

PARECER - SOBEST N° 01/2018.

ASSUNTO: RESPALDO TÉCNICO E LEGAL DO ENFERMEIRO PARA DIAGNOSTICAR CLINICAMENTE LESÃO TISSULAR PROFUNDA.

1. DO FATO

Questionamento sobre se o enfermeiro tem competência técnica e legal para fazer o diagnóstico clínico de Lesão Tissular Profunda.

2. DA FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE

No dia 13 de abril de 2016, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) anunciou a mudança na terminologia da Úlcera por Pressão (UP) para Lesão por Pressão (LP) e também a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação.

As LP são classificadas para indicar o dano tissular. Desta forma, a alteração da terminologia de Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão se deu devido ao fato de que nem todos os estágios da UP se caracterizavam por uma "úlcera" de fato (perda da integridade tissular), como ocorre nos estágios 1 e lesão tissular profunda, e por isso a alteração para "lesão".

O termo **Lesão Tissular Profunda** é utilizada no sistema de classificação de LP para caracterizar o dano tissular que apresenta as seguintes características:

"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. 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, fásia,

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

Não se deve utilizar a categoria **Lesão por Pressão Tissular Profunda** (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas” (NPUAP, 2016).

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem o cuidado de Enfermagem se fundamenta no:

“...conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar. O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico” (Resolução COFEN Nº 564/2017),.

Considerando a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras

“A Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (Resolução COFEN Nº 358/2009).”

Art. 1º – Ao Enfermeiro incumbe:

I – Privativamente:

A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas:

Consulta de Enfermagem

Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

Para a implementação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminados a seguir:

Histórico: Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.



Exame Físico: O Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

Diagnóstico de Enfermagem: O Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

Considerando também os Diagnósticos de Enfermagem, de acordo com a *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, em que temos:

Domínio 11. Segurança/proteção

00046 Integridade da pele prejudicada

Definição: Epiderme e/ou derme alterada

Características definidoras: alteração na integridade da pele; matéria estranha perfurando a pele.

Fatores associados:

- externos: fatores mecânicos (por exemplo: forças de cisalhamento, pressão, imobilidade física)
- este é apenas um dos fatores;
- internos: pressão sobre saliência óssea - este é apenas um dos fatores;

Domínio 11. Segurança/proteção

00047 Risco de integridade da pele prejudicada

Definição: Vulnerabilidade à alteração na epiderme e/ou derme, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco:

- externos: fatores mecânicos (por exemplo: forças de cisalhamento, pressão, imobilidade física) - este é apenas um dos fatores;
- internos: pressão sobre saliência óssea - este é apenas um dos fatores;



Domínio 11. Segurança/proteção

00044 Integridade tissular prejudicada

Definição: Dano em membrana mucosa, córnea, tecido tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.

Características definidoras: tecido destruído; tecido lesado.

Fatores relacionados: fator mecânico; mobilidade prejudicada - estes são apenas dois dos fatores;

Domínio 11. Segurança/proteção

00248 Risco de integridade tissular prejudicada

Definição: Vulnerabilidade a dano em membrana mucosa, córnea, tecido tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.

Fatores de risco: fator mecânico; mobilidade prejudicada - estes são apenas dois dos fatores;

Domínio 11. Segurança/proteção

00249 Risco de úlcera por pressão

Definição: Vulnerabilidade à lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento.

Fatores de risco: adulto com escore na Escala de Braden < 18; criança com escore na Escala de Braden < 16; pressão sobre proeminência óssea; - estes são apenas três dos fatores;

3. CONCLUSÃO

Frente ao exposto acima, justificamos que faz parte do saber específico do Enfermeiro o conhecimento sobre as lesões de pele que podem acometer o ser humano e que é atividade privativa realizar o diagnóstico dessas alterações durante a realização do exame físico da pessoa/paciente baseados em conhecimento científico. Desta forma, o Enfermeiro deverá estar

capacitado para fazer a avaliação clínica consistente e classificar a LP de acordo com as características dos tecidos envolvidos.

Portanto, o termo **Lesão por Pressão Tissular Profunda** poderá ser utilizado pelo Enfermeiro sem que haja implicação ética no exercício da profissão.

Colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos que sejam necessários.

É o nosso parecer.

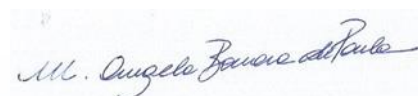
São Paulo, 10 de fevereiro de 2018.



Ms. Ednalda Maria Franck
Enf^ª ET [TiSOBEST]
1^ª Tesoureira - SOBEST
Gestão 2018-2020



Ms Sílvia Angélica Jorge
Enf^ª ET [TiSOBEST]
Vice-presidente e Diretora Dpto Científico
Gestão 2018-2020



Prof^ª Dr^a Maria Angela Boccara de Paula
Enf^ª ET [TiSOBEST]
Presidente SOBEST
Gestão 2018-2020

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinência (SOBEST) e Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). Classificação das lesões por pressão: consenso NPUAP 2016 – adaptada culturalmente para o Brasil. Agosto 2016. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>).

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N° 564/2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N° 358/2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2722002-revogada-pela-resolucao-cofen-n-3582009_4309.html.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. Abril 2016. Disponível em: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury>