

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PATRICIA AKIKO SUDA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES PORTADORES DE PÉ
DIABÉTICO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PATRICIA AKIKO SUDA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES PORTADORES DE PÉ
DIABÉTICO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof. Orientador: Me. Inácio Alberto Pereira Costa

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES PORTADORES DE PÉ DIABÉTICO** de autoria do aluno **PATRICIA AKIKO SUDA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Prof. Me. Inácio Alberto Pereira Costa
Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
3 MÉTODO.....	10
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	11
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Tratamento Tópico.....	6
---	----------

RESUMO

O presente artigo se enquadra como um projeto e plano de ação desenvolvido na tecnologia de concepção realizado no Hospital Regional do Guará (HRGu), e tem como objetivo estabelecer um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente diabético hospitalizado portador de ferida, com o público alvo os enfermeiros que atuam diretamente na assistência a estes pacientes. O resultado desta pesquisa concentra-se na implantação de uma nova abordagem terapêutica, visando diminuir o tempo de internação do paciente, reduzindo o tempo de cicatrização da ferida, proporcionando um melhor manejo, diminuindo as complicações, melhorando a qualidade de vida destes pacientes e a redução dos gastos com insumos e medicamentos.

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus (DM) caracteriza-se como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum à hiperglicemia, a qual o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas.

A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA), em 2013, baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento e inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Uma epidemia de DM está em curso. Em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030. O número de indivíduos diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência da obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevida de pacientes com DM (WILD, et al., 2004).

A prevalência de diabetes no Brasil é comparável a dos países mais desenvolvidos, estando presente em 7,6% da população urbana com idade entre 30-69 anos (MALERBI E FRANCO, 1992).

No geral, o diabetes é assintomático nos estágios iniciais, o que retarda o diagnóstico durante anos, aumentando o risco de complicações crônicas microvasculares, neuropáticas e macrovasculares, com destaque para as doenças coronarianas, acidentes vasculares cerebrais e doenças vasculares periféricas (MARTINS, et al., 2007).

Denomina-se “pé diabético” as ulcerações nos pés de pacientes diabéticos que ocorrem em consequência de neuropatia (90% dos casos), vasculopatia e alterações biomecânicas (deformidades), que se associam e se influenciam mutuamente. A neuropatia consiste na diminuição da sensibilidade térmica e dolorosa como perda de um mecanismo de proteção contra lesões traumáticas.

A vasculopatia surge mediante lesões microangiopáticas responsáveis pela perturbação da microcirculação, dificultando a nutrição dos tecidos periféricos; e as deformidades decorrem de pressões mecânicas. Essas lesões, que geralmente ocorrem mediante trauma, são complicadas por

infecção, tendo muitas vezes como porta de entrada as fissuras e as micoses interdigitais, e podem terminar em amputação quando não ministrado tratamento precoce e adequado.

O pé diabético é uma das mais devastadoras complicações crônicas do Diabetes mellitus devido ao grande número de casos que evoluem para amputações de membros inferiores. A frequência de amputação não traumática de 10 a 15 vezes maior em diabéticos que não diabéticos, correspondendo a 50% das amputações não traumáticas, sendo que as taxas aumentam com a idade e são maiores no sexo masculino. Apesar da neuropatia e isquemia serem os principais fatores causais da ulceração e amputação em diabéticos, em geral é necessário a atuação de um fator ambiental como sapatos apertados, traumas ou queimaduras para causar a lesão (MARTIN; RODRIGUES; CESARINO, 2011).

O tratamento do pé diabético depende do grau de comprometimento do membro, considerando-se a presença e/ou gravidade de isquemia e/ou infecção. Comprometimento exclusivamente neuropático pode ser tratado com antibióticos e desbridamento. Nos casos de isquemia, a reperfusão é o objetivo (HIROTA, 2008).

