.

A medicina possui a [Resolução CFM nº 2.128 de 2015](#), a qual considera o PRP como procedimento experimental, só podendo ser utilizado em experimentação clínica dentro dos protocolos do sistema CEP/CONEP até o momento. A despeito disso, é farta a oferta de tratamentos de PRP em diversas especialidades da medicina e não somente em serviços de hemoterapia, desabridamente divulgada em [busca rápida na internet](#). A julgar pela atuação desacanhada dos médicos que estão a atender pacientes com PRP em suas práticas clínicas rotineiras, e não somente em âmbito de pesquisa experimental, pelo princípio *erga omnes*, faz-se mister arguir se toda a sanha persecutória infralegal e fiscalizatória ilegal do exercício profissional, enunciada na [Nota Técnica n.º 064/2015 GSTCO/GGPBS/SUMED/ANVISA](#), tem sido direcionada de forma



isonômica também aos médicos, tão profissionais de primeiro contato quanto são os fisioterapeutas.

18

3. QUESTÕES DE FISCALIZAÇÕES RELACIONADAS À APLICAÇÃO DOS NOVOS PROCEDIMENTOS POR FISIOTERAPEUTAS

Com relação aos insumos, equipamentos ou aparelhos utilizados pelo fisioterapeuta, é de sua responsabilidade o manuseio, único e exclusivo, de produtos registrados e autorizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), bem como manutenção dos mesmos, obtendo as informações relevantes dos equipamentos, disponíveis no site: <http://www.gov.br/anvisa/pt-br>, no campo: Registros e Autorizações;

É obrigatório ao fisioterapeuta, manter documentos comprobatórios dos registros e autorizações, emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dos equipamentos ou aparelhos utilizados no local de atendimento para fins de fiscalização;

Quanto a responsabilidade e informações ao Cliente/Paciente/Usuário /Responsável legal, compete ao fisioterapeuta:

I - Informar sobre a técnica e seu grau de risco, indicações, contraindicações e condições clínicas que os procedimentos são propostos;

II - Oferecer todas as informações pertinentes ao atendimento, colher a assinatura do Cliente/Paciente/Usuário/Responsável legal

ABRAFIDEF

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

CNPJ: 08.422.454/0001-62



do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e manter registro em prontuário de todas as etapas do tratamento;

19

III - Definir os critérios de assistência, que devem ser realizados de forma individual, nunca se ausentando do local enquanto perdurar o atendimento;

IV - Descrever protocolo de segurança na prescrição, uso e administração do procedimento realizado pelo fisioterapeuta;

V - Detalhar vias de administração e parametrização em prontuário, de cada procedimento, com os devidos contextos clínico-fisioterapêuticos para cada etapa do tratamento;

VI - Garantir a adequada assistência ao Cliente/Paciente/Usuário em caso de indubitável urgência e emergência.

Os fisioterapeutas deverão seguir as seguintes diretrizes, quanto aos processos realizados no ambiente, gerenciamento de resíduos, equipamentos necessários, formação acadêmica, entre outros:

I – Manter pasta atualizada, de cada profissional fisioterapeuta, que atua com o procedimento, em local de fácil acesso, para fins de fiscalização;

II – O local de trabalho deverá possuir um livro de registro de insumos, destinado às anotações, em ordem cronológica, de estoques, de



entradas, por aquisição, de saídas por uso e/ou perdas de insumos, para fins de fiscalização;

20

III – Utilizar, exclusivamente, equipamentos e/ou insumos com cadastro ou registro pela ANVISA e manter em seu poder tais documentos comprobatórios para fins de fiscalização do CREFTTO;

IV – Garantir o armazenamento e controle adequado de insumos utilizados, de acordo com as orientações dos fabricantes e normas sanitárias, como temperatura, iluminação, umidade e validade dos mesmos;

V – Seguir os requisitos das Boas Práticas de Fundamento para os Serviços de Saúde, de acordo com a RDC ANVISA nº 63 de 25 de novembro de 2011;

VI – Seguir os requisitos das Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, de acordo com RDC ANVISA nº 222 de 28 de março de 2018;

VII – Aplicar a técnica em ambiente próprio que garanta o máximo de higiene e segurança estabelecidos em normas da ANVISA ou outras em vigor.



4. QUESTÕES ÉTICAS RELACIONADAS À APLICAÇÃO DE PRP E PRF POR FISIOTERAPEUTAS

21

Os autólogos (PRP e PRF) complementam os recursos fisioterapêuticos utilizados para melhores resultados estéticos e funcionais para se atingir o objetivo final da lei que criou a profissão – Decreto Lei 938/1969, que deixa claro a finalidade da profissão: restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

Assim também a Resolução COFFITO nº 362/2009, reconhece a especialidade profissional de Fisioterapia Dermatofuncional e a Resolução COFFITO nº 394/2011, disciplina essa especialidade, cita as sete áreas de atuação, sendo de seu escopo prevenir, promover e realizar a recuperação do sistema tegumentar no que se refere as queimaduras, cicatrizes aderentes, cicatrizes hipertróficas, cicatrizes queiloideanas, cicatrizes deiscências, úlceras cutâneas, envelhecimento, fotoenvelhecimento, rugas, flacidez, entre outras, para fins de funcionalidade e/ou estética.

