



**PAD Coren/DIPRE nº 622 /2013**  
**PARECER TÉCNICO nº 004/2013**

Obrigatoriedade de montagem de ventiladores mecânicos exclusivamente por enfermeiros em UTIs, composta por equipe multidisciplinar, inclusive profissional fisioterapeuta. Legalidade e não exclusividade do enfermeiro. Imprescindível a observância às legislações das categorias profissionais envolvidas. Necessidade de criação protocolo assistencial submetendo à aprovação pelos gestores institucionais e à validação pelos Conselhos de classe de cada categoria profissional.

**Do Relatório:**

Trata-se de encaminhamento de documentos em epígrafe, pela Secretaria Geral do Coren-PE, versando sobre solicitação da Presidência desta Autarquia, de análise e emissão de Parecer Técnico por esta assessoria, acerca de consulta formulada pela Dra. Kátia Cristina Freitas – Coren-PE nº 63063-ENF, coordenadora de enfermagem do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) sobre os aspectos éticos e legais no que concerne à responsabilidade da montagem de ventiladores mecânicos dentro das Unidades de Terapias Intensivas (UTIs), composta por equipe multidisciplinar, onde é presente o profissional fisioterapeuta.

Informa a consulente que “é do conhecimento de todos, sobre a responsabilidade do enfermeiro com o paciente grave, bem como a montagem e manutenção do leito, porém, diante de conflitos existentes dentro de nossas unidades, surgiu a necessidade de um posicionamento de obrigatoriedade a quem de competência exerce tal atividade”.

É o relatório. Passa-se a opinar.



### **Da Fundamentação e Análise:**

A ventilação mecânica (VM) ou, como seria mais adequado chamarmos, o suporte ventilatório, consiste em um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada.

Tem por objetivos, além da manutenção das trocas gasosas, ou seja, correção da hipoxemia e da acidose respiratória associada à hipercapnia: aliviar o trabalho da musculatura respiratória que, em situações agudas de alta demanda metabólica, está elevado; reverter ou evitar a fadiga da musculatura respiratória; diminuir o consumo de oxigênio, dessa forma reduzindo o desconforto respiratório; e permitir a aplicação de terapêuticas específicas.

Atualmente, classifica-se o suporte ventilatório em dois grandes grupos:

- Ventilação mecânica invasiva; e
- Ventilação não invasiva.

Nas duas situações, a ventilação artificial é conseguida com a aplicação de pressão positiva nas vias aéreas. A diferença entre elas fica na forma de liberação de pressão: enquanto na ventilação invasiva utiliza-se uma prótese introduzida na via aérea, isto é, um tubo oro ou nasotraqueal (menos comum) ou uma cânula de traqueostomia, na ventilação não invasiva, utiliza-se uma máscara como interface entre o paciente e o ventilador artificial (Carvalho, *et al* 2007).

A ventilação mecânica (VM), além de ser um procedimento invasivo, está associada a complicações que podem comprometer significativamente a evolução clínica em pacientes graves, uma vez que, a presença do tubo endotraqueal pode lesar diretamente a mucosa da via aérea causando ulceração, inflamação, edema e hemorragia submucosa, e em casos extremos, estenose da via aérea. Adicionalmente, a via aérea artificial altera os mecanismos naturais de defesa, predispondo às infecções nosocomiais graves como pneumonia, sinusite e otite. Ainda, promove dor e desconforto, impede a alimentação por via oral e a fala. Tais fenômenos impõem a necessidade de sedação e são responsáveis por sérios transtornos psicológicos (RAHAL, 2005).



Para subsidiar o referido parecer, apresentaremos a seguir algumas reflexões apresentadas por Barreiro Filho *et al*, em trabalho apresentado no 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em 2009 na cidade de Fortaleza -CE, vejamos:

A utilização da Ventilação Mecânica (VM) surgida na década de 50 cresceu enormemente a partir da criação das primeiras unidades de tratamento intensivo, na década de 60. No início da referida década, a assistência a pacientes em VM era realizada por médicos, e a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), não havia outros profissionais atuando neste contexto. No entanto, atualmente esse cuidado vem se caracterizando como um cuidado multidisciplinar aos pacientes em VM de uma forma ampla. Foram assumidas práticas assistenciais até então específicas da enfermagem como: montagem do ventilador, check-list do aparelho, definição de parâmetros iniciais, aspiração de vias aéreas, mudança de decúbito, acompanhamento gasométrico, desmame ventilatório, entre outros.

Na nossa forma de pensar, este fato possibilita uma atenção multiprofissional aos pacientes em ventilação mecânica. Porém, é no julgamento clínico, na conduta clínica durante a prestação do cuidado e na avaliação dos resultados, que o enfermeiro fortalece a profissão, formando conceitos, pareceres e opiniões, que levarão a um comportamento assistencial, voltado para a articulação com a visão holística:

Muitas das funções anteriormente desempenhadas por enfermeiros têm sido exercidas por especialistas em áreas correlatas (*grifo nosso*). Não obstante, é o enfermeiro que continua a ser responsável pelo bem-estar do paciente de cuja assistência é incumbida. A vigilância, o empenho e a perícia do enfermeiro bem preparado são essenciais à sobrevivência do paciente, e um cuidado competente e impregnado de afeto é necessário para manter o ser humano, na integridade de sua pessoa, durante a enfermidade crítica por que passa.

Outro ponto a ser discutido, refere-se ao fato de que os profissionais que estão presentes nas unidades de terapia intensiva durante as 24 h, com uma visão de cuidado holístico, são os enfermeiros, que compõem a equipe de enfermagem. Por isso, estes profissionais precisam ter



um olhar crítico que anteceda complicações, bem como estar capacitados para cuidar dos possíveis desequilíbrios observados nas inter-relações entre equipe-tecnologia-paciente-ambiente-família, sendo o paciente o epicentro do cuidado.

O ventilador mecânico é um equipamento moderno, um avanço tecnológico aplicado à saúde, que tem como finalidade, prover ventilação e oxigenação adequadas para os pacientes com incapacidade muscular causada por fatores etiológicos diversos, que os impede de manter a ventilação espontânea. Logo, esta tecnologia, na realidade, não pode ser visualizada simplesmente como uma máquina, uma tecnologia fria e seu funcionamento mecânico. Neste contexto passa a ser uma extensão do corpo que está submetido aos cuidados multidisciplinares, necessitando também ser cuidada e entendida quanto às suas potencialidades e sua utilização otimizada.

Ressalta-se que não compete a este Conselho determinar competências ético-legais de outras categorias profissionais ou ocupações. Porém, nesse contexto, faz-se necessário citar também alguns reflexões apresentadas por George Jerre, *et al*, 2009 no III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica com o trabalho: *Fisioterapia no Paciente sob Ventilação Mecânica*, onde é afirmado que :

- A Fisioterapia faz parte do atendimento multidisciplinar oferecido aos pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI). Sua atuação é extensa e se faz presente em vários segmentos do tratamento intensivo, tais como o atendimento a pacientes críticos que não necessitam de suporte ventilatório; assistência durante a recuperação pós-cirúrgica, com o objetivo de evitar complicações respiratórias e motoras; assistência a pacientes graves que necessitam de suporte ventilatório. Nesta fase, o fisioterapeuta tem importante participação, auxiliando na condução da ventilação mecânica, desde o preparo e ajuste do ventilador artificial à intubação, evolução do paciente durante a ventilação mecânica, interrupção e desmame do suporte ventilatório e extubação (*grifo nosso*).

De acordo com Carmona 2012, em seu artigo “Ventilação Mecânica em crianças” este, pontua sobre a responsabilidade compartilhada entre profissionais sobre os ajustes iniciais do ventilador, vejamos:

- Em geral, a montagem do equipamento é feita pela equipe de enfermagem ou de fisioterapia respiratória. Entretanto, o médico deve estar familiarizado com esses procedimentos, podendo



auxiliar a montagem, ou mesmo fazê-lo em situações excepcionais (*grifo nosso*).

Sendo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) órgão responsável por regulamentar o exercício das profissões de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, editou a Resolução COFFITO de nº 402/2011 em 03 de agosto de 2011, onde Disciplina a Especialidade Profissional Fisioterapia em Terapia Intensiva e dá outras providências. Vejamos o que estabelece alguns parágrafos do artigo 3º onde determina que para o exercício da especialidade profissional do fisioterapeuta em Terapia Intensiva é necessário o domínio das seguintes grandes áreas de competência, a saber:

(...)

*III - Realizar avaliação e monitorização da via aérea e artificial do paciente crítico e não crítico;*

(...)

*X – Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório do paciente crítico ou potencialmente crítico;*

(...)

*XII – Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar;*

(...)

*XV – Avaliar a instituição do suporte de ventilação não invasiva;*

*XVI – Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva;*

Ainda em conformidade com a Resolução COFFITO nº 402/2011, vejamos o que determina também os parágrafos IX, X, XIV, XVI e XVII do artigo 4º:

(...)

*IX - Aspectos gerais e tecnológicos da Terapia Intensiva;*



*X – Identificação e manejo de situações complexas e críticas;*

(...)

*XIV - Suporte ventilatório invasivo ou não invasivo (grifo nosso);*

*XVI - Técnicas e recursos de expansão pulmonar e remoção de secreção;*

*XVII – Próteses, Órteses e Tecnologia Assistiva específicos da terapia intensiva.*

De acordo com a Constituição Federal - Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos em seu artigo 5º, inciso XIII, a saber:

*- É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.*

Nesta perspectiva da legislação do exercício de enfermagem, não existe resolução específica sobre atuação do enfermeiro em Ventilação Mecânica, porém faz-se referência à Lei nº 7498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências a qual, em seu artigo 11, inciso I, alíneas “l” e “m” define como ação privativa do Enfermeiro os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves e respectivamente de maior complexidade técnica e que exigem conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Face ao exposto, o Decreto nº 94.406/87 que Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências estabelece no Art. 8º várias outras atribuições privativas do profissional enfermeiro que devem ser observadas no exercício diário da profissão, dentre elas:

*- Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;*



- *Prescrição da assistência de Enfermagem;*
- *Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;*
- *Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;*
- *Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;*
- *Participação nos programas e nas atividades de assistência integral á saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;*
- *Participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;*
- *Participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;*
- *Participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência à saúde.*

Considerando a Resolução COFEN nº 311/2007 que aprova a Reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem: Seções I, II e IV - Das Responsabilidades e Deveres, a saber:

(...)

*Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos*





*decorrentes de imperícia, negligência e imprudência;*

(...)

*Art. 14 – Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão;*

(...)

*Art. 21 – Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde (grifo nosso).*

(...)

*Art. 36- Participar da prática profissional multi e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade;*

(...)

Destaca-se que os procedimentos devem sempre ter respaldo em fundamentação científica e devem ser realizados mediante a elaboração efetiva do processo de enfermagem, previsto na Resolução Cofen nº 358/2009.

### **Da Conclusão:**

Ante ao exposto, conclui-se que no que se refere às atribuições do enfermeiro quanto à montagem dos aparelhos de ventilação mecânica, podem ser desenvolvidos, de acordo com a lei do exercício profissional, desde que possua conhecimento adequado e esteja devidamente capacitado para a realização de tal atividade. Porém, diante de todo o exposto acima, fica evidente que esta atribuição não é exclusiva apenas do profissional enfermeiro.

Ressalta-se que não compete a este Conselho determinar competências ético-legais de outras categorias ou ocupações. Porém, faz-se necessária a observância às legislações das categorias





**Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco**  
**Autarquia Federal criada pela Lei nº 5.905/73**  
**Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem – Genebra - Suíça**



profissionais envolvidas. Considerando que o procedimento de ventilação mecânica envolve a participação de equipe multiprofissional representada pelo médico, fisioterapeuta e equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), sugere-se que a instituição em epígrafe crie protocolo assistencial sendo considerado, contudo, legislação específica e estudos científicos sobre a matéria, especificando as atribuições de cada categoria, de forma sistematizada e os submetam à aprovação pelos gestores institucionais e à validação pelos conselhos de classe de cada categoria profissional.

É o parecer, *salvo melhor juízo*.

Recife, 04 de julho de 2013.

Ubanita Bezerra dos Santos  
Coren-PE nº 285359-ENF  
Assessora Técnica – Coren-PE



## REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.
- 2- Brasil. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.
- 3- Brasil. Decreto Nº 94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.
- 4- Brasil. Resolução Cofen nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- 5- Brasil. Resolução Cofen nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.
- 6- Brasil. Resolução COFFITO nº 402/2011. Disciplina a Especialidade Profissional em Terapia Intensiva e dá outras providências.
- 7- CARVALHO, Carlos Roberto Ribeiro de; TOUFEN JUNIOR, Carlos; FRANCA, Suelene Aires. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, 2013 .  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180637132007000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132007000800002&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 June 2013.
- 8- RAHAL, Luciana. Ventilação não-invasiva: quando utilizar. Ver.Assoc.Med. Brás. Vol.51 n. 51 n.5 Sao Paulo, set/out, 2005.
- 9- III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica : Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias - Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho, Carlos Toufen Junior, Suelene Aires Franca.
- 10- Carmona. F – Ventilação Mecânica em Crianças. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp3\\_Ventila%E7%E3o%20mec%E2nica%20em%20crian%E7as.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp3_Ventila%E7%E3o%20mec%E2nica%20em%20crian%E7as.pdf). Acesso em 16.06.2013.