



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei n.º 5.905/73

PARECER TÉCNICO n.º 022/2021– CTEP/Coren-PI

PROCESSO CONSULTA– PROTOCOLO n.º 827/2021

SOLICITANTE: Fabiana Freire Anastácio– Coren-PI n.º 578.373-ENF

PARECERISTA: Cons. Reg. Enf.ª Deusa Helena de Albuquerque Machado– Coren-PI n.º 264.042-ENF

Responsabilidade da mudança de decúbito de paciente/cliente em Unidade de Terapia Intensiva.

I - DO RELATÓRIO

Por designação do Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Piauí (Coren-PI), coube a Conselheira Suplente, Deusa Helena de Albuquerque Machado, por meio da Portaria Coren-PI n.º 574, de 09 de setembro de 2021, relatar a demandado presente Parecer Técnico, encaminhamento ao Coren-PI, no dia 14 de agosto de 2021. Solicitou um “parecer técnico quanto a responsabilidade da mudança de decúbito do paciente em Terapia Intensiva.

O Parecer Técnico-Científico é recomendação científica, relatório circunstanciado, esclarecimento técnico ou reflexão fundamentada, manifestada pelo Plenário do Conselho Regional, a respeito de dúvidas, incertezas e inseguranças sobre atribuições e competência do profissional de Enfermagem.

É o relatório, no essencial. Passa-se à análise.

II – DA FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE

As Unidades de Terapia Intensiva são destinadas à prestação de assistência especializada a pacientes em estado grave e, para os quais, se faz necessário o controle rigoroso dos parâmetros vitais, cuidados intensivos, conhecimento técnico e assistência de enfermagem contínua, pois a clientela mantém limitação de movimentos com necessidade de mudança de decúbito programada

Deusa





CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). A abordagem fundamental da Aliança é a prevenção de danos aos pacientes e o elemento central é a ação chamada “Desafio Global” (BRASIL, 2010).

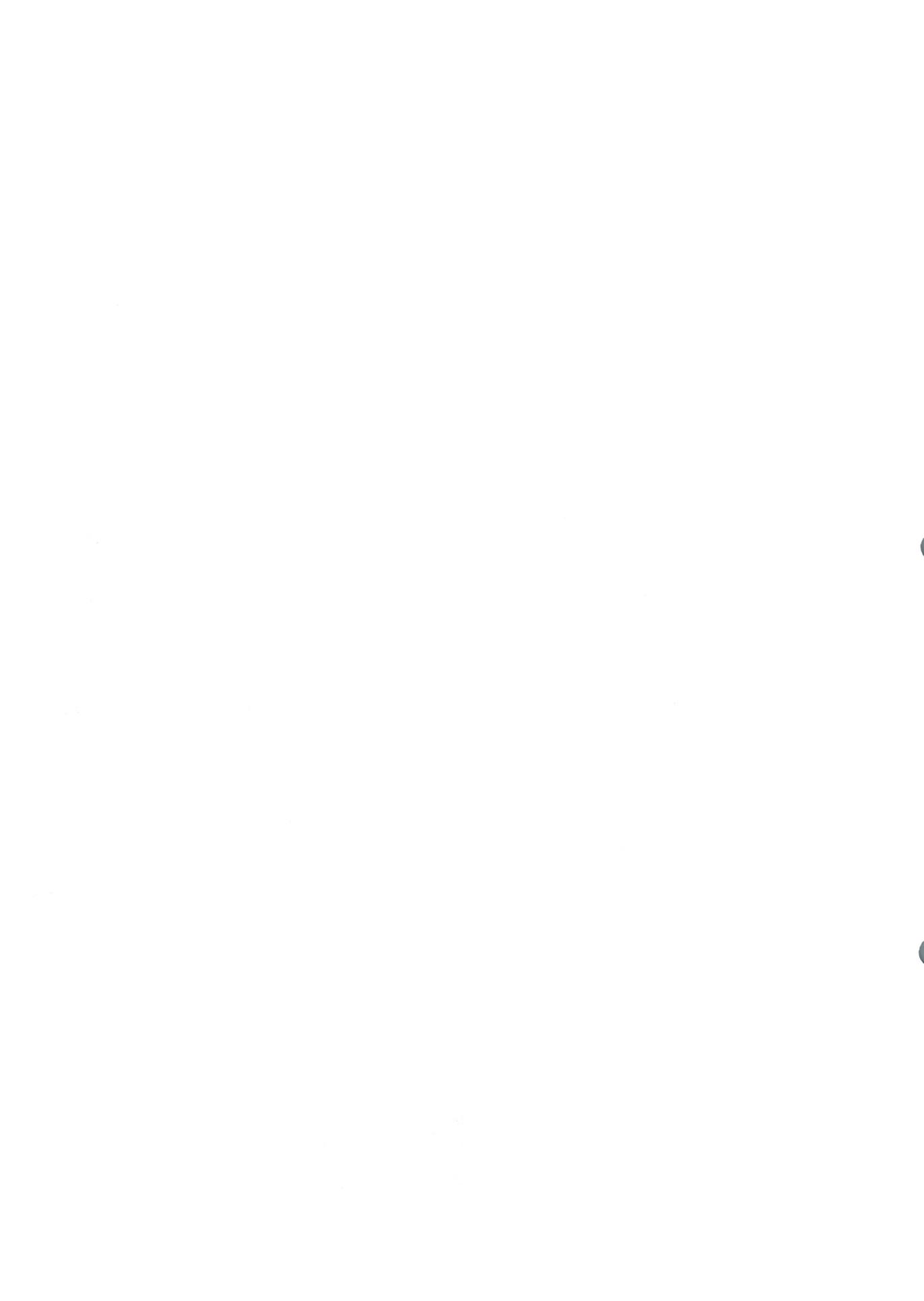
A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deva ser elaborados e implantados: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2014).

O atendimento personalizado a pacientes/clientes críticos envolve o conhecimento científico e tecnológico da equipe de enfermagem, fisioterapia e médica sobre a utilização de equipamentos, cuidados técnicos, procedimentos invasivos, reconhecimento de sinais e sintomas e, inclusive, sobre o sofrimento, a dor e a angústia vivenciados por pacientes e seus familiares, em um momento delicado da vida, em que necessita de uma dedicação da equipe interdisciplinar e família para o maior conforto e recuperação do paciente.

Conforme Waldow (2004), o cuidado precisa ser sistematizado e holístico, para promover a qualidade da assistência. O processo de cuidar não pode ser pautado apenas na identificação dos sinais e sintomas clínicos da doença e/ou agravo, mas também das modificações que ocorrem na estrutura biopsicossocial e espiritual dos seres humanos as quais o abalam em sua totalidade.

O cuidado de Enfermagem intensivo deve se constituir na interação/conexão, no contato com o paciente e no resgate do cuidado humano em que a família deve ser incluída no processo de cuidar. Assim o cuidado deve atender às necessidades, sentimentos de pacientes e familiares, ajudando-os a compreender, a aceitar e a enfrentar a doença, o tratamento e as consequências que essa nova situação impõe à vida familiar (MARUITI; GALDEANO, 2007).

2004





CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

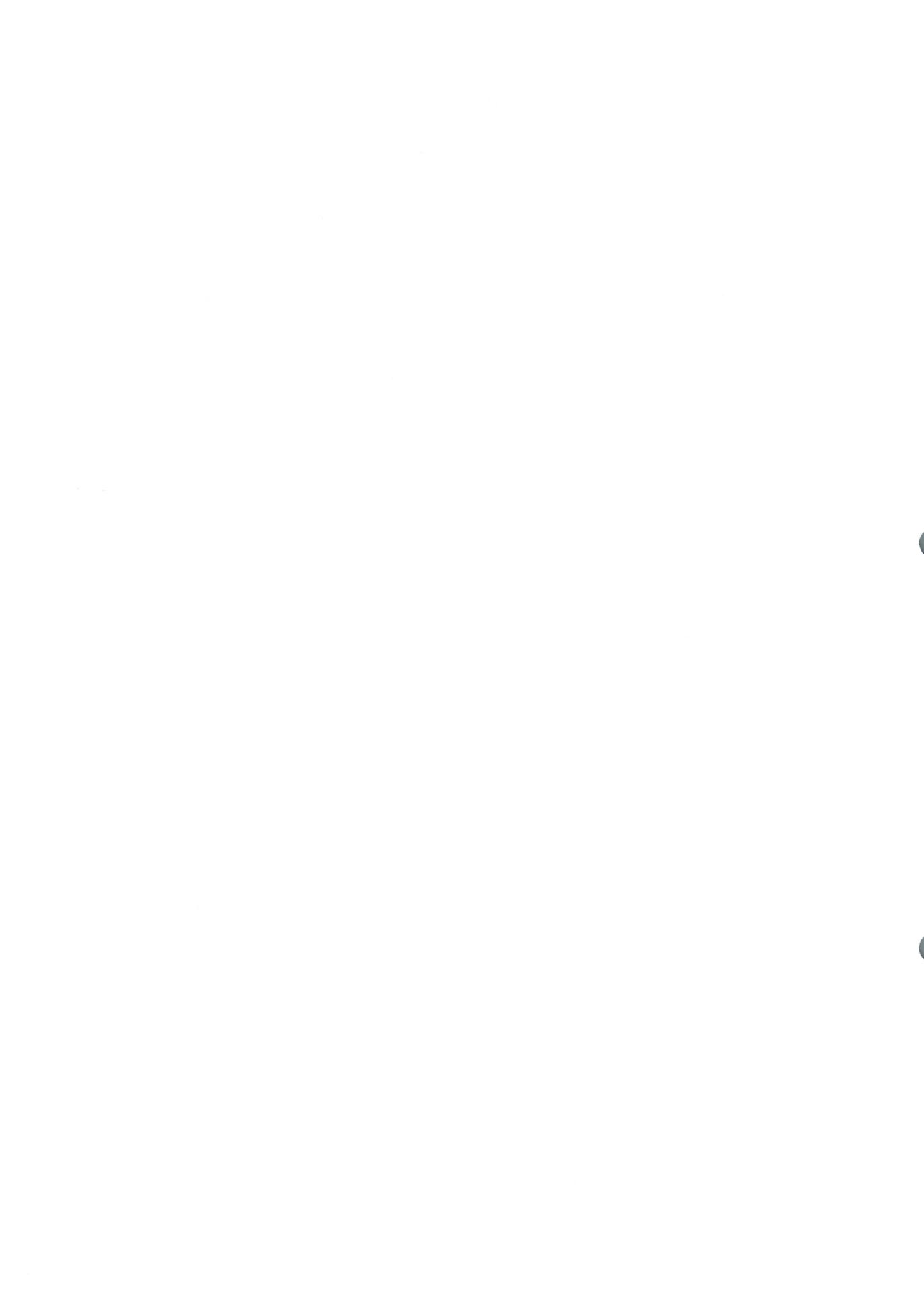
Com o intuito de melhorar a qualidade da assistência, passou-se ao uso de estratégias sistematizadas como a estratificação dos fatores de risco, proteção da pele contra as forças de cisalhamento e, por fim, a mudança do decúbito, que tem por objetivo diminuir a pressão em pontos mais suscetíveis de maneira rotineira e padronizada (DEALEY, 2008). Entretanto, mesmo com variadas causas contribuintes para o surgimento de uma lesão por pressão (LPP), enfatiza-se que a mudança de decúbito é o cuidado que mais previne LPP, não podendo ser negligenciada pela equipe interdisciplinar.

Verifica-se que os benefícios da mudança de decúbito não se restringem apenas à prevenção das LPP, mas também, à prevenção da síndrome de desuso muscular, ao conforto, e à interferência no padrão respiratório com a otimização da relação ventilação/perfusão do paciente (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Dealey (2008) destaca que a mudança de decúbito é um método, comumente utilizado, baseado no funcionamento de um *relógio*. Neste método, a cada duas horas, o decúbito é modificado em dorsal, lateral direito e esquerdo para aliviar a pressão nos tecidos do corpo humano. Esta técnica difundiu-se amplamente, passando a ser utilizada em inúmeros centros de tratamento para pacientes acamados e sem mobilidade ativa.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ser incorporada e executada de forma a tornar a Enfermagem mais científica, técnica e tecnológica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizado, contínuo, mais justo e com qualidade para o paciente/cliente/usuário. A prescrição da mudança de decúbito deve ser precisa, clara, específica e realizada pelo enfermeiro no prontuário do paciente, aprazando a mudança a cada duas horas, em horários precisos.

Segundo a Resolução Cofen n.º 358, de 15 de outubro de 2009, que 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:





CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

Art. 6.º A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

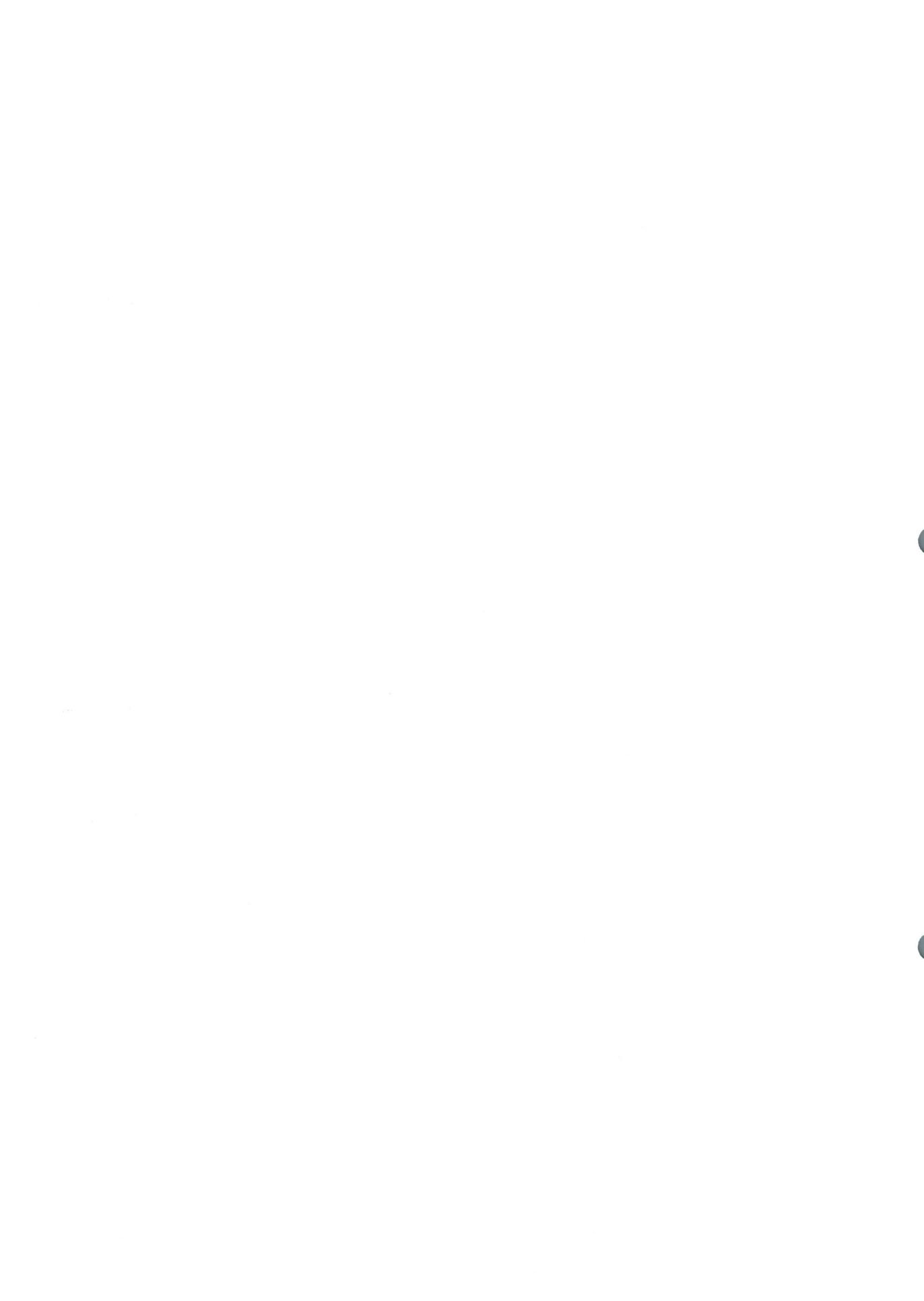
Com base nas discussões e evidências científicas, o enfermeiro deve considerar e priorizar os benefícios antes de prescrever mudança de decúbito, o enfermeiro deve utilizar o raciocínio clínico, crítico-reflexivo nas diferentes etapas do processo (SILVA; NASCIMENTO, 2012).

A mudança de decúbito é um cuidado de enfermagem fundamental a pacientes acamados sem mobilidade eficaz, onde o paciente depende parcial ou totalmente das responsabilidades dos profissionais de enfermagem, pois eles devem garantir a proteção, conforto, e atenção de forma humanizada para um tratamento eficaz de qualidade. A mudança de decúbito é um cuidado de enfermagem, sendo de responsabilidade do enfermeiro e da equipe de enfermagem a sua realização.

Assim, cabe ressaltar que as extubações acidentais podem ocorrer durante a prestação do cuidado de enfermagem, tais como: banho no leito, mudança de decúbito, troca de fixação e transporte de paciente. Neste caso, precisa de uma equipe interdisciplinar nos casos de pacientes entubados durante a mudança de decúbito.

A mudança do paciente da cama para a maca é um momento de risco e devem ser tomados cuidados com a estabilidade do dispositivo ventilatório. Quanto menor for a mobilização da cabeça e maior o número de profissionais envolvidos, menor será o risco de uma extubação acidental (CASTELLÕES; SILVA, 2009).

A mudança de decúbito é uma técnica utilizada em pacientes acamados para a manutenção, tratamento e recuperação da saúde. Seus benefícios abrangem a prevenção de LPP, ao aliviar e redistribuir a pressão sobre a pele, além de evitar a diminuição do fluxo





CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

sanguíneo para o local. Ao mobilizar o paciente, evita a estase de secreções pulmonares, auxilia na prevenção do desuso muscular e suas repercussões sistêmicas, tais como: constipação, trombose, força ou resistência diminuída e hipotensão ortostática (SILVA; NASCIMENTO, 2012).

Para Saraiva, Paula e Carvalho (2014), quando houver o aparecimento de hiperemia local, deve-se realizar mudança de decúbito e reavaliar a pele do paciente após meia hora, e se não houver o desaparecimento da hiperemia, deve-se constatar lesão por pressão grau I.

Potter e Perry (2004) ressaltam que, as diferentes posições no leito também previnem outros agravos: fadiga e complicações cardiopulmonares, além de propiciar conforto e manutenção de tônus musculares.

Martins e Soares (2008) reafirmam que a mudança de decúbito evita a pressão prolongada e também a redução da irrigação sanguínea local, além de destacar a importância da hidratação da pele e do uso de sabonete de glicerina para prevenir o ressecamento e melhorar a elasticidade, evitando assim as fissuras na pele.

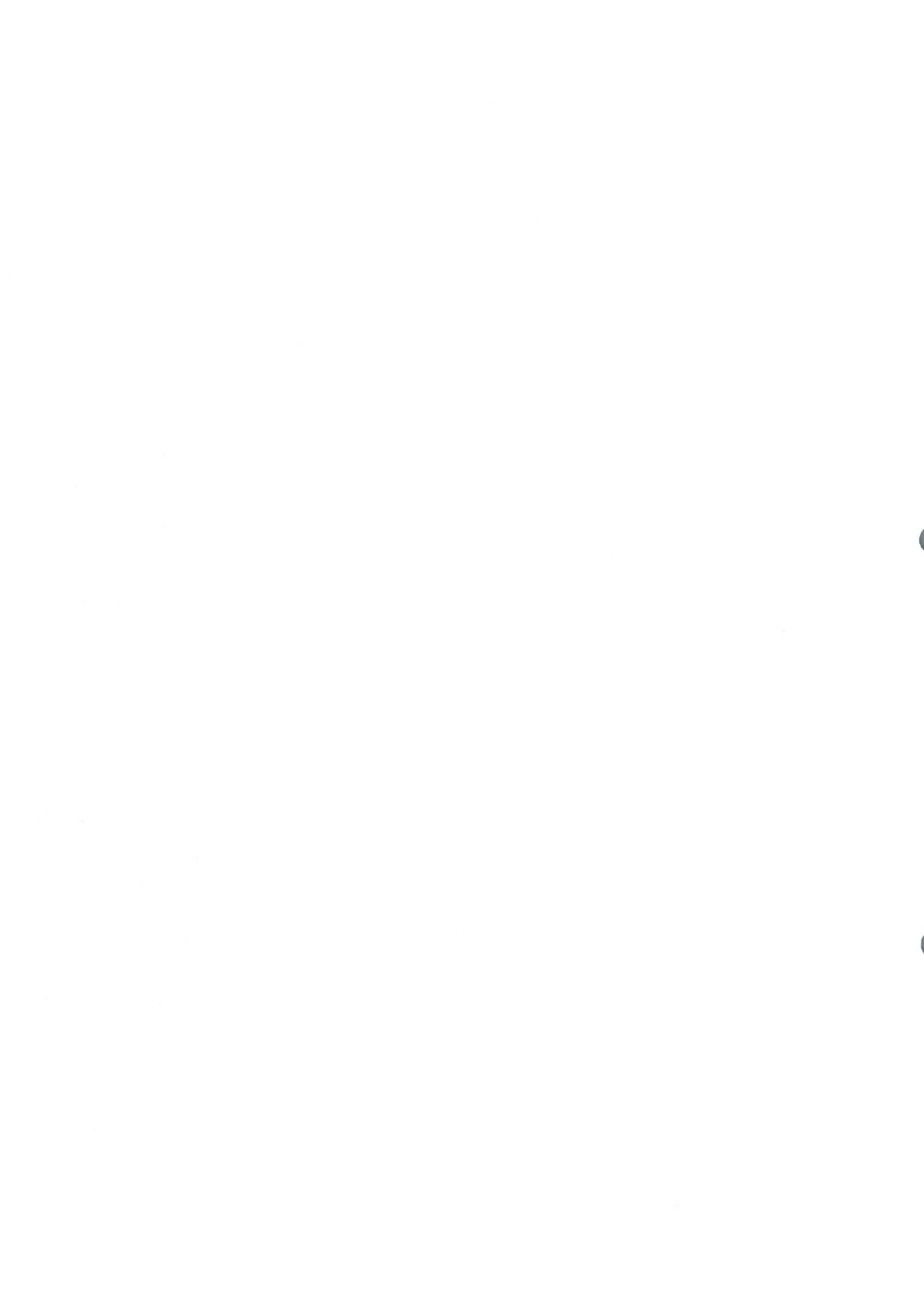
Conforme as atribuições específicas do enfermeiro, pela Lei Federal n.º 7.498/86:

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:
[...]

- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
 - m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- II – como integrante da equipe de saúde:
- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
 - b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- [...]
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
 - f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;

De acordo com as atribuições específicas do Técnico de Enfermagem, pela Lei Federal n.º 7.498/86:

Art. 12 – O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:





CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

- § 1º Participar da programação da assistência de Enfermagem;
- § 2º Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei;
- § 3º Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- § 4º Participar da equipe de saúde.

Segundo Decreto nº 94.406/87, o Enfermeiro presta assistência direta a pacientes graves, conforme citado em:

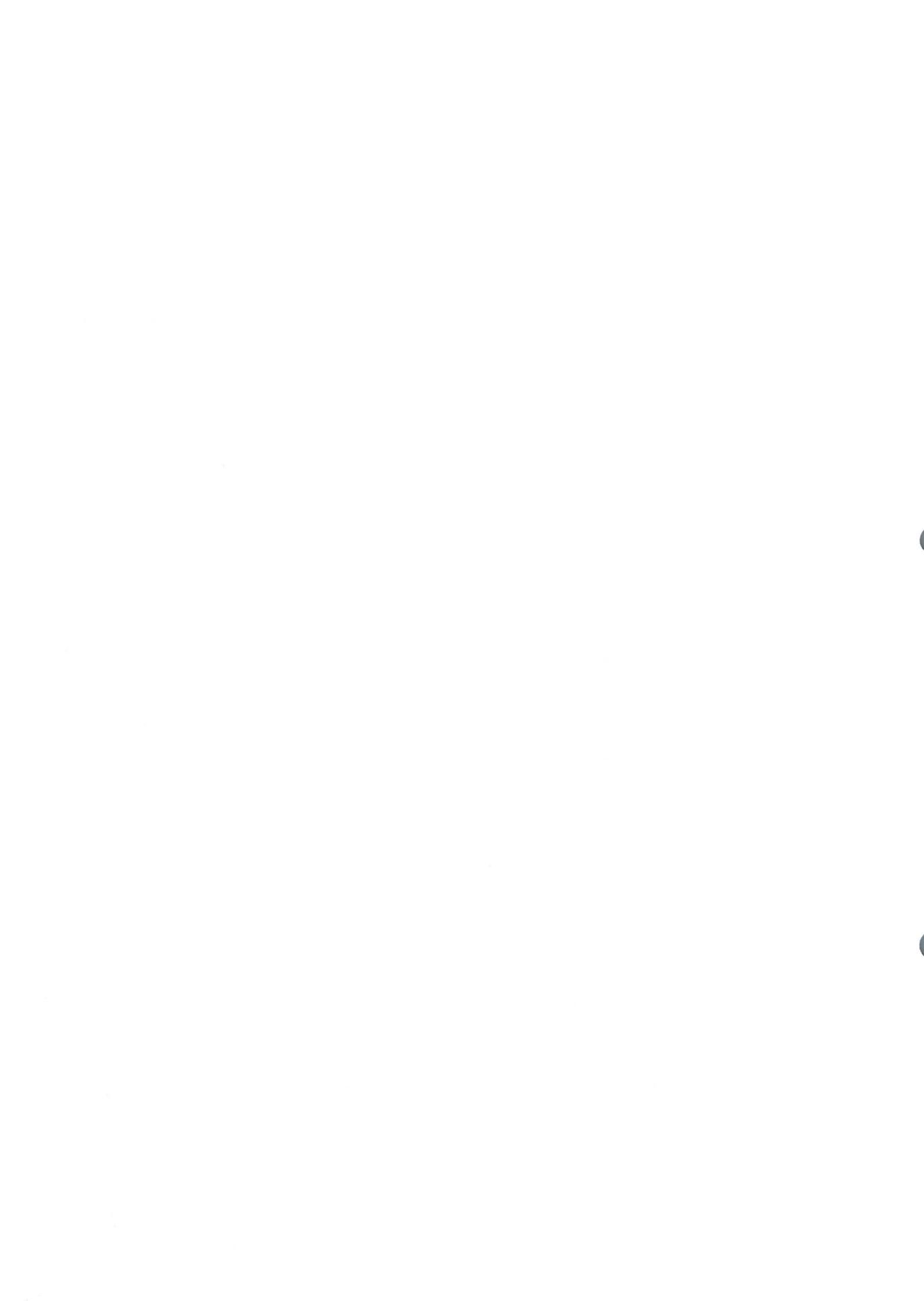
- g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
 - h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- II - como integrante de equipe de saúde:
- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
 - b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
 - f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;