A Resolução COFFITO nº. 404/2011 que disciplina a especialidade profissional de Fisioterapia Traumato-ortopédica cita que para o exercício dessa especialidade é necessário o domínio das seguintes grandes áreas de competência: prescrever, analisar, aplicar, métodos, técnicas e recursos para restaurar as funções articular, óssea, muscular, tendinosa, sensório, sensitiva e motoras dos clientes/pacientes/usuários; para promoção de analgesia e a inibição de quadros algícos.



A Resolução COFFITO n°. 395/2011 que disciplina a especialidade profissional de Fisioterapia Esportiva cita que para o exercício dessa especialidade é necessário o domínio das seguintes grandes áreas de competência: avaliar e restaurar funções musculoesqueléticas, cinético-funcionais, sensório-perceptíveis, neuro-sensório-cognitivo-motoras e de dor.

A Resolução COFFITO n° 424/2013, estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, em seu Artigo 9º a respeito dos deveres fundamentais do fisioterapeuta, segundo sua área e atribuição específica, deixa claro que o profissional deve utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los continuamente e permanentemente, para promover a saúde e prevenir condições que impliquem em perda da qualidade da vida do ser humano.

A Resolução COFFITO n° 532/2021, autoriza a divulgação de imagens, textos e áudios relativos a procedimentos fisioterapêuticos e altera o Código de Ética da Fisioterapia, em seu artigo 3º proíbe o uso de expressões escritas ou faladas que possam caracterizar o sensacionalismo, a concorrência desleal, a promessa de resultado infalível ou restrições previstas no código de ética profissional.



5. QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

23

CONSIDERANDO que o fisioterapeuta é profissional liberal de saúde, de formação acadêmica de nível superior, de primeiro contato e capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, devidamente reconhecido e regulamentado pelo Decreto-Lei nº 938/1969, pela Lei Federal nº 6.316/1975, pelo Decreto nº 90.640/1984, pela Lei Federal nº 8.856/1994, pelas Resoluções do COFFITO nº 8/1978 e nº 80/1987, com autonomia técnico-científica para construir o diagnóstico fisioterapêutico, planejar a intervenção fisioterapêutica, prescrever e executar a programação fisioterapêutica, acompanhar a evolução do quadro clínico-funcional e determinar a alta fisioterapêutica;

CONSIDERANDO o que dispõe a Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia e define como um dos conteúdos essenciais, os conhecimentos biotecnológicos que favorecem o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes à pesquisa e à prática clínica fisioterapêutica;

CONSIDERANDO os conteúdos previstos nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, além dos conteúdos biotecnológicos que contemplam a formação nas áreas de:

ABRAFIDEF

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

CNPJ: 08.422.454/0001-62



- Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos;

- Conhecimentos Fisioterapêuticos - compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, a ética e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção. Conhecimentos da função e disfunção do movimento humano, estudo da cinesiologia, da cinesiopatologia e da cinesioterapia, inseridas numa abordagem sistêmica. Os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticos que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção. Conhecimentos da intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos em todas as etapas do desenvolvimento humano.

Atualmente existem estruturas curriculares de graduação em Fisioterapia, como é o caso do curso na Universidade Federal de Uberlândia, que têm em suas ementas a denominada Prática Fisioterapêutica Avançada (PFA) e Fisioterapia de Escopo Estendido (FEE), as quais estão consonantes com *guidelines* internacionais, tal como o [*“Therapeutic injection-therapy in physiotherapy practice”*](#) da [*Chartered Society of Physiotherapy*](#), organização que é berço da profissão no mundo, sendo que o último foi publicado em julho de 2023 e já está em sua 7ª edição.



Em sua página 2, o supramencionado *guideline* da *Chartered Society of Physiotherapy*, traz que procedimento puncionável, como a aspiração de espaços articulares, faz parte das terapias injetáveis sob domínio dos fisioterapeutas;

CONSIDERANDO que os cursos de pós-graduação em nível de especialização em Fisioterapia Dermatofuncional, Fisioterapia Traumatológica e Fisioterapia do Esporte possuem carga horária mínima de 360 horas, com conteúdos que abordam competências e as áreas de atuação de cada especialidade previstas em suas respectivas resoluções, e também competências para o exercício dessas áreas com fins de funcionalidade e/ou estética (estética e cosmetologia apenas na especialidade de Fisioterapia Dermatofuncional);

CONSIDERANDO o Acórdão do COFFITO nº 293/2012, que dispõe sobre a Normatização das técnicas e recursos próprios da Fisioterapia Dermatofuncional; onde é descrita a carboxiterapia, recurso esse que utiliza agulhas introduzidas no tecido subcutâneo, esse já é contemplado em aulas teórico-práticas nos cursos de pós-graduação de Fisioterapia Dermatofuncional;