O perfil dos pacientes internados no Hospital Regional do Guará (HRGu) são de idosos, portadores de doenças crônicas não transmissíveis como: hipertensão arterial, diabetes, doença pulmonar crônica obstrutiva e neoplasias; e acometidos por pneumonia.

O hospital conta com 17 enfermeiros que se revezam nas unidades de clínica médica, pediatria e pronto socorro, sem escala fixa nestas unidades e mais 03 supervisores para cada uma delas. Esta rotatividade entre as unidades não permite ao profissional acompanhar diariamente a evolução dos pacientes.

No caso dos pacientes com feridas ocasionadas por pé diabético, essa rotatividade acarreta mudanças de conduta a cada dia, podendo levar a um prejuízo na continuidade do tratamento e manejo da ferida.

A inexistência de programas de educação continuada e nem de incentivo para a capacitação profissional, bem como não há um treinamento, nem mesmo informativo, quanto aos produtos disponíveis para a realização de curativos nos pacientes internados.

Como resultado, a assistência de enfermagem ao paciente diabético portador de ferida se torna inadequada.

O presente estudo tem como objetivos propor uma padronização da assistência de enfermagem na realização dos curativos em pacientes diabéticos com feridas, informar os

profissionais a respeito da utilização adequada dos materiais para a realização de curativos disponíveis pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e propor abordagens diferenciadas para o manejo das feridas em pacientes internados.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Diabetes mellitus (DM) caracteriza-se como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas.

A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento e inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional.

O DM1 caracteriza-se pelo resultado da destruição de células beta pancreáticas com consequente deficiência de insulina.

O DM2 por defeitos na ação e secreção da insulina, a maioria dos pacientes com esta forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade. Pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos.

Outros tipos específicos de DM incluem defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, induzido por medicamentos ou agentes químicos, induzidos por infecções, formas incomuns de DM autoimune e outras síndromes genéticas por vezes associadas a DM.

O DM gestacional trata-se de qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Uma das maiores complicações em pacientes diabéticos está no aparecimento de lesões denominadas “pé diabético”. O termo Pé Diabético define as diversas alterações e complicações ocorridas, isoladamente ou em conjunto, nos pés e nos membros inferiores dos diabéticos (CAIAFA, et al., 2011).

Hoje uma preocupação mundial, o custo humano e financeiro dessa complicação é imenso e dependente, para o seu controle ou prevenção, da conscientização quanto à necessidade de um bom controle da doença e da implantação de medidas relativamente simples de assistência preventiva, de diagnóstico precoce e de tratamento mais resolutivo nos estágios iniciais da doença. Para tanto, torna-se primordial a disseminação do conceito de que o pé diabético é caracterizado pela presença de pelo menos uma das seguintes alterações: neurológicas,

ortopédicas, vasculares e infecciosas, que podem ocorrer no pé do paciente portador de diabetes. Uma combinação de fatores reduz a velocidade normal do processo cicatrizante de uma úlcera e pode resultar em gangrena e possível amputação, com internação hospitalar de longa duração.

O pé diabético representa um problema econômico significativo, particularmente se a amputação resulta em hospitalização prolongada, reabilitação e uma grande necessidade de cuidados domiciliares e de serviços sociais (CAIAFA, et al., 2011).

Segundo Wagner, o “Pé Diabético” pode ser classificado em:

Grau 0: Doença vascular periférica ou neuropática, deformidade dos pé e unhas, sem lesão.

Grau 1: Úlcera superficial.

Grau 2: Úlcera profunda (tendão, ligamentos e/ou articulações).

Grau 3: Infecção localizada.

Grau 4: Gangrena local (dedo, ante pé ou calcanhar).

Grau 5: Gangrena extensa (todo o pé) (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2010).

Cabem ao enfermeiro a avaliação da ferida, a realização do curativo, frequência das trocas, a escolha do tratamento tópico e a reavaliação.

Para proceder à avaliação da ferida, os seguintes itens têm que ser observados:

- ✓ Localização anatômica;
- ✓ Tamanho: cm^2 /diâmetro;
- ✓ Profundidade: centímetros;
- ✓ Tipo / quantidade de tecido: granulação, epitelização, desvitalizado ou inviável (esfacelo e necrose);
- ✓ Exsudato: quantidade, aspecto e odor;
- ✓ Bordas / margens: aderida, perfundida, macerada, descolada, fibrótica, hiperqueratose e outros;
- ✓ Pele Peri-ulceral: edema, coloração, temperatura, endurecimento, flutuação, crepitação, descamação e outros (SMS-SP, 2010).

Os tipos de tecidos são:

1. Epitelização: neo tecido de revestimento mais frágil do que a epiderme;
2. Granulação: neo tecido de revestimento, proliferação de tecido conjuntivo fibroso;

3. Necrose: tecido morto. Tipos: esfacelo ou necrose úmida e escara ou necrose seca (SMS-SP, 2010).

Quando a ferida apresenta tecidos necróticos é necessário realizar o desbridamento que consiste na técnica de remoção dos tecidos inviáveis por meio de mecanismos como autolítico, enzimático, mecânico ou cirúrgico (SMS-SP, 2010).

A realização e troca do curativo têm como finalidade: remover o excesso de exsudato, minimizar a colonização, prevenir infecção e promover a cicatrização.

A infecção em uma ferida pode impactar a qualidade de vida dos pacientes. Os sinais locais de infecção são: eritema, edema, pus, dor e odor. Os sinais sistêmicos são: febre, hipotensão, calafrios e tremores.

O biofilme é uma formação microbiana contida dentro de uma matriz de substância polimérica extracelular fortemente aderida à superfície da ferida. Esta formação os torna mais resistente aos antimicrobianos (SMS-SP, 2010).

O quadro a seguir tem a finalidade de servir de instrumento básico no tratamento de Pé diabético, baseando-se na avaliação da lesão.

Quadro 1 - Tratamento Tópico

Tipo de Tecido	Tipo de Exsudato	Quantidade de Exsudato	Opções de Cobertura
Epitelização	Nenhum	Nenhum	<ul style="list-style-type: none"> • Filme transparente¹ até 7 dias. • Hidrocolóide² camada fina por até 7 dias. • Ácidos graxos essenciais³ (AGE) de 1 a 2 vezes por dia.
		Nenhum	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrogel⁴ com gaze umedecida em Soro Fisiológico (SF) até 2 dias. • Hidrogel com gaze aderente ou tela impregnada⁵ por até 3 dias. • Hidrocolóide com borda ou recortável por até 7 dias.
		Pouco	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrogel com gaze umedecida em SF até 2 dias. • Colágeno⁶ com gaze umedecida em SF ou gaze não aderente por até 3 dias. • Hidrogel com gaze aderente ou tela impregnada por até 3 dias.

Granulação	Seroso	+	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrocolóide com borda ou recortável por até 7 dias. 	
		Moderado ++	<ul style="list-style-type: none"> • Colágeno com gaze umedecida em SF ou gaze não aderente por até 3 dias. • Alginato de cálcio e sódio⁷, troca até saturação ou máximo 7 dias. 	
		Grande +++	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrofibra, troca até saturação ou máximo 7 dias. • Hidropolímero, troca até saturação ou máximo 7 dias. 	
	Serosanguinolento	Abundante ++++	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrofibra, troca até saturação ou máximo 7 dias. • Hidropolímero, troca até saturação ou máximo 7 dias. 	
	Sanguinolento	Moderado ++	<ul style="list-style-type: none"> • Alginato de cálcio e sódio, troca de 2 a 3 dias. 	
		Grande +++	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrofibra, troca no máximo até 3 dias dias. 	
		Abundante ++++	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrofibra, troca no máximo até 2 dias dias. 	
	Granulação com colonização crítