

PARECER TÉCNICO COREN/PR Nº 06/2017

Competência dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem na realização de curativos de grau II.

1. Do Fato

Enfermeira solicita parecer sobre a competência na realização de curativos de grau II pelos técnicos e auxiliares de enfermagem.

2. Da Fundamentação e Análise

O National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão e a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação. A Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e a Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) transcreveram o documento e implementaram para o Brasil (NPUAP, 2016; SOBEST; SOBENDE, 2016).

Lesão por pressão é conceituada como um agravo ocasionado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, comumente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato (SOBEST; SOBENDE, 2016).

Grande parte das lesões por pressão, antes denominadas úlceras por pressão, são eventos evitáveis, mas a partir do momento em que se instalam são necessários cuidados específicos por parte da equipe de enfermagem e geram altos custos no tratamento (ASCARI, et al., 2014; LUZ, et al., 2010; KNOBEL, 2006).

A ocorrência da lesão se dá devido à tolerância do tecido em contato com uma pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento que também pode ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (POTTER; PERRY, 2005; SOBEST; SOBENDE, 2016).

De acordo com o NPUAP (2016) as lesões são classificadas em :

Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece. Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou

consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total. Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular. Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível. Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança

na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

Importante ressaltar que O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2015) regulamentou a competência da equipe de enfermagem no cuidado as lesões com o objetivo de efetivar o cuidado e segurança do paciente submetido ao procedimento de curativo.

Acerca das competências do enfermeiro destaca-se:

1. Geral:

a) Realizar curativos, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado às feridas.

2. Específicas: [...]

[...] c) Estabelecer prescrição de medicamentos/coberturas utilizados na prevenção e cuidado às feridas, estabelecidas em Programas de Saúde ou Protocolos Institucionais.

d) Realizar curativos de feridas em Estágio III e IV.

e) Os curativos de feridas em Estágio III, após sua avaliação, poderão ser delegados ao Técnico de Enfermagem.

f) Executar o desbridamento autolítico, instrumental, químico e mecânico. [...]

[...]h) Estabelecer uma política de avaliação dos riscos potenciais, através de escalas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional.

i) Desenvolver e implementar plano de intervenção quando um indivíduo é identificado como estando em risco de desenvolver úlceras por pressão, assegurando-se de uma avaliação completa e contínua da pele.

j) Avaliar estado nutricional do paciente através de seu IMC e se necessário utilizar-se de indicadores nutricionais como: hemoglobina, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D.

k) Participar de programas de educação permanente para incorporação de novas técnicas e tecnologias, tais como coberturas de ferida, laser de baixa intensidade, terapia por pressão negativa, entre outros.

l) Executar os cuidados de enfermagem para os procedimentos de maior complexidade técnica e aqueles que exijam tomada de decisão imediata.

- m) Garantir com eficácia e eficiência o reposicionamento no leito (mudança de decúbito), devendo estar devidamente prescrito no contexto do processo de enfermagem.
- n) Coordenar e/ou participar de testes de produtos/medicamentos a serem utilizados na prevenção e tratamento de feridas.
- o) Prescrever cuidados de enfermagem aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, observadas as disposições legais da profissão. [...]
- t) Quando necessário, realizar registro fotográfico para acompanhamento da evolução da ferida, desde que autorizado formalmente pelo paciente ou responsável, através de formulário institucional.
- u) Registrar todas as ações executadas e avaliadas no prontuário do paciente, quanto ao cuidado com as feridas.

Ao Técnico de Enfermagem compete a realização de curativos em lesões de grau 1/I e 2/II, de grau 3/III apenas quando delegadas pelo enfermeiro. Ao Auxiliar de Enfermagem compete a realização de cuidados com as lesões de grau 1/I.

O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem irão auxiliar o Enfermeiro nos curativos de lesões em grau 3/III e 4/IV; realizar orientações ao paciente quanto aos procedimentos realizados e aos cuidados com a lesão; executar a prescrição de enfermagem; registrar no prontuário do paciente a característica da lesão, procedimento executado, bem como as queixas apresentadas e/ou qualquer anormalidade, comunicando ao Enfermeiro as intercorrências; também precisam atualizar-se participando de programas de educação permanente (COFEN, 2015).

A decisão COREN SC (2014) estabelece que é função do profissional enfermeiro a realização de curativos de média e alta complexidade. Entende-se por curativo de média complexidade técnica, aqueles que contenham: secreção, dispositivo intravenoso em veia periférica, lesão por complicação de diabetes, queimadura de extensão média, úlcera por estase venosa e por curativos de alta complexidade técnica aqueles realizados em cavidades abertas, com tração, enxertos de grande extensão, queimaduras grandes, úlcera de pressão profunda, dispositivos em veia profunda (jugular, femural e subclávia).

Diante do exposto destaca-se a importância dos profissionais fundamentarem suas ações tornando efetiva a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem conforme Resolução COFEN 358/2009 e nos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente (COFEN, 2009; BRASIL, 2013).

3. Da Conclusão

Com base na literatura e na legislação apresentada entende-se que o cuidado a lesão por pressão de grau 4 é considerada complexa, portanto estão embasadas na Lei 7.498/86 e no Decreto 94.406/87 que define como ação privativa do Enfermeiro. As lesões de grau 3 o enfermeiro poderá delegar ao técnico de enfermagem desde que devidamente prescrito e capacitado para tal cuidado e que não estejam descritos nas situações acima citadas (COFEN, 2015).

Portanto cabe ao enfermeiro, como coordenador da equipe de enfermagem a responsabilidade pela avaliação do paciente, a identificação das alterações de pele, a classificação/acompanhamento dos níveis das lesões, bem como a utilização de escalas de avaliação de risco que possuam comprovações científicas de funcionalidade e eficácia, a implementação do processo de enfermagem, do protocolo de curativo e de segurança do paciente, assim como o registro dessas informações (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987, COFEN, 2015) .

Aos técnicos de enfermagem cabem a realização dos curativos nas lesões de pressão de grau 1/I e 2/II, e quando prescrito e capacitado pelo enfermeiro as de grau 3/III, assim como assistir o enfermeiro no planejamento das atividades de assistência (COFEN, 2015).

Aos Auxiliares de Enfermagem compete à realização de curativos nas lesões de grau 1/I, cuidados de higiene e conforto ao paciente (COFEN, 2015).

É imprescindível ressaltar que os profissionais da equipe de enfermagem precisam estar cientes de sua capacidade, competência e habilidade para garantir uma assistência livre de riscos provenientes da negligência, imperícia e imprudência, conforme previsto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem na Resolução 311/2007.

É o parecer.

Curitiba, 20 de junho de 2017.



Fabíola Schirr Cardoso
Colaboradora



Amarilis Schiavon Paschoal
Conselheira

REFERENCIAS

ASCARI, R. A.; VELOSO, J.; SILVA, G. M.; KESSLER, M. Úlcera por Pressão: um desafio para a enfermagem. Braz. J. Surg. Clin. Res. v. 6, n. 1, pp. 11-16, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279718506_ulcera_por_pressao_um_desafio_para_a_enfermagem.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM DERMATOLOGIA. SOBEST; SOBENDE. **Classificação das Lesões por Pressão - Consenso NPUAP 2016** - Adaptada culturalmente para o Brasil. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução n. 311/2007**. Aprova a reformulação do Código de ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução n. 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. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução n. 0501/2015**. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. COREN SC. **Resposta Técnica n. 018/2014**. Disponível em: <http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Resposta-T%C3%A9cnica-018-2014-CT-responsabilidade-t%C3%A9cnica-do-enfermeiro-no-cuidado-com-feridas.pdf>

KNOBEL, E. **Terapia Intensiva: enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

LUZ, S. R.; LOPACINSK, A. C.; FRAGA, R.; URBAN, C. A. Úlceras de pressão. **Rev. Geriatria & Gerontologia**. v. 4, n. 1, p. 36-43, 2010. Disponível em: <http://www.sbgq.org.br/profissionais/arquivo/revista/volu-me4-numero1/artigo06.pdf>



NPUP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. 2016. **Estágios da Lesão por Pressão**. Disponível em:< <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.