CONSIDERANDO que a acupuntura é um recurso fisioterapêutico, com reconhecimento pelo COFFITO desde a década de 1980, e que uso do ponto ashi da acupuntura é um recurso de rotina nas áreas de Fisioterapia Traumatológica e Fisioterapia do Esporte, recurso esse que utiliza agulhas introduzidas no tecido subcutâneo e muscular, esse já é contemplado em aulas teórico-práticas nos cursos de pós-graduação dessas especialidades;



CONSIDERANDO a Resolução COFFITO nº 527/2020 que reconhece a Residência como modalidade válida para obtenção do título de especialista profissional em Fisioterapia Dermatofuncional, e que prevê em seu artigo artigo 2º que o tempo mínimo de residência em Fisioterapia Dermatofuncional deverá ser de trinta e seis meses, em tempo integral e regime de dedicação exclusiva de sessenta horas semanais, temos no ensino de pós-graduação um vasto campo de aprendizado teórico-prático e de fomento à pesquisa científica o que servirá para aprendizado, aperfeiçoamento e estudo de novos procedimentos na fisioterapia.

CONSIDERANDO a Resolução COFFITO nº 526/2020 que reconhece a Residência como modalidade válida para obtenção do título de especialista profissional em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e que prevê em seu artigo artigo 2º que o tempo mínimo de residência deverá ser entre dois a três anos, temos no ensino de pós-graduação um vasto campo de aprendizado teórico-prático e de fomento à pesquisa científica o que servirá para aprendizado, aperfeiçoamento e estudo de novos procedimentos na fisioterapia também para as áreas de Fisioterapia Traumato-ortopédica e Fisioterapia do Esporte.

CONSIDERANDO o Acórdão COFFITO nº 609/2023 que reconheceu a habilitação dos profissionais fisioterapeutas na utilização da toxina botulínica, uma medicação de alto custo utilizada em espasmos, hipertônias e na Fisioterapia Dermatofuncional em Estética e Cosmetologia;

CONSIDERANDO o Acórdão COFFITO nº 635/2023 que reconheceu a habilitação dos profissionais fisioterapeutas na utilização da



Hidrolipoclasia Ultrassônica, que envolve a injeção de solução hipotônica e/ou outras substâncias no tecido subcutâneo;

27

CONSIDERANDO o Acórdão COFFITO nº 636/2023 que reconheceu a habilitação dos profissionais fisioterapeutas na utilização da Mesoterapia e Intradermoterapia, que envolve a injeção de diversas substâncias farmacológicas diluídas, na pele ou no tecido subcutâneo;

CONSIDERANDO o Acórdão COFFITO nº 639/2023 que reconheceu a autonomia dos profissionais fisioterapeutas possui autonomia para indicação e escolha da via de administração das substâncias inerentes aos procedimentos regulados e aprovados pela autarquia federal;

CONSIDERANDO o [Ofício ABRAFIDEF nº 49 de 03 de novembro de 2023](#), que estabeleceu parâmetros mínimos de qualidade para formação de pós-graduandos em Fisioterapia Dermatofuncional;

Após as inúmeras regulamentações do COFFITO acerca de procedimentos injetáveis, diversos cursos de pós-graduação ministrados por fisioterapeutas para fisioterapeutas passaram a inserir o PRP e PRF em suas ementas, como é o caso do [Método de Aceleração Cicatricial \(MAC®\)](#), concebido pelo renomado Prof. Dr. Marcus Vinícius de Mello Pinto, primeiro fisioterapeuta a se tornar imortal pela Academia Brasileira de Ciências, Artes, História e Literatura (ABRASCI).



6. QUALIFICAÇÃO NECESSÁRIA PARA APLICAÇÃO DO PRP E PRF

28

Autólogos (PRP e PRF):

Formação profissional: Carga horária mínima de 30 (trinta horas), contemplando 50% (cinquenta por cento) de prática presencial e supervisionada.

Conteúdo Programático: Conceitos de PRP e PRF; Mecanismo de Ação; Efeitos clínicos, Indicações, Exames Laboratoriais Sanguíneos; Indicações em Fisioterapia: Sistema Musculoesquelético e Sistema Tegumentar; Avaliação Clínica; Venopunção; Centrifugação; Modos de aplicação; Contraindicações e cuidados pré e pós aplicação; Biossegurança; Eventos adversos, Intercorrências e tratamento; Prática presencial supervisionada.

