

DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO GNEAUPP N° 13 “Enfermeiras Consultoras em Feridas Crônicas”

Maio 2016



DOCUMENTOS DE
POSICIONAMIENTO

DOCUMENTO N° 13

ENFERMERAS CONSULTORAS EN HERIDAS CRÓNICAS

MAYO DE 2016



O PRESENTE DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO FOI ELABORADO POR:

AUTORES:

PROF. DR. J. JAVIER SOLDEVILLA ÁGREDÁ

Enfermeiro. Antropologista. Doutor pela Universidad de Santiago de Compostela. UGC de Doenças Infecciosas. Hospital San Pedro. Professor na Escola de Enfermagem de Logroño. Especialista no Cuidado de Feridas Crónicas acreditado pelo GNEAUPP. Diretor do GNEAUPP.

PROF. DR. FRANCISCO PEDRO GARCÍA FERNÁNDEZ

Enfermeiro. Doutor pela Universidad de Jaén. Professor do Departamento de Enfermagem. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Jaén. Especialista no Cuidado de Feridas Crónicas acreditado pelo GNEAUPP. Membro do Comité Diretor do GNEAUPP.

DR. PABLO LÓPEZ CASANOVA

Enfermeiro. Doutor pela Universidad de Alicante. Centro de Saúde de Onil (Alicante). Especialista no Cuidado de Feridas Crónicas acreditado pelo GNEAUPP. Membro do Comité Diretor do GNEAUPP.

Como citar este documento:

Soldevilla-Ágreda, JJ; García-Fernández, FP; López-Casanova, P. Enfermeiras Consultoras em feridas Crónicas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 13. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2016.

© 2016 GNEAUPP – 1a edición
ISBN-13: 978-84-608-5624-5

Edición y producción: GNEAUPP**Imprime: GNEAUPP**

Os autores do documento e o Grupo Nacional para o Estudo e Aconselhamento em Úlceras por Pressão e Feridas Crónicas, firmemente convencidos de que o conhecimento deve circular livremente, autorizam a utilização do presente documento para efeitos científicos e/ou educativos sem fins lucrativos.
É proibida a reprodução total ou parcial do mesmo sem autorização dos proprietários intelectuais do documento quando seja utilizado para propósitos nos que as pessoas que os utilizem obtenham algum tipo de remuneração, económica ou em géneros.

Tradução para português:

Lourdes Muñoz-Hidalgo

Enfermeira. Mestre em Gestão Integral e Investigação no Cuidado de Feridas Crónicas. Especialista no Cuidado de Feridas Crónicas acreditada pelo GNEAUPP. Membro da ELCOS, Sociedade Portuguesa de Feridas. Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas. Coimbra, Portugal.

Reconhecimento – Não Comercial – Compartilhar Igual (by-nc-sa): No se permite a utilização comercial da obra original nem das possíveis obras derivadas, a distribuição das quais se deve fazer com una licencia igual à que regula a obra original.



ÍNDICE

1. Justificação e definição	4
1.1. Porquê enfermeiras consultoras em feridas crónicas?	4
1.2. Definição de enfermeira consultora em feridas crónicas?	6
2. Competências e áreas de atuação	7
2.1. Aptidões da enfermeira de referência em feridas crónicas	7
2.2. Principais competências das enfermeiras de referência em feridas crónicas	8
2.3. Área de atuação das enfermeiras consultoras em feridas crónicas	9
3. Equipas de apoio e suporte às enfermeiras em feridas crónicas	11
3.1. Modelos de equipas	11
3.2. Composição das equipas	13
4. Bibliografia	15



1. JUSTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO

1.1. Porquê enfermeiras consultoras em feridas crónicas?

Percebemos as feridas crónicas como as lesões da pele com exígua ou nula tendência à cicatrização, enquanto as causas que as produzem se mantiverem¹. As feridas crónicas complexas, de difícil cicatrização ou de evolução tórpida ou refratária aos tratamentos habituais, são aquelas que não evoluem adequadamente no tempo esperado, tal e como aparece refletido na definição: “...é uma ferida que requer para a sua cicatrização períodos prolongados no tempo, em 6 semanas não atinge o processo de encerramento da mesma e que cicatriza por segunda intenção, num complexo processo que elimina e substitui o tecido danificado²”, aquelas feridas que não seguem um processo de restabelecimento organizado ou que não acompanham a recuperação da integridade anatómica e funcional³.