Conforme Decreto nº 94.406/87, o Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

- I - assistir ao Enfermeiro:
- a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
 - b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;
 - c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
 - d) na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;
 - e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
 - f) na execução dos programas referidos nas letras *i* e *o* do item II do art. 8º;
- II - executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;
- III - integrar a equipe de saúde.

De acordo a Resolução Cofen nº 358/2009, o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Conforme cita em:

Art. 4º Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico





CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

Art. 5º O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

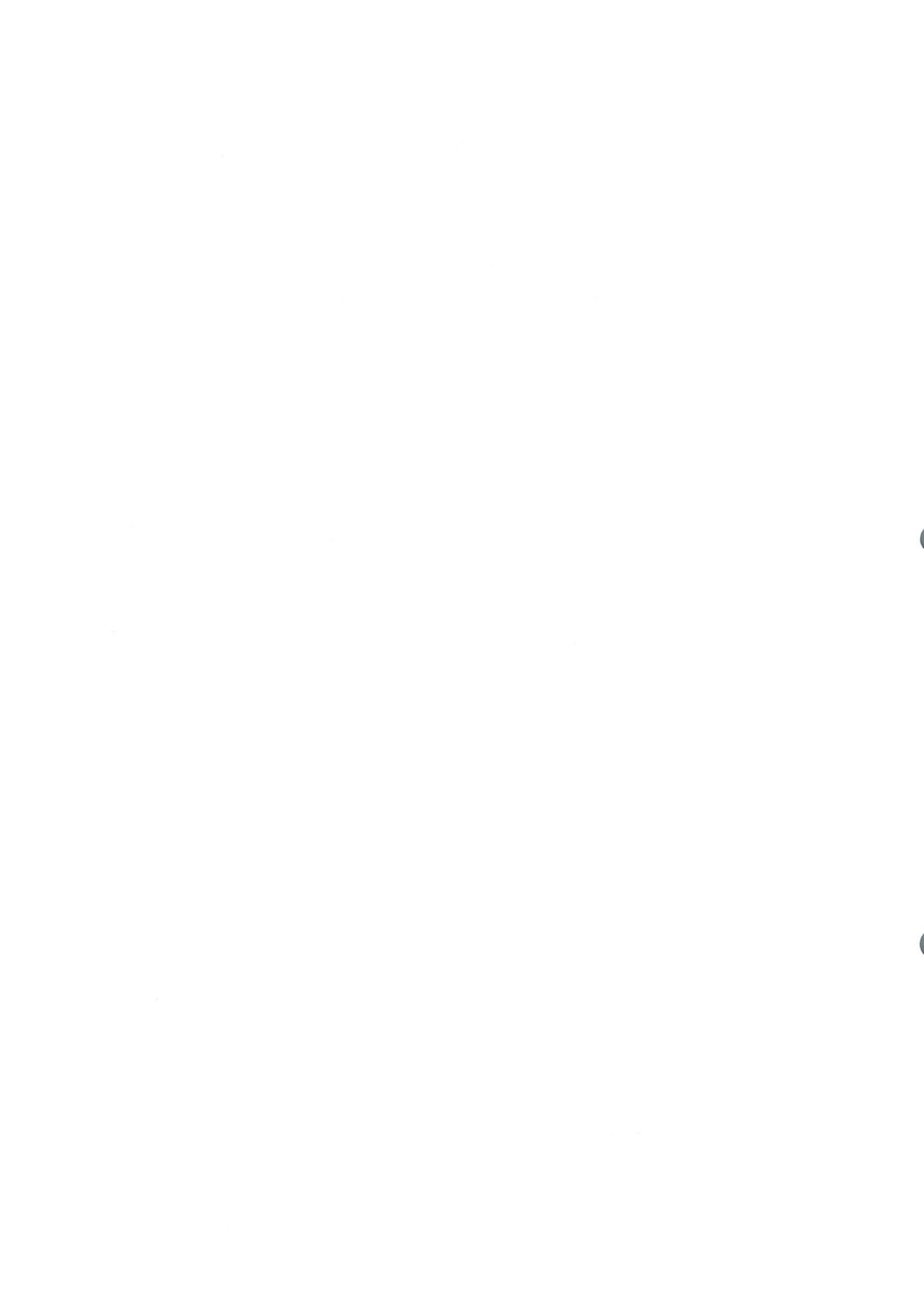
A não realização de mudança de decúbito bem como o posicionamento inadequado do paciente no leito, é apontado com resultado de erros na assistência de profissionais da saúde, principalmente da enfermagem (BARBOSA *et al.*, 2014; DUARTE *et al.*, 2015; ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

Conforme Resolução Cofen n. 514, de 05 de maio de 2016, que aprova o Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016), orienta para que a equipe de Enfermagem anote no prontuário do paciente/cliente:

- Data e hora do procedimento;
- Existência prévia ou no decurso da internação de lesão de pele;
- Posição – decúbito dorsal, ventral, lateral direito / esquerdo;
- Medidas de proteção adotadas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Segundo as Resoluções Cofen n.º 429/2012 e n.º 514/2016, todos os procedimentos executados devem ser registrados em prontuários específicos, anotando todos procedimentos realizados de forma legível, completa, clara, concisa, objetiva, pontual e cronológica. Os profissionais de Enfermagem devem ter o cuidado de apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura ou rubrica. Com base na Resolução Cofen n.º 564/2017, no capítulo II, dos deveres, os profissionais de Enfermagem devem:

Art. 36. Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.





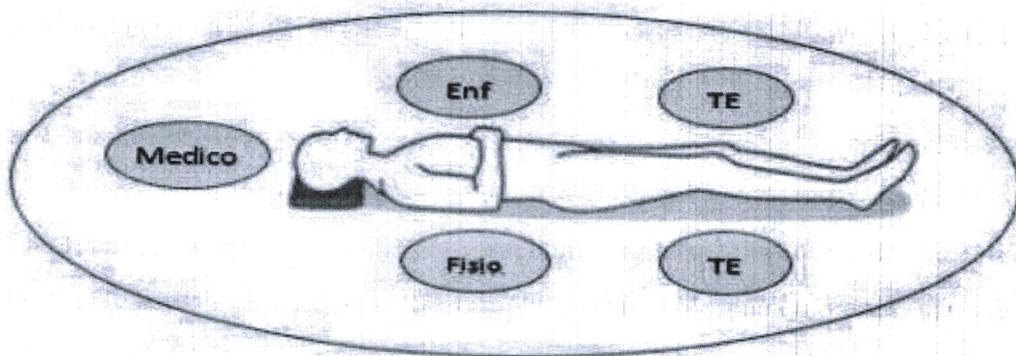
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

Em pacientes com ventilação mecânica para realizar a pronação é necessária uma equipe interdisciplinar treinada e capacitada quanto aos cuidados do paciente, a fim de evitar complicações, como a extubação acidental, edema facial, lesões cutâneas, dificuldade com a alimentação enteral, obstrução das vias aéreas, deslocamento do cateter venoso central, dentre outras complicações (MANFREDINI; MACHADO; MANTOVANI, 2013; ROCHA *et al.*, 2020).

A manobra, quando realizada corretamente e por profissionais adequados, apresenta diversos benefícios, dentre eles, a otimização da oxigenação, melhorando o quadro do paciente. É importante ressaltar que o treinamento da equipe multidisciplinar frente a essas novas demandas é de extrema importância para o melhor manejo do paciente em manobras como a posição prona (ROCHA *et al.*, 2020). A seguir, uma figura mostra a necessidade de no mínimo 05 profissionais de saúde para a realização da pronação:

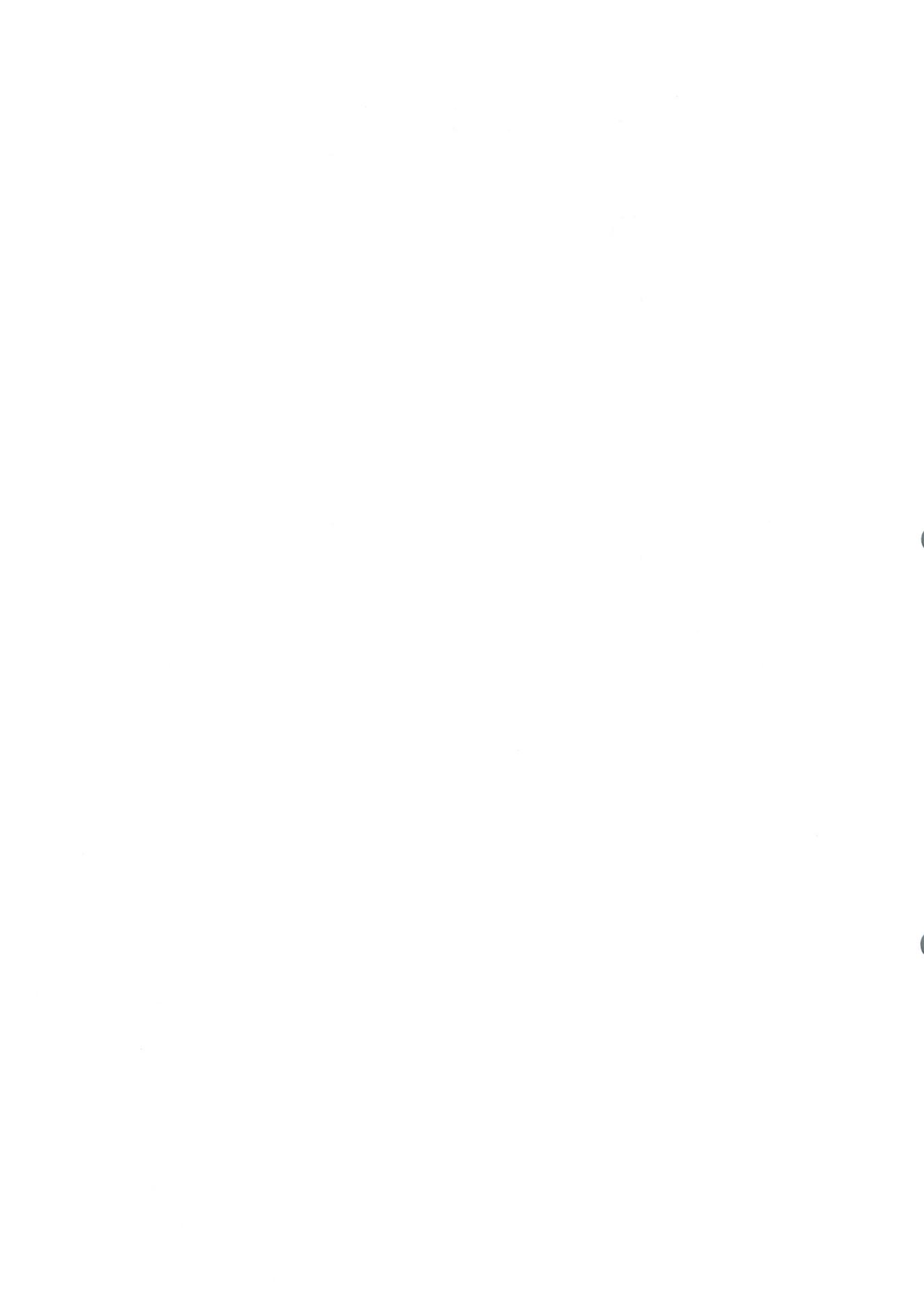
Figura 1 – Composição e posição da equipe assistencial na manobra de pronação



Legenda: Enf (Enfermeiro), Fisio (Fisioterapeuta), TE (Técnico de Enfermagem)

Fonte: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2020.

A Resolução Cofen nº 639, de 06 de maio de 2020, dispõe sobre as competências do Enfermeiro no cuidado aos pacientes em ventilação mecânica no ambiente extra e intra-hospitalar. A pronação se enquadra no Art.3, o parágrafo V estabelece que cabe ao enfermeiro:





CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

participar da decisão, da realização e/ou prescrição na Equipe de Enfermagem dos procedimentos relacionados à pronação de pacientes sob ventilação mecânica e aplicação dos cuidados relacionados a prevenção dos incidentes associados.

A avaliação do risco para desenvolvimento de LPP poderá ser executada por meio da Escala de Braden Q para crianças de 1 a 5 anos e Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos. As escalas preditivas servem de parâmetro que são associadas à avaliação clínica do enfermeiro assistencial intensivista (BRASIL, 2013, PORTUGAL, 2011).

Existem diversos dispositivos de prevenção de LPP, tais como: coxim tipo rolo, protetor facial, coxim para proteção de abdome gravídico, colchão caixa de ovo, colchão especial (ar estático ou dinâmico), travesseiros, lençóis, traçado, grade do leito, elevador de calcâneos om apoio sob a panturrilha, cadarço de fixação de tubo orotraqueal (TOT), almofada para giro de pernas, coxim para pernas e braços, triangulo posicionador, dentre outros que são produzidos pelas equipes interdisciplinares (OLKOSKI; ASSIS, 2016).

A Enfermagem como uma profissão que enfatiza o cuidado personalizado, qualificado e holístico de seres humanos, deve se preocupar em atender as necessidades de cada paciente e de seus familiares, de forma individual ou em equipe. A responsabilidade é compartilhada em pacientes acamados, graves e crítico, com restrição no leito e em ventilação mecânica, tanto pelos membros da equipe de enfermagem, bem como, pelo fisioterapeuta e médico intensivista.

A depender do tipo de paciente pode necessitar de 02, 03, 05 profissionais para a realização da mudança de decúbito, visto que em unidades de terapia intensiva o trabalho em equipe precisa ser efetivado com rapidez para não acontecer outras intercorrências ao mesmo tempo. Em um paciente crítico obeso podem necessitar de mais de 05 profissionais para reduzir os danos ergonômicos que podem ser gerados durante a movimentação, mobilização e transporte de pacientes.

Conforme Bulhões (1994), os trabalhadores de enfermagem apresentam queixas e ocorrência elevada de dores lombares, quando comparados a outros grupo de profissionais. As pesquisas evidenciam determinados fatores de riscos ergonômicos, entre esses trabalhadores



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

para a dor lombar provenientes de frequente levantamento de peso para movimentação e transporte de pacientes e equipamento, trabalho repetitivo, flexões da coluna vertebral em atividades de organização e assistência, espaço de trabalho restrito, falta de treinamento para o uso de equipamentos, técnicas e práticas de levantamento impróprias, posturas inadequadas e prolongadas, uniformes incorretos, inaptidão física do funcionário, insatisfação no trabalho e o esforço físico.

Vale ressaltar que os trabalhadores de Enfermagem realizam manobras de posicionamento em paciente com diferentes pesos e alturas, fazem rodízio de turnos de trabalho, muitas vezes, em instituições diferentes, além das consequências trazidas pela jornada de trabalho noturno. Essas atividades podem causar problemas posturais, fadiga, hérnias de disco, fraturas, torções, contusões, lombalgias, varizes, dentre outras complicações.

Evidencia-se que os principais fatores de risco relacionados aos Distúrbios Ósteomiosqueléticos Relacionados ao Trabalho (DORT), estão: organização do trabalho (aumento da jornada de trabalho, horas extras, ritmo acelerado, déficit de recursos humanos); os fatores ambientais (mobiliários inadequados, iluminação insuficiente) e as possíveis sobrecarga por estresses de segmentos corporais em determinados movimentos, como: força excessiva para realizar determinadas tarefas, movimentos repetidos e de posturas inadequadas no desenvolvimento das atividades laborais (CAETANO; CRUZ; LEITE, 2010).

Realça-se que os fatores ergonômicos e a organização do trabalho têm papel essencial para minimizar os problemas desenvolvidos pelos acidentes ocupacionais, deixando transparecer que há necessidade de investir em programas de promoção da saúde e de prevenção de doenças, e que esses podem ser desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem no serviço ocupacional.

É necessário propor atualizações de POP e manuais de normas e rotinas para poder manter o bem-estar físico, emocional e psíquico dos profissionais de Enfermagem, realizando promoção da saúde e prevenindo as doenças, relacionando a segurança do paciente com a



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

segurança do profissional, para melhorar a prestação de serviço com eficiência, conforto e qualidade de vida no trabalho.

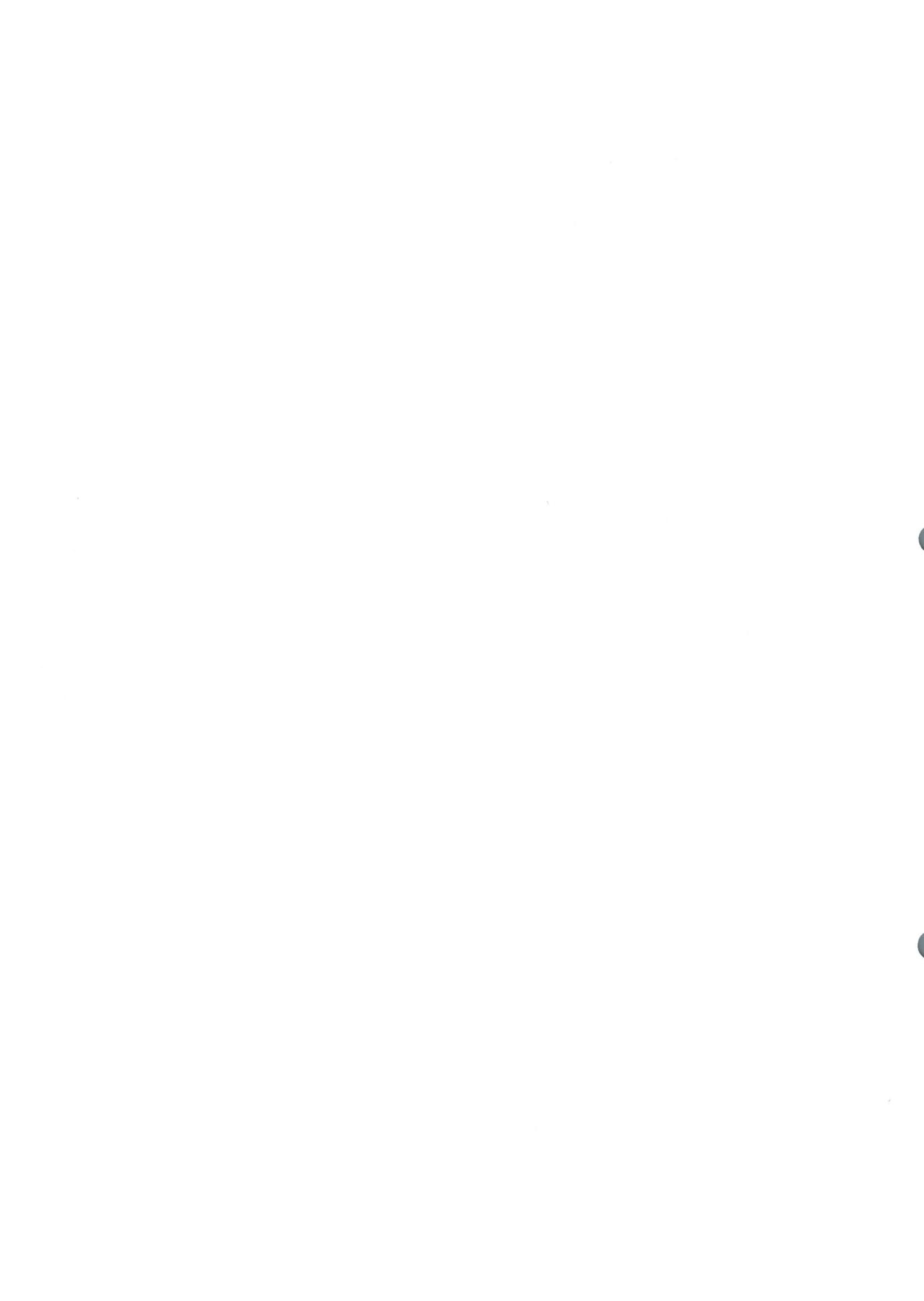
Verificar-se a necessidade da criação de um programa de prevenção de riscos ergonômicos em UTI, como a estimulação da prática de atividade física, alongamentos, reeducação postural e outras atividades laborais preventivas. Sugere-se fazer uma análise da necessidade de adequação ergonômica do mobiliário e equipamentos da UTI, de modo a minimizar os riscos ergonômicos geradores de desconfortos físicos que interfiram na qualidade de vida do profissional de Enfermagem.

III - DA CONCLUSÃO

Considerando o exposto, entende-se que a mudança de decúbito com base nos dispositivos legais citados neste parecer: Lei Federal n.º 7.498/1986; Decreto Regulamentador n.º 94.406/1987 e Resolução Cofen n.º 358/2009, 429/2012, 514/2016 e 639/2020 é uma atribuição da **Equipe de Enfermagem**. Vale ressaltar que pessoas em Unidades de Terapia Intensiva são pacientes considerados críticos/graves e a assistência de enfermagem deve ser sempre realizada sob a supervisão do Enfermeiro.

A responsabilidade da mudança de decúbito de paciente/cliente em Unidade de Terapia Intensiva é de toda a equipe. É preciso fazer o julgamento clínico, antes de realizar a mobilização, que pode ser feito em equipe pelos profissionais de nível superior: enfermeiro, fisioterapeuta e médico. A depender da necessidade do paciente crítico podem necessitar de 02 ou 03 membros da equipe de enfermagem devido os riscos ergonômicos para os profissionais. Quanto maior a gravidade do paciente crítico podem necessitar da colaboração do fisioterapeuta e do médico. A Unidade deve dispor de dispositivos de prevenção de LPP para que a mudança seja realizada com conforto, segurança e qualidade.

A mudança de decúbito de pacientes de cuidados intensivos, segundo a Resolução Cofen 543/2016 é da Equipe de Enfermagem (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem) a realização deste procedimento. Cabe ao Enfermeiro a avaliação completa do paciente/cliente para





CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

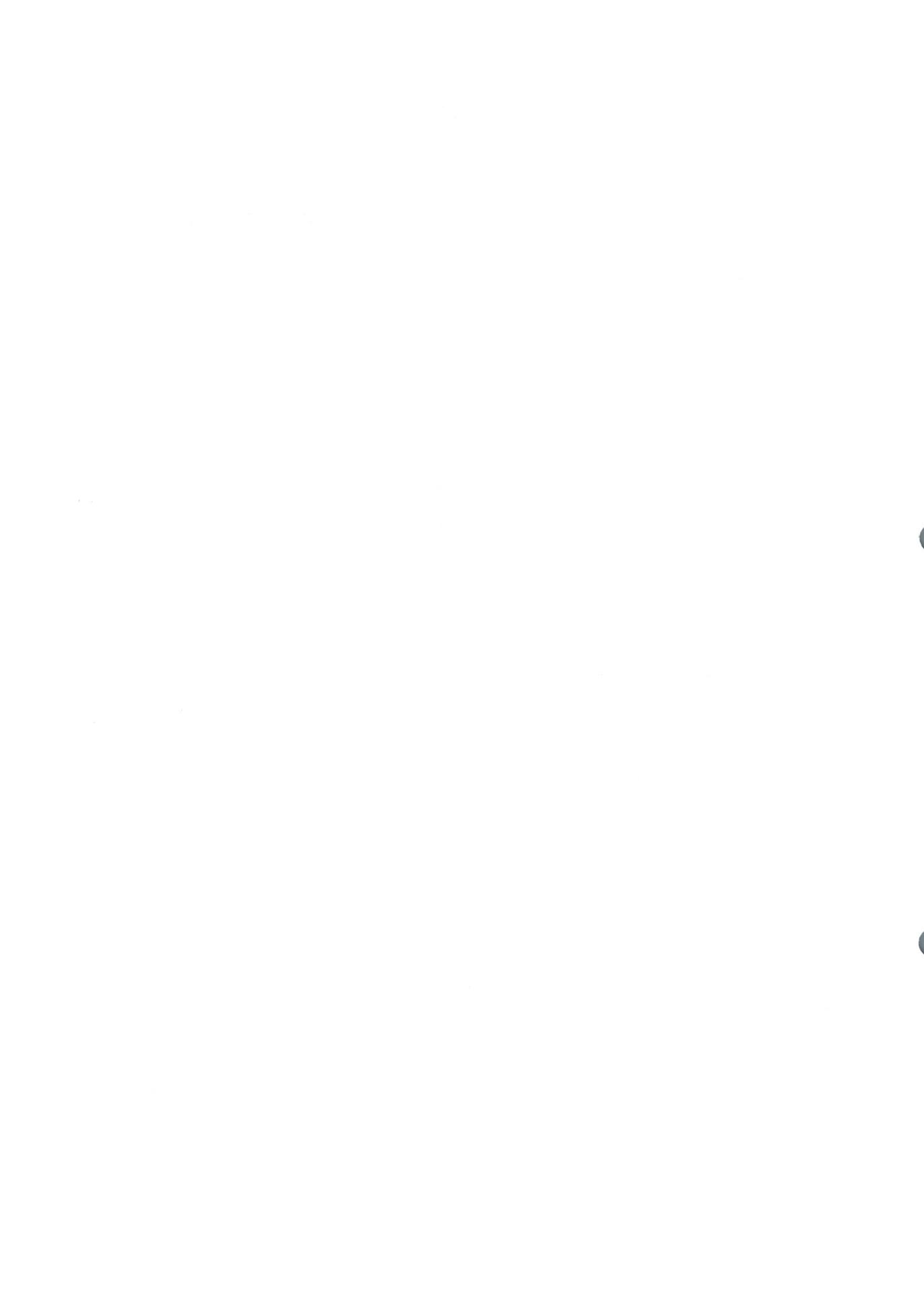
Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

elaboração do planejamento da assistência de acordo com conhecimentos científicos e tecnológicos, bem como a tomada de decisões imediatas em casos de intercorrências. A prescrição e o aprazamento em horários específicos devem ser realizados também pelo Enfermeiro.

As anotações precisam estar registradas no prontuário do cliente/paciente de acordo com o aprazamento e com todas as observações necessárias, tais como: intercorrências, posicionamento, extubação acidental, detecção de LPP, medidas de proteções adotadas, contenções, dentre outros cuidados pertinentes. E deve ser realizada por toda a equipe.

A assistência prestada deve se basear no Processo de Enfermagem como Metodologia de Assistência, na elaboração/implementação de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e outros protocolos institucionais, para atestar sua legalidade e validade. Aconselha-se a consulta periódica ao <http://www.cofen.gov.br/pareceres-tecnicos> em busca de normatizações vigentes a respeito do assunto, bem como consulta ao site do Coren Piauí: www.coren-pi.com.br.

É o parecer, salvo melhor juízo.





CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Taís Pagliuco *et al.* Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 243-8, 2014.

BRASIL. Decreto n. 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: Seção 1, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 8853, 09 jun. 1987.

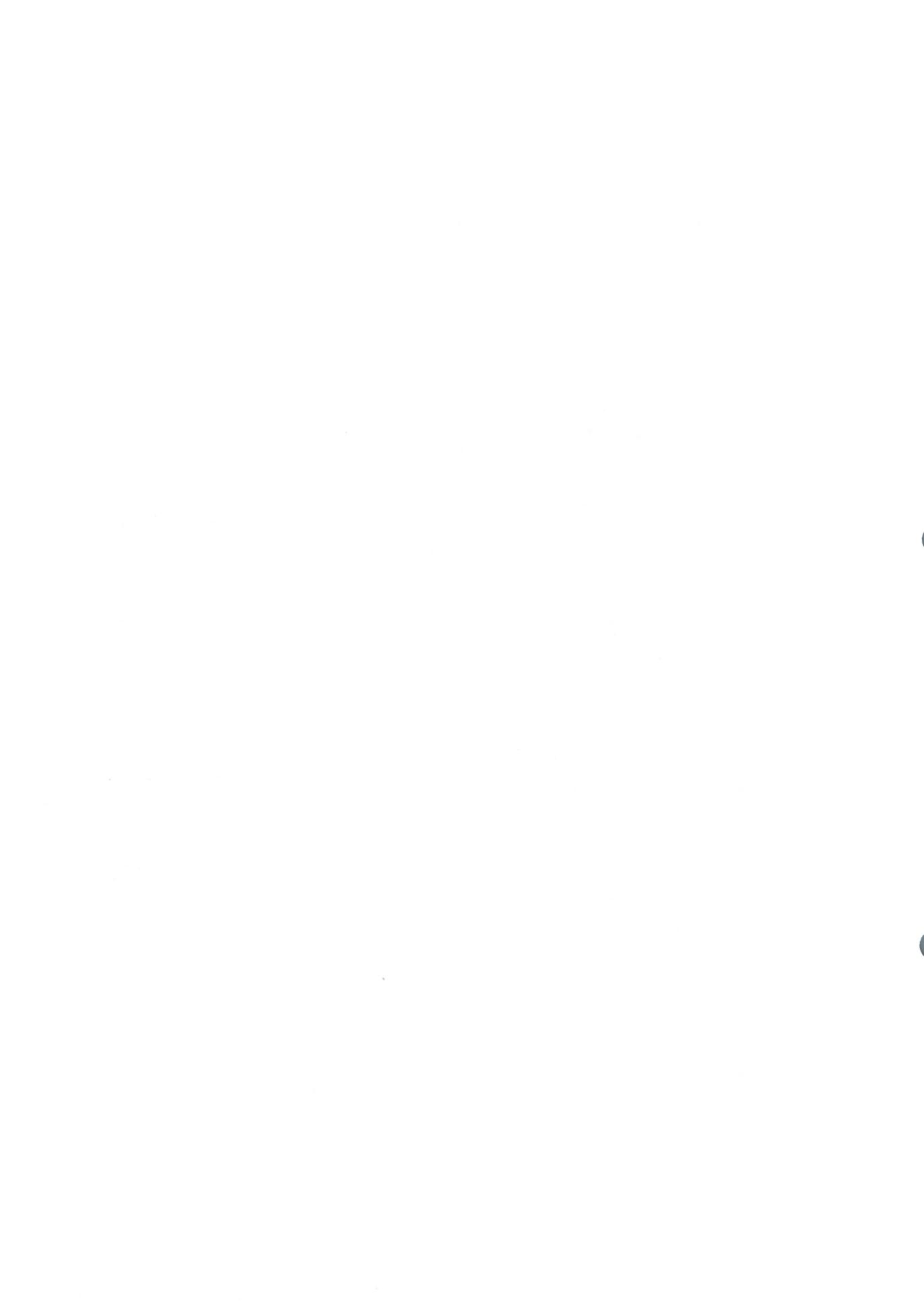
BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: Seção 1, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 9.273 a 9.275, 26 jun. 1986.

BRASIL. Resolução Cofen n. 358, de 15 de outubro de 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2009. Seção 1, p. 179.

BRASIL. Resolução Cofen n. 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 jun. 2012. Seção 1, p. 288.

BRASIL. Resolução Cofen n. 514, de 05 de maio de 2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 junho 2016. Seção 1, p. 84.

BRASIL. Resolução Cofen n. 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 dez. 2017. Seção 1, p. 157.





CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

BRASIL. Resolução Cofen n. 639, de 06 de maio de 2020. Dispõe sobre as competências do Enfermeiro no cuidado aos pacientes em ventilação mecânica no ambiente extra e intra-hospitalar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 maio 2020. Seção 1, p. 222.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Estratégias para segurança do paciente em hospitais e clínicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BULHÕES, Ivone. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Folha Carioca; 1994.

CAETANO, Vanusa Caiafa; CRUZ, Danielle Teles da; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Perfil dos pacientes e características do tratamento fisioterapêutico aplicado aos trabalhadores com LER/DORT em Juiz de Fora, MG. **Fisioter Mov.**, v. 23, n. 3, p. 451-460, 2010.