7. REFERENCIAL TEÓRICO E SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS

O plasma rico em plaquetas (PRP) consiste em um concentrado autólogo de plaquetas em um pequeno volume de plasma obtido através da centrifugação do sangue. A introdução do PRP como uma nova biotecnologia com possíveis efeitos terapêuticos deu-se a partir de estudos realizados por Marx et al. (1998), cuja proposta de trabalho foi justamente introduzir estudos com PRP e explorar seu potencial de aumentar a proporção de

ABRAFIDEF

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

CNPJ: 08.422.454/0001-62



formação óssea. Posteriormente, o interesse no uso clínico do PRP como biomaterial aumentou na saúde regenerativa, visto sua capacidade de conduzir ao reparo dos mais diferentes tecidos. Entre as publicações descritas, encontram-se aplicações clínicas incluindo a cirurgia oral e maxilofacial (Marx et al. 1998, Anitua et al. 1999), periodontal (Ouyang & Qiao 2006, Sammartino et al. 2009, Yamamiya et al. 2008), cirurgia plástica estética (Cervelli et al. 2009), cirurgia ortopédica (Kon et al. 2009, Nin et al. 2009), lesões de pele (Kazakos et al. 2009, Tark et al. 2009), queimaduras (Malauskas et al. 2009), regeneração de unidades foliculares do couro cabeludo (Uebel et al. 2006), entre outras.

Os fatores de crescimento exibem propriedades mitogênicas e quimiotáticas que disparam uma série de respostas biológicas, incluindo a promoção e modulação de funções celulares envolvendo a cicatrização e regeneração de tecidos moles e duros, e na melhora da proliferação celular (Arora et al. 2009, Marx et al. 1998). A resposta celular ocorre quando a contagem de plaquetas atinge valores de quatro a cinco vezes maiores do que os níveis basais (Everts et al. 2006), cujos valores de referência para humanos variam entre 140.000/ μL a 400.000/ μL (Hoffbrand et al. 2008). Assim, a melhora no reparo de tecidos duros e tecidos moles é demonstrada quando a contagem de plaquetas alcança aproximadamente 1×10^6 / μL . Da mesma forma, não é observada melhora adicional na terapêutica desses tecidos quando a contagem de plaquetas for superior a 1×10^6 / μL (Marx 2001, Weibrich et al. 2004). Atualmente, inúmeros protocolos para preparar o PRP estão descritos embora não exista um protocolo padrão (Andrade et al. 2008, Borzini & Mazzucco 2007). Existem os protocolos propostos em kits comerciais desenvolvidos para o preparo do PRP, porém, a



estes estão agregados custos dispendiosos (Weibrich et al. 2005, Mazzuco 2008); e existem também os protocolos realizados, com custos muito inferiores (Sonnleitner et al. 2000, Gonshor. 2002).

Dentre os modos de aplicação pode-se utilizar o PRP de maneira injetável nas articulações como nos casos de tratamento da osteoartrite (Shen L. et al., 2017), nas rupturas musculares e/ou tendinosas (Gharbawy, N.H.E.G & Labib, H.S., 2020), e maneira tópica para o tratamento de cicatrizes, queimadura, úlceras ou feridas (Chang H.C. et al, 2019; Elsayed M. et al., 2017; Maues, N.S.F. et al., 2018).

As injeções intra-articulares de PRP provavelmente são mais eficazes no tratamento da osteoartrite do joelho em termos de alívio da dor e melhora de função auto-relatada quando comparada com injeções de outras substâncias (Shen L. et al., 2017)

O PRP pode ser considerado um método eficaz para o tratamento da ruptura do manguito rotador e menos invasivo em comparação com tratamento cirúrgico. Melhora a dor, a função do ombro e diminui a dor (Gharbawy, N.H.E.G & Labib, H.S., 2020).

O PRP em procedimentos com uso de laser ablativo de CO2 nas cicatrizes de acnes pode acelerar a cicatrização do tecido e a regeneração; bem como reduzir efeitos adversos mencionados da ablação com o CO2 (Chang H.C. et al, 2019).



O tratamento de pacientes com cicatriz pós-queimadura por injeção intralesional de PRP foi considerado melhor do que o tratamento de pacientes por produtos à base de silicone, em relação ao prurido, pigmentação e flexibilidade (Elsayed M. et al., 2017).

O PRP pode ser bem-sucedido na cicatrização de feridas que não fecham por outras técnicas de tratamento (Maues, N.S.F. et al., 2018).

8. EVIDÊNCIAS SOBRE EVENTOS ADVERSOS DO PRP E PRF

Os efeitos colaterais relacionados à infiltração do PRP são considerados incomuns e, quando presentes, geralmente manifestam-se de forma branda e autolimitada (Knop E. et al., 2016).

Os sintomas locais são os efeitos adversos mais comuns, cursando desde dor no sítio de aplicação até sinais de artrite. Filardo et al. 2011 apud Knop E. et al., 2016, desmostraram que a forma de obtenção do PRP influencia no grau da reação inflamatória intra-articular. Esse efeito é atribuído ao número de leucócitos presentes no infiltrado. Reações alérgicas são efeitos possíveis, mas raros, uma vez que se trata de um produto autólogo. A complicação mais temida é a infecção intra-articular, que pode ser evitada por meio do procedimento sob assepsia.

Knop E. et al., 2016 em seu trabalho de revisão, o evento adverso mais relatado foi a artralgia na articulação infiltrada, cuja intensidade variava de leve a moderada, e sua resolução ocorreu em dias e estendeu-se a



semanas nos casos mais intensos. Dhollander et al. 2011 apud Knop E. et al., 2016, relataram um caso de hipertrofia do tecido cartilaginoso regenerado, a qual foi vista na artroscopia feita em razão dos sintomas do paciente e foi resolvida pelo desbridamento local. Sánchez et al. 2012, apud Knop E. et al., 2016 relataram um caso de erupção cutânea após a infiltração, cuja resolução foi espontânea, sem necessidade de tratamento específico. Filardo et al. 2012, Knop E. et al., 2016, demonstraram que os pacientes tratados com PRP apresentaram mais dor após infiltração articular em relação ao ácido hialurônico. Sintomas sistêmicos e infecções não foram relatados nos trabalhos analisados (Knop E. et al., 2016).

Apesar de existir extensa literatura sobre a eficácia e segurança do uso de PRP em patologias musculoesqueléticas, não foi encontrado nenhum efeito colateral do PRP maior que a injeção de água. Porém existe um relato de alergia ao anticoagulante usado para o preparo, e vários profissionais evitam usar a técnica em pacientes com câncer ativo, pois hipoteticamente poderia aspirar uma célula neoplásica que passasse pelo local da venóclise e injetá-la em outra parte do corpo, isto na verdade nunca foi comprovado (CERT, 2021).

As principais complicações relacionadas à punção para coleta de sangue venoso (venopunção) descrito pela SBPL/ML, 2010 e COREN – BA, 2014 são:

- Hematomas: pode ocorrer durante ou após a realização da punção venosa. Nos casos em que o hematoma é visualizado pelo profissional durante a coleta indica-se retirar o torniquete e a agulha imediatamente e realizar



compressão local por um período de dois minutos, sendo indicado o uso de compressas frias para atenuar a dor.

- Punção em artéria: acidentalmente, no momento em que está se puncionando a veia pode ser puncionada uma artéria, a identificação de que esta ocorreu, ao invés daquela, é feita pela visualização de sangue vermelho vivo e em forma de jato fluído. Retira-se a agulha e o torniquete e recomenda-se a compressão local por cinco minutos e uma eficiente oclusão no local da punção.

- Anemia iatrogênica: diz respeito às quantidades (volume) de sangue para a coleta, já que em alguns casos a retirada de volumes maiores e por mais vezes pode ter como consequência uma anemia iatrogênica. É importante estar atento principalmente nos casos dos pacientes pediátricos nos volumes mínimos a serem coletados para a realização dos exames laboratoriais. Outro fator importante neste item diz respeito a uma coleta eficiente, ou seja, a partir de uma coleta correta evita-se o procedimento de recoleta por falhas.

- Lesão nervosa: para evitar qualquer forma de lesão nervosa no procedimento de punção para coleta de sangue venoso é recomendado evitar a inserção rápida e muito profunda da agulha. Ao puncionar o paciente, se a veia não foi localizada, não é orientada a busca pela localização da veia com a agulha dentro do paciente. O correto é retirar a agulha por completo e realizar nova punção. A instrução ao paciente deve ser de evitar movimentos bruscos.

- Infecção: é rara, mas deve ser considerada. Os principais cuidados para evitar o processo infeccioso no local da punção venosa é a correta assepsia do local, a utilização do menor intervalo de tempo possível entre a retirada



do protetor de agulha e a punção, e a abertura do curativo para oclusão do local da punção somente no momento da colocação e com permanência de pelo menos 15 minutos.

- Dor: uma dor de pequena intensidade é normal e esperada mediante a punção venosa, entretanto, nos casos em que se observa dor intensa, parestesias, irradiação da dor pelo braço durante ou após a punção podem indicar comprometimento nervoso na punção e deve ser investigado. A pele seca após a assepsia proporciona uma sensação dolorosa, desta forma torna-se importante a recomendação de aguardar o tempo mínimo para a secagem do antisséptico utilizado.

9. EVIDÊNCIAS SOBRE CONDUITAS FISIOTERAPÊUTICAS EM CASO DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE E APÓS INTERVENÇÕES de PRP OU PRF

Em busca realizada não foram encontradas referências específicas de condutas fisioterapêuticas para a resolução de eventos adversos durante e após as intervenções com os autólogos e na venopunção.

Conforme os eventos adversos apresentados a respeito do procedimento o fisioterapeuta possui inúmeros recursos que poderão ser utilizados, como a eletroterapia, termoterapia, e a fototerapia, recursos manuais, e demais recursos a exemplo das bandagens elásticas adesivas, e medicamentos e substâncias de uso fisioterapêutico.



O Parecer Técnico que acompanha o Acórdão COFFITO 924 de 11 de dezembro de 2018, que trata sobre o reconhecimento da habilitação do fisioterapeuta para tratar feridas e queimaduras, evidencia vários recursos fisioterapêuticos que podem ser utilizados na resolução das complicações dos autólogos e venopunção: laser, leds, terapia fotodinâmica, eletroestimulação, estimulação elétrica de baixa intensidade, drenagem linfática, dentre outros.

A ozonioterapia, como um recurso fisioterapêutico respaldado pela Resolução COFFITO 380 de 03 de novembro de 2010, que regulamenta o uso pelo fisioterapeuta das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, também poderá ser utilizada na resolução de complicações dos autólogos e venopunção, como o hematoma (ABRAFIDEF & ABRASPIPICS, 2020).

Em situações raras de reação infecciosa, o antibiótico oral deverá ser utilizado, e assim sendo, hoje no Brasil os profissionais habilitados a prescrição dos mesmos são os médicos e cirurgiões dentistas.

Uma maneira de se evitarem as complicações nos procedimentos, é realizar a técnica correta e sob assepsia.

10. INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES DO PRP E PRF COM BASE EM EVIDÊNCIA

10.1. INDICAÇÕES:



As injeções intra-articulares de PRP provavelmente são mais eficazes no tratamento da osteoartrite do joelho em termos de alívio da dor e melhora de função auto-relatada quando comparada com injeções de outras substâncias (Shen L. et al., 2017).

O PRP pode ser considerado um método eficaz para o tratamento da ruptura do manguito rotador e menos invasivo em comparação com tratamento cirúrgico. Melhora a dor, a função do ombro e diminui a dor (Gharbawy, N.H.E.G & Labib, H.S., 2020).

O PRP em procedimentos com uso de laser ablativo de CO2 nas cicatrizes de acnes pode acelerar a cicatrização do tecido e a regeneração; bem como reduzir efeitos adversos mencionados da ablação com o CO2 (Chang H.C. et al, 2019).

O tratamento de pacientes com cicatriz pós-queimadura por injeção intralesional de PRP foi considerado melhor do que o tratamento de pacientes por produtos à base de silicone, em relação ao prurido, pigmentação e flexibilidade (Elsayed M. et al., 2017).

A PRF pode ser bem-sucedida na cicatrização de feridas que não fecham por outras técnicas de tratamento (Maues, N.S.F. et al., 2018).

10.2. CONTRAINDICAÇÕES:

São contraindicações absolutas para o uso do PRP injetável nas articulações nas seguintes situações: trombocitopenia, instabilidade



hemodinâmica ou septicemia, artrite séptica, celulite subjacente ou osteomielite, e síndrome de disfunção plaquetária (Medscape, 2021).

37

Não foram encontradas contraindicações para a uso dos autólogos de maneira tópica.

11. IMPACTO SOCIAL

11.1. IMPACTO ESPERADO NA SAÚDE PÚBLICA

Com a utilização dos autólogos melhorar condições de dor e de reparo tecidual em diversas situações de rotina clínica na área musculoesquelética, vascular e tegumentar, por meio de um controle inflamatório adequado promovendo a recuperação rápida e completa para retorno às atividades, com baixo impacto econômico visto os baixos custos do uso dos autólogos frente a todo o aparato disponibilizado na atualidade pela indústria farmacêutica.

Conforme editorial da *Physical Therapy*, um dos mais renomados periódicos na área de Reabilitação do mundo, sendo o jornal científico oficial da Associação Americana de Fisioterapia (APTA): “Por que não deixar essas habilidades (de injeção) somente a cargo de médicos ou enfermeiros? A razão é que os médicos e os enfermeiros recebem muito pouco treinamento na avaliação e manejo de condições musculoesqueléticas - que compõe 80% do conjunto de habilidades exigidas para isso. Assim, é muito mais fácil adicionar habilidades de injeção ao conjunto de habilidades de um fisioterapeuta do que adicionar a

ABRAFIDEF

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

CNPJ: 08.422.454/0001-62



avaliação e manejo musculoesquelético ao conjunto de habilidades de médicos ou enfermeiros. Adicionalmente, fisioterapeutas com tais habilidades são capazes de prestar cuidados de qualidade em áreas de baixo acesso a serviços de saúde, socialmente vulneráveis ou onde as listas de espera não permitem acesso oportuno a cuidados de alta qualidade. Há evidências de que consultar um fisioterapeuta primeiro resulta em economias de custos significativas e uma diminuição nas prescrições de opioides, visitas ao pronto-socorro e exames de imagem”. (Brismée et al., 2018; Tawiah et al., 2018).

11.2. BENEFÍCIOS ESPERADOS À SOCIEDADE

Facilidade de acesso à tecnologia de baixo custo, de raros eventos adversos e contraindicações, de boa resolatividade, executada diretamente pelo fisioterapeuta que é profissional de primeiro contato.

12. CONCLUSÕES

Pelo arcabouço de legislações, regulamentações e evidências exposto em epígrafe, depreende-se, indubitavelmente, que o profissional fisioterapeuta é clínico de primeiro contato com plenas prerrogativas cientificamente amparadas, internacionalmente reconhecidas, socialmente respaldadas e historicamente aceitas, que o habilitam à autônoma e independente prescrição dos procedimentos envolvendo autólogos, especialmente de Plasma Rico em Plaquetas (PRP) e Fibrina Rica em Plaquetas (PRF) para fins terapêuticos não transfusionais, bem como manejo de tais técnicas com segurança e



responsabilidade, ou mesmo tratamento dos eventuais e raros efeitos adversos ou complicações, no que concernem ao seu escopo de atuação profissional.

39

O uso de centrífugas é inerente a ambas as técnicas, sendo o PRP com uso de anticoagulantes e a PRF sem o uso de substâncias inibidoras da cascata de coagulação e formação de fibrina, aplicáveis a situações cinético-funcionais e tegumentares que vão desde rejuvenescimento e tratamento de ríides até reparo tecidual, e articulares, tais como osteoartrites. Portanto, atendidos os requisitos sanitários de assepsia, e manejo adequado de hemoderivados que estão sob o escopo das vigilâncias sanitárias, o exercício profissional fisioterapêutico com uso desses equipamentos está plenamente amparado, desde que lastreado por requisitos de formação teórica e de prática supervisionada prévia, e cujo exercício profissional deverá ser exclusivamente fiscalizado pelo CREFITO da circunscrição de atuação do fisioterapeuta, no que concerne à formação e preparo do mesmo.

13. REFERÊNCIAS

ABRAFIDEF, ABRASPIPICS. Parecer conjunto ABRAFIDEF – ABRASFIPICS n° 01/2020. http://abrafidef.org.br/arqSite/Parecer_Conjunto_2020_001__ABRAFIDEF__ABRASFIPICS.pdf Acesso em 14 de agosto de 2021.

ABRAFIDEF

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

CNPJ: 08.422.454/0001-62



Andrade, M. G., de Freitas Brandao, C. J., Sa, C. N., de Bittencourt, T. C. & Sadigursky, M. 2008. Evaluation of factors that can modify platelet-rich plasma properties. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 105(1): e5-e12.

Anitua, E., Aguirre, J. J., Algorta, J., Ayerdi, E., Cabezas, A. I., Orive, G. & Andia, I. 2008. Effectiveness of autologous preparation rich in growth factors for the treatment of chronic cutaneous ulcers. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater*, 84(2): 415-421.

Arora, N. S., Ramanayake, T., Ren, Y. F. & Romanos, G. E. 2009. Platelet-rich plasma: a literature review. *Implant Dent*, 18(4): 303- 310.

Borzini, P. & Mazzucco, L. 2007. Platelet-rich plasma (PRP) and platelet derivatives for topical therapy. What is true from the biologic view point? *ISBT Science Series*, 2: 272-281.

Brismée, J. M., Pape, J. L., Woodhouse, L. J., Reid, D., Bellot, N., Matthijs, O. C., Reumont, F., & Sobczak, S. (2018). Reflections and Future Directions on Extending Physical Therapist Scope of Practice to Improve Quality of Care and Preserve Health Care Resources. *Physical therapy*, [internet] 98(10), 827–829. Published 2018 Oct 1 [acesso 10 fev 2023] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29982663/>.



CERT. Centro de Estudos em Regeneração Tecidual.
<http://medregen.com.br/esclareca-5-duvidas-sobre-o-plasma-rico-em-plaquetas-prp/> Acesso em 14 de agosto de 2021.

41

Cervelli, V., Gentile, P., Scioli, M. G., Grimaldi, M., Casciani, C. U., Spagnoli, L. G. & Orlandi, A. 2009. Application of platelet-rich plasma in plastic surgery: clinical and in vitro evaluation. *Tissue Eng Part C Methods*, 15(4): 625-634.

Chang HC, Sung CW, Lin MH. Efficacy of Autologous Platelet-Rich Plasma Combined With Ablative Fractional Carbon Dioxide Laser for Acne Scars: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Aesthet Surg J*. 2019 Jun 21;39(7):NP279-NP287. doi: 10.1093/asj/sjz048. PMID: 30809666.

COREN – BA. PARECER COREN – BA Nº 008/2014 - Coleta de Sangue pela Equipe de Enfermagem. http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0082014_15498.html Acesso em 14 de agosto de 2021.

Dugrillon, A., Eichler, H., Kern, S. & Kluter, H. 2002. Autologous concentrated platelet-rich plasma (cPRP) for local application in bone regeneration. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 31(6): 615-619.

Efeoglu, C., Akcay, Y. D. & Erturk, S. 2004. A modified method for preparing platelet-rich plasma: an experimental study. *J Oral Maxillofac Surg*, 62(11): 1403-1407.



El Gharbawy, N.H., Labib, H.S. Role of Platelet Rich Plasma (PRP) injection in treatment of rotator cuff tear. *Egypt Rheumatol Rehabil* 47, 30 (2020). <https://doi.org/10.1186/s43166-020-00032-3>

Everts, P. A., Knape, J. T., Weibrich, G., Schonberger, J. P., Hoffmann, J., Overdevest, E. P., Box, H. A. & van Zundert, A. 2006. Platelet-rich plasma and platelet gel: a review. *J Extra Corpor Technol*, 38(2): 174-187.

Gonshor, A. 2002. Technique for producing platelet-rich plasma and platelet concentrate: background and process. *Int J Periodontics Restorative Dent*, 22(6): 547-557.

HOFFBRAND, A. V., MOSS, P. A. H. & PETTIT, J. E. 2008. Fundamentos em Hematologia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. p.274 - 288.

Hom, D. B., Linzie, B. M. & Huang, T. C. 2007. The healing effects of autologous platelet gel on acute human skin wounds. *Arch Facial Plast Surg*, 9(3): 174-183.

Kazakos, K., Lyras, D. N., Verettas, D., Tilkeridis, K. & Tryfonidis, M. 2009. The use of autologous PRP gel as an aid in the management of acute trauma wounds. *Injury*, 40(8): 801-805.



Knop E. et al. Plasma rico em plaquetas no tratamento da osteoartrite. Revista Brasileira de Reumatologia, Volume 56, Issue 2, March–April 2016, Pages 152-164.

43

Kon, E., Buda, R., Filardo, G., Di Martino, A., Timoncini, A., Cenacchi, A., Fornasari, P. M., Giannini, S. & Marcacci, M. 2009. Platelet-rich plasma: intra-articular knee injections produced favorable results on degenerative cartilage lesions. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 18(4): 472-479.

Landesberg, R., Roy, M. & Glickman, R. S. 2000. Quantification of growth factor levels using a simplified method of platelet-rich plasma gel preparation. *J Oral Maxillofac Surg*, 58(3): 297-300; discussion 300-291.

Malek Elsayed, Mohamed A M, Amr M, Omar S E. Evaluation of the Effect of Platelet-Rich Plasma on Post-Burn Scars. *Open Access 002 J Surg*. 2017; 5(1): 555660. DOI: 10.19080/OAJS.2017.05.555660

Marlovits, S., Mousavi, M., Gabler, C., Erdos, J. & Vecsei, V. 2004. A new simplified technique for producing platelet-rich plasma: a short technical note. *Eur Spine J*, 13(Suppl 1): S102-106

Maues N dos SF, Pires BMFB, Olive BGRB de, Kang HC, Andrade M, Pinto JMN, Rodrigues PH de C. Evolução Cicatricial de feridas Crônicas no Uso de Plasma Rico em Plaquetas: série de casos. *REAID [Internet]*. 10 dez.2018 [citado



14ago.2021];86(24).

Available

from:

<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/86>

44

Medscape. What are contraindications for platelet-rich plasma (PRP) knee injections? Updated: Aug 09, 2018 - Quan Dang Le, et al. <https://www.medscape.com/answers/1997643-101173/what-are-contraindications-for-platelet-rich-plasma-prp-knee-injections> Acesso em 14 de agosto de 2021.

Moreira JPL. Efeito da auto-hemoterapia menor, auto-hemoterapia menor ozonizada e insuflação retal de ozônio sobre parâmetros hematimétricos e bioquímicos de cães hípidos [dissertação]. Belo Horizonte/MG: UFMG; 2015.

Shen L, Yuan T, Chen S, Xie X, Zhang C. The temporal effect of platelet-rich plasma on pain and physical function in the treatment of knee osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Orthop Surg Res.* 2017;12(1):16. Published 2017 Jan 23. doi:10.1186/s13018-017-0521-3.

Silva MAA. Efeito da auto-hemoterapia maior ozonizada nos parâmetros hematalógicos de cães de trabalho [dissertação]. Vila Velha/ES: UVV; 2020.

Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial – Recomendações para coleta de sangue venoso – 2. ed. Barueri, SP: Minha Editora, 2010.



Tawiah AK, Borthwick A, Woodhouse L. Advanced Physiotherapy Practice: A qualitative study on the potential challenges and barriers to implementation in Ghana. 2018. Physiotherapy Theory and Practice. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1484535>.

45

14. EQUIPE DE PARECERISTAS DA ABRAFIDEF

Câmara composta pela ABRAFIDEF para elaboração do presente parecer:

Presidente:

[Prof. Dr. Rogério Mendonça de Carvalho](#)

Especialista Profissional em Fisioterapia Dermatofuncional TE n° 288
Associado da ABRAFIDEF

Parecerista Titular:

[Prof. Dr. Juliano Tibola](#)

Especialista Profissional em Fisioterapia Dermatofuncional TE n° 004
Ex-Presidente e associado da ABRAFIDEF

Parecerista *ad hoc*, convidado da ABRAFIDEF:

[Prof. Dr. Marcus Vinícius de Mello Pinto](#)

CEO & Founder do Instituto Celulare

Revisor Final:

Prof. Dr. Rogério Mendonça de Carvalho

Fisioterapeuta CREFITO-4/57867-F

Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional TE n° 288

Presidente da ABRAFIDEF na gestão 2023-2026

ABRAFIDEF

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

CNPJ: 08.422.454/0001-62