As feridas crónicas complexas são um problema importante no âmbito da saúde pública, como foi determinado em capítulos anteriores (tendo a incidência, propensão para o aumento pelo envelhecimento da população e a exposição a riscos conhecidos relacionados com as lesões crónicas) mas, até a data, ignorado, emascarado e subestimado, o que trava o avanço no conhecimento, detecção e detenção⁴.

Um problema que transcende ao plano estritamente da saúde, aumentando a morbi-mortalidade e qualidade devida dos utentes e os seus cuidadores, com repercussões severas de índole económico, ético e legal.

As feridas crónicas complexas (úlceras por pressão, pé diabético, úlceras arteriais, úlceras venosas, etc.) a miúdo são concebidas como algo inerente à idade, associadas indefetivelmente a determinados processos patológicos ou ligadas a situações de terminalidade, outorgando-lhes um imerecido credo de “processo inevitável” ou de “problemas menores e colaterais”, sentenciando os danificados, a um ostracismo e frequente falta de atenção adequada.



Esta consideração contagiou historicamente à própria comunidade científica cujo enfase investigador nesta matéria tem sido débil, a formação dos profissionais de saúde muito deficiente e as propostas de atenção dos sistemas de saúde, desfocadas, inespecíficas e escassas.

Nas feridas crónicas complexas o processo de cicatrização se encontra alterado, sendo a probabilidade de cicatrização baixa se forem deixadas evoluir de maneira natural⁵, ou com intervenções convencionais e tradicionais, acrescentando que a maior parte destas lesões podem evitar-se com medidas preventivas e utilização de material adequado recomendado nas diretrizes de prática clínica da comunidade científica⁶.

O dia a dia da atenção destas feridas de “difícil cicatrização” requer, pela transcendência, de novos modelos organizativos que integrem e concebam novos dispositivos assistenciais com espaços específicos, especializados, multidisciplinares e eficientes (unidade clínicas de feridas) que incluam melhoras nos serviços, novas tecnologias⁷, garantindo a utilização racional das mesmas, melhorando a organização clínica e a coordenação dos níveis assistenciais, com profissionais mais eficientes e efetivos que garantam um cuidado continuado dos utentes com feridas e o desenvolvimento da figura de enfermeira consultora em feridas.

Em diferentes países à nossa volta foi criada a figura da enfermeira consultora ficando demonstrada a sua efetividade tanto a nível clínico sobre utentes com lesões de perna⁸⁻⁹, úlceras por pressão¹⁰⁻¹¹ ou recentemente o pé diabético¹², do mesmo modo sobre a satisfação dos utentes¹³. Figura muito valorizada nos centros onde existem ou entre os próprios profissionais como líderes de opinião capazes de difundir informação adequada ao resto de profissionais de saúde relacionados com as feridas crónicas¹⁴, o que representa um efeito importante sobre a prática clínica diária.



Como podemos depreender, a figura da enfermeira consultora em feridas crónicas se constrói numa esfera complexa e dinâmica (às clássicas medidas de prevenção e detecção precoce ter-se-ão de adicionar como elementos chave numa estratégia global para a luta contra o aparecimento de feridas crónicas complexas, o diagnóstico e tratamento, o seguimento, e os aspectos psicossociais e reabilitadores), que apresentará importantes retos para oferecer uma atenção que tenha em conta o curso completo do processo, que seja efetivo, de qualidade e sustentável.

1.2. Definição de enfermeira consultora em feridas crónicas?

Com frequência designamos indistintamente e com similitude a enfermeira consultora de feridas e a enfermeira referente em feridas crónicas. Embora não seja o mais relevante, convidamos a usar o de enfermeira consultora para este profissional, uma vez que referente é um termo tipo, menos ajustado às competências que a seguir descreveremos para esta figura.

A enfermeira consultora é, superando e transcendendo à enfermeira especialista, uma enfermeira com perfil de competências de prática avançada em feridas crónicas.

A enfermeira consultora é um profissional com amplos conhecimentos, habilidades e aptidões, com capacidades e liderança na tomada de decisões clínicas, preventivas, diagnósticas e terapêuticas relacionadas com as feridas crónicas e baseadas nas melhores evidências disponíveis (projetar estratégias preventivas ante cada processo, realizar uma avaliação clínica correta, solicitar e interpretar os exames diagnósticos requeridos, estabelecer uma identificação adequada da origem das lesões, manejar a terapia mais adequada de cada ferida em cada momento, etc.), tendo em conta a situação global de saúde do utente e o seu meio envolvente nos cuidados.