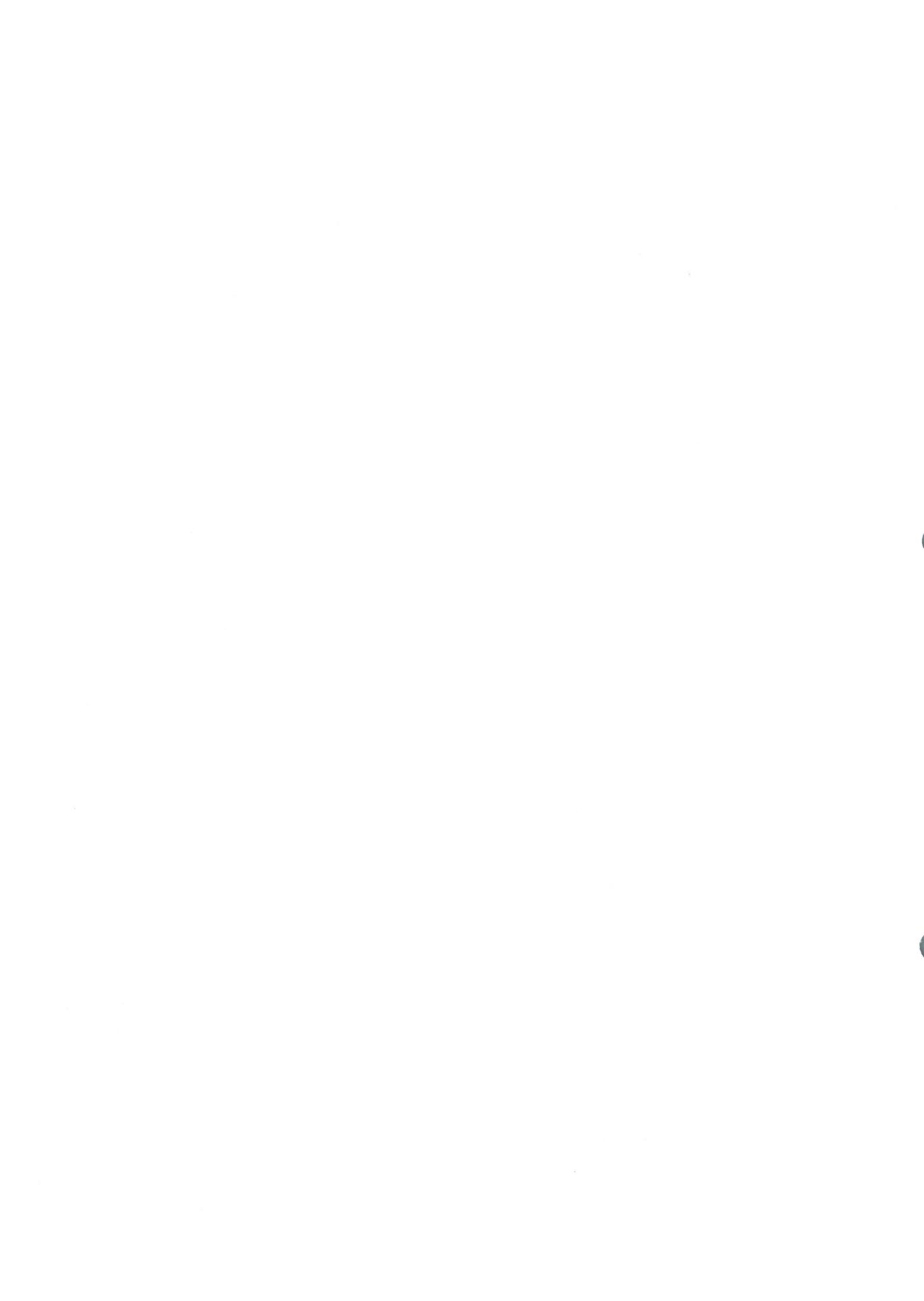
CASTELLÕES, Théia Maria Forny Wanderley; SILVA, Lolita Dopico da. Ações de enfermagem para a prevenção da extubação acidental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 540-5, jul./ago. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de enfermagem**. Brasília, DF: Cofen, 2016.

DEALEY, Carol. **Cuidando de feridas**. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2008.

DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; BULECHEK, Gloria M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, fev. 2015.

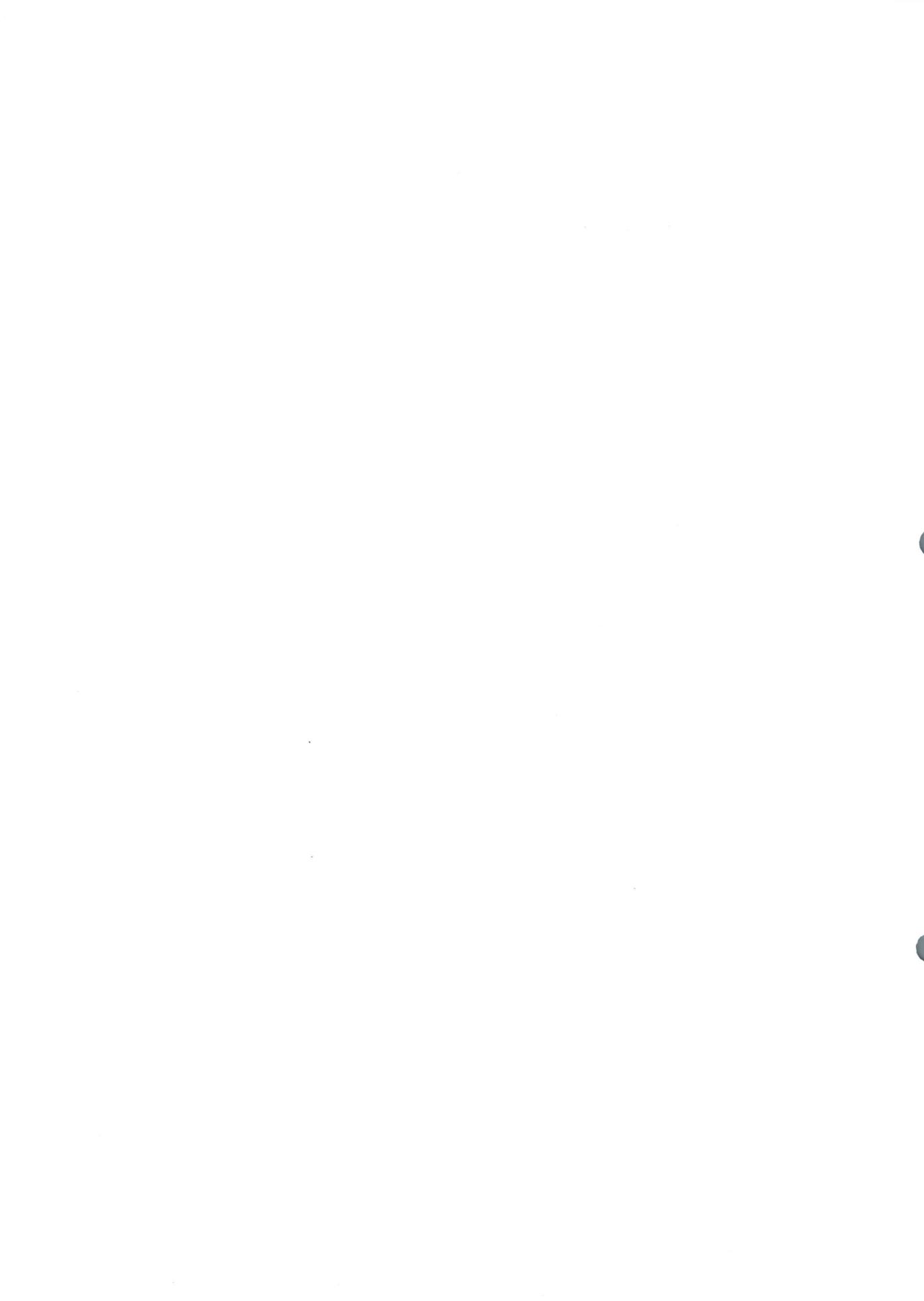




CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

- MANFREDINI, Geruza Maria Silva Gonçalves; MACHADO, Regimar Carla; MANTOVANI, Renata. Posição prona na síndrome do desconforto respiratório agudo: Assistência de Enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 7, n. 8, p. 5288-97, 2013.
- MARTINS, Dulce Aparecida; SOARES, Fabiana Fernandes Rego. Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas Gerais. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 13, n. 1, p. 83-87, jan./mar.2008.
- MARUITI, MR Marina Rumiko; GALDEANO, Luiza Elaine. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 37-43 .2007.
- OLKOSKI, Elaine; ASSIS, Gisela Maria. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 363-369, abr./jun. 2016.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Departamento da Qualidade na saúde. Orientação da direção-geral da saúde. **Escala de Braden: Versão Adulta e Pediátrica (Braden Q)**. Lisboa, PT: Ministério da Saúde, 2011.
- POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.
- ROCHA, Fernanda Emanuelle Viomar *et al.* O uso da posição prona em pacientes com diagnóstico de COVID-19: uma revisão sistemática. **Revista FisiSenectus**, v. 8, n. 1, p. 133-142, 30 nov. 2020.
- ROQUE, Keroulay Estebanez; TONINI, Teresa; MELO, Enirtes Caetano Prates. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, p. 1-15, out. 2016.
- SARAIVA, Isabella Leonetti; PAULA, Maria de Fátima Corrêa; CARVALHO, Rachel de. Úlcera por pressão no período transoperatório: ocorrência e fatores associados. **Rev. SOBECC**, v. 19, n. 4, p. 207-213, 2014.
- SILVA, Renata Flavia Abreu da Silva; NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca. Mobilização terapêutica como cuidado de enfermagem: evidência surgida da prática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 413-9, 2012.





CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ

Autarquia Federal – Lei nº 5.905/73

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Núcleo de Protocolos Multiprofissionais. Protocolo multiprofissional: pronação em clientes com síndrome do desconforto respiratório agudo. Uberaba, MG: EBSERH; UFTM, 2020.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.

IV - DO ENCERRAMENTO

Este signatário apresenta o presente trabalho concluído, constando de 16 folhas digitadas de um só lado, todas rubricadas e numeradas, exceto esta última, que segue devidamente datada e assinada, colocando-se à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Teresina, PI, 20 de setembro de 2021.


DEUSA HELENA DE ALBUQUERQUE MACHADO¹
Conselheiro Relator
Coren-PI nº 264.042-ENF

Homologado pelo Plenário do Coren-PI na 559.^a Reunião Ordinária.