2. Competências e áreas de atuação

2.1. Aptidões da enfermeira de referência em feridas crônicas

Independentemente do nome que atribuímos à figura (enfermeira referente ou enfermeira consultora em feridas crônicas) o que não pode suscitar dúvidas é o perfil de competência. O mesmo deve ser o de uma Enfermeira de Prática Avançada (EPA).

O Conselho Internacional de enfermagem (CIE) no documento de trabalho elaborado sobre a definição das características e o rol das EPA (Nurse Practitioner and Advanced Roles realizada por el International Council Nursing Advanced Practice Network)¹⁵ define a EPA como:

“Uma enfermeira registrada que adquiriu conhecimento especialista, as aptidões para a tomada de decisões complexas e as competências clínicas para desenvolver a sua prática, cujas características estão determinadas pelo contexto e/ou país no que está autorizada para exercer. Recomenda-se o nível de Mestrado como requisito de início”⁽¹⁵⁾.

Neste ponto, seria interessante distinguir a enfermeira especializada da EPA. A primeira utiliza a sua experiência e a sua intuição para resolver os problemas de saúde dos utentes, enquanto a EPA utiliza uma metodologia específica baseada na sua preparação, o que permite analisar situações complexas, com a utilização de dados científicos e a prática reflexiva para a tomada de decisões com os utentes. O que caracteriza essencialmente a EPA não são as tarefas ou técnicas realizadas (independentemente da complexidade das mesmas) mas sim o conhecimento especializado, a autonomia para a tomada de decisões complexas, as aptidões clínicas necessárias para assumir o cuidado dos utentes, tais como: utilização de sistemas de avaliação avançados, juízo diagnóstico, prescrição de terapêuticas e as competências de docência, investigação e/ou gestão dos cuidados.



Por tudo isso, as enfermeiras em feridas crónicas devem situar-se neste contexto de competências, porém quando terão de atender os utentes em ambientes complexos e dinâmicos, que apresenta contínuos e importantes retos para oferecer uma atenção às feridas crónicas (FC) tendo em conta o percurso completo do processo. Mas ao mesmo tempo toda a atuação deve ser efetiva, de qualidade e sustentável; é por isso que é exigido o desenvolvimento de novos modelos organizativos que estejam comprometidos pelo avanço no sentido da integração dos dispositivos assistenciais, promovendo a utilização eficiente dos recursos e maior satisfação do usuário, desenvolvendo novas intervenções nos diferentes níveis assistenciais que garantam uma melhor coordenação dos mesmos.

2.2 Principais competências das enfermeiras de referência em feridas crónicas

Dentro da vasta gama de competências que se pede à EPA em FC destacam-se 4 aspectos:

- Devem ser líderes que garantam o direito a cuidados de saúde com todos os recursos técnicos e humanos que o utente e a família necessitarem em função das possibilidades da unidade assistencial.
- Devem ser consultores que tornem eficiente a atenção das pessoas com feridas crónicas.
- Devem ser responsáveis na optimização dos recursos uma vez que estes são limitados, sobretudo em tempos de instabilidade socioeconómica.
- Devem ser aglutinadores da atividade investigadora e docente em matéria de feridas crónicas.



2.3 Área de atuação das enfermeiras consultoras em feridas crônicas

- a) As enfermeiras consultoras devem ser detentoras de formação específica em feridas crônicas que lhes permita proporcionar cuidados diretos aos utentes e família ou cuidadores, para estabelecer e manter a saúde física e psicológica do utente promovendo a segurança e proteção relacionadas com as feridas (com um conhecimento especializado em factores de risco de todas as feridas crônicas e com capacidade de reconhecimento os sinais de desvio do processo normal de cicatrização).

Têm que ter a capacidade de prescrever o tratamento adequado (incluindo o tratamento tópico e terapias coadjuvantes) para proporcionar a correta cicatrização das lesões.

Devem poder prevenir e lidar com a infeção tão frequente neste tipo de lesões ao mesmo tempo que atuam sobre a dor associada às feridas e mudanças de pensos.

- b) Devem também proceder como ativo de mudança implementando uma pratica adequada para os cuidados das feridas.

Participar na elaboração de protocolos e GPC baseadas na evidência, sendo a ligação com as auditorias de efetividade clínica das unidades de qualidade, implementando as últimas investigações na pratica clínica.

Também devem desenvolver e implementar as políticas de cuidados estabelecidas para a profissão, participando nos estudos para determinar a eficácia das suas intervenções e os seus resultados com os utentes e familiares.

- c) Converter-se em elemento básico na educação e a formação de utentes, cuidadores e profissionais, participando em todas as estratégias de informação e formação de ambos, ao mesmo tempo que serem referentes neste tipo de lesões para os estudos de graduação e pós-graduação das diferentes disciplinas das ciências da saúde.



d) Devem contribuir na gestão eficiente dos recursos. Para isto devem possuir as competências adequadas em gestão, manipulação e distribuição dos distintos materiais para a prevenção das feridas crónicas. Serem partícipes ativas na seleção/adquisição e compra dos materiais de prevenção e tratamento.

Devem colaborar na utilização adequada e eficiente dos produtos (o ajuste do material ao utente, à lesão e ao meio em que se aplica).

e) Contribuir de maneira efetivana tomada de decisões éticas sobre a pratica da enfermeira. Este é um elemento fundamental e como foi visto no capítulo 10, especialmente quando desde a “Declaração do Rio de Janeiro sobre a prevenção das úlceras por pressão” é considerado um Direito Universal⁽¹⁶⁾.

f) Atuar como consultor de outros profissionais em qualquer nível assistencial. Este espaço de atuação, talvez seja o mais importante dos que tem que assumir este novo profissional. Deve ser a pessoa de referencia À que deve recorrer qualquer profissional de saúde (independentemente do estrato profissional ou âmbito assistencial) para que lhe proporcione apoio e orientação, especialmente em:

- i. Feridas crónicas de evolução especialmente tórpida, ou com desvio do curso natural do processo de cicatrização.
- ii. Casos onde exista incapacidade para realizar o procedimento de enfermagem no seu contexto assistencial.
- iii. Quando o profissional que atende diretamente o utente tenha duvidas sobre o critério ou guia para seguir.
- iv. Ou perante qualquer outra situação que o profissional considere, mas que justifique, a consulta com a EPA em FC, sem cair no erro de converter esta figura tão valiosa num elemento de descarrega de utentes “difíceis” ou “especiais” por parte do profissional responsável na atenção direta.



3. Equipas de apoio e suporte às enfermeiras em feridas crónicas

A complexidade do processo junto ao aumento exponencial do conhecimento científico, recomenda o desenvolvimento duma figura com aptidão para assumir e coordenar em todos os níveis assistenciais a atenção a estes utentes de maneira interdisciplinar.

A estrutura da organização ou nível assistencial onde se desenvolver a Unidade Multidisciplinar de Feridas Crónicas / Clínica de Feridas, definirá a composição definitiva da equipa da mesma, da mesma maneira determinará o tempo de dedicação (completo ou parcial) que de qualquer forma devia estar integrado por equipas de apoio e suporte⁽¹⁷⁾.

A população, à que der apoio, marcará a linha de composição da equipa, da simplicidade ou da complexidade da mesma.

3.1. Modelos de equipas

O modelo de estrutura da equipa virá marcado pelo contexto global da unidade de feridas, existindo diversos enfoques⁽¹⁸⁾: unidisciplinar, multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

UNIDISCIPLINAR

- Não há contribuições de outros profissionais de saúde.
- O utente é o centro.
- Funciona bem quando existem problemas complexos.
- Não tem todas as ferramentas e o conhecimento necessário para cuidar da pessoa com uma ferida crónica em base às comorbilidades múltiplas.

MULTIDISCIPLINAR

- Esforço convergente de diferentes disciplinas, no sentido de abordarem um mesmo problema ou situação.
- Independentes as umas das outras, sem existência aparente de relação entre elas.
- Conexão de valores e saberes em várias áreas.
- O utente não é o centro.
- Sem coordenação da equipa.



INTERDISCIPLINAR

- Persegue o objetivo de obtenção de quotas de saber sobre um objeto de novo estudo.
- É a interação entre duas ou mais disciplinas, que podem ir desde a simples relação de ideias até a integração recíproca de conceitos.
- Aptidão e pratica de conciliar e integrar atores, elementos e valores de multiplas áreas do saber, do conhecimento e a pratica na técnica.
- Prevalece a autoridade perante o conhecimento ou coordenação.

TRANSDISCIPLINAR

- Necessita um método adequado que nos ajude na construção de conhecimentos sólidos baseados na interrelação das diversas complexidades, níveis e complexos.
- Necessita que o sujeito participe ativamente..
- É o grau máximo de relações entre as disciplinas, pelo que supõe uma integração global dentro dum sistema totalizador.
- Pratica aprendizagem e trabalho holístico.
- Prevalece a capacidade de gestão ou coordenação.

O pensamento atual é que as abordagens interdisciplinares e transdisciplinares são mais holísticas e portanto, representam a melhor atenção no geral e especificamente um melhor cuidado das feridas. Na tabela 1 as recomendações da OMS são apresentadas neste sentido.

Tabela 1. Exemplos de tipologia de equipas

Magnitude	Exemplos de tipologia de equipas
Fins e tarefas	Solução de problemas / de desenvolvimento / etc.
Membros	Equipa unidisciplinar /equipa multidisciplinar. Equipa funcional/equipa transfuncional. Equipa interna numa organização / equipa de varias organizações.
Tamanho	Pequena (3 o 4 membros)/ mediano / grande (8 ou mais membros).
Liderança	Equipa de trabalho com gestor / com líder da equipa / autodirigida.
Interação	Presença física / virtual (online) / combinação das duas.
Duração do ciclo de trabalho	Provisional / permanente.
Técnicas de tomada de decisões	Grupos interativos, tempestade de ideias, grupo nominal, reuniões electrónicas.

Fonte: Creación de equipos. Guía OMS para desarrollar programas eficaces disponible en http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_planning/es/



3.2. Composição das equipas.

As equipas são formadas em função das ações que devem ser desenvolvidas pelos seus membros. Existem muitas classes de equipas. A opção para cada uma delas depende do trabalho que será feito, o contexto da organização e os recursos disponíveis. Se devem considerar com cuidado se existem tarefas rotineiras que terão de ser realizadas de forma continua.

Na transferência destas diretrizes à formação de equipas para a abordagem integral de feridas, podemos encontrar:

- Unidades de apoio ao diagnóstico e tratamento (figura 1).
- Profissionais de apoio (figura 2).
- Equipa consultora (figura 3).

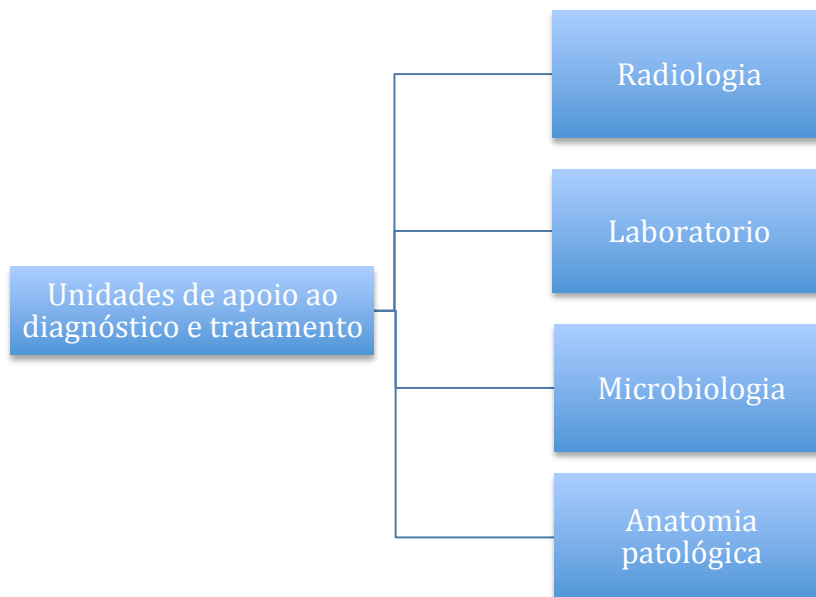


Figura 1. Unidades de apoio ao diagnóstico e tratamento



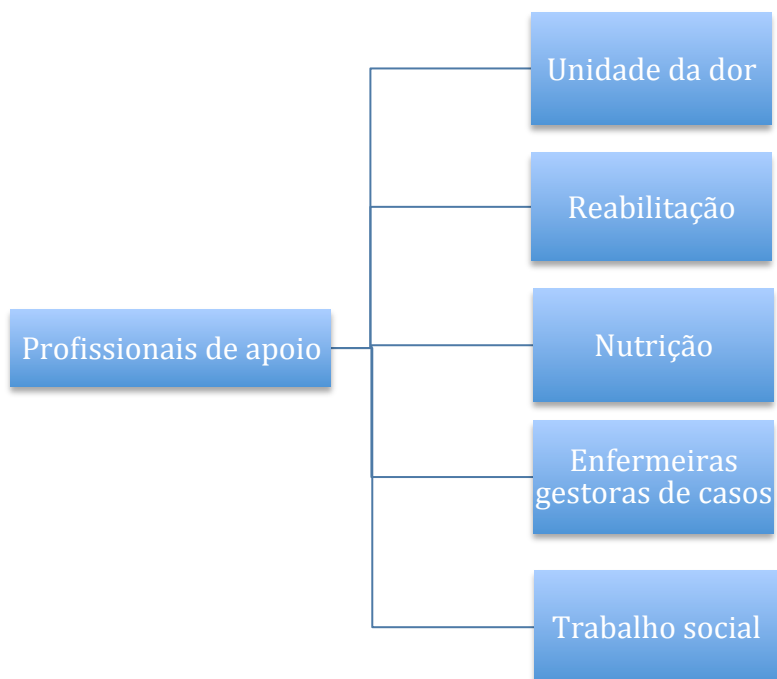


Figura 2. Profissionais de apoio



Figura 3. Equipa consultora



Disponer de la equipo básica correcta puede hacer la diferencia entre que un proyecto tenga éxito o fracase. En la selección de los miembros de los equipos se debe prestar especial atención a la disponibilidad de su entorno asistencial. Garantizar que el equipo represente a las partes interesadas involucradas en el proyecto. Un equipo bien delimitado incluye una combinación de miembros de las unidades/organizaciones pertinentes involucradas en el proyecto con personas que tienen distintas experiencias y destrezas.

4. Bibliografía

1. García-Fernández, FP; López-Casanova, P; Segovia-Gómez, T; Soldevilla-Ágreda, JJ; Verdú Soriano, J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de heridas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2012
2. Cacedo González, R; Castañeda Robles, C; Cossio Gómez, F; Delgado Uría, A; et al. Manual de Prevención y Cuidados Locales De Heridas Crónicas. Servicio Cántabro de Salud. 1ª Edición. Enero 2011.
3. Andrades P, Sepúlveda S, González, J. Curación avanzada de heridas. Rev. Chilena de Cirugía. 2004; 56 (4): 396-403.
4. Soldevilla Ágreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2011; 22 (2): 77-90
5. MarinelloRoura J. Úlceras de Extremidad inferior. Madrid: Editorial Glosa, 2005.
6. Soldevilla Ágreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos 2006; 17 (4): 203-224
7. Consenso Internacional. La importancia del tratamiento de heridas eficiente. Wounds International 2013. Disponible en: www.woundsinternational.com
8. Simon DA, Freak L, Kinsella A et al. Community leg ulcer clinics: a comparative study in two health authorities BMJ 1996;312:1648
9. Posnett J, Franks PJ. The cost of skin breakdown and ulceration in the UK. Pownall M. Skin Breakdown- the silent epidemic. The Smith&Nephew Foundation, 2007.
10. Tait C, Gibson E. Chronic wound audit: evaluation of a tissue viability service. Br J Nurs. 2007;21;16(20):S14, S16, S18
11. Osborne K. Boost to take-up of tissue viability nurses' pressure ulcer scheme. Nurs Stand. 2015 Feb 11;29(24):10.
12. Holman N, Young B, Stephens H, Jeffcoate W. Pilot study to assess measures to be used in the prospective audit of the management of foot ulcers in people with diabetes. Diabet Med. 2015 Jan;32(1):78-84.
13. Gristwood J. Tissue viability. Nurs Stand. 2007 May 2-8;21(34):59.
14. Fox C. Perceptions of tissue viability nurses of their current roles. Br J Nurs. 2001 Jun 28-Jul 11;10(11 Suppl):S10-2, S15-6



15. International Council Nursing. Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network. Definition and Characteristics of the role. <http://international.aanp.org/Practice/APNRoles> Consultado el 03/08/15
16. Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal [Internet]. En: IV Congreso de la Sociedad Ibero-latinoamericana sobre Úlceras y Heridas; 2011 oct 11-14; Río de Janeiro. SILAUHE; 2011 [Consultado el 3 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://silauhe.org/img/Declaracion%20de%20Rio%20-%20Espanol.pdf>
17. Creación de equipos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces disponible en <http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>
18. Scarborough, P Understanding Your Wound Care Team. Disponible en www.woundsource.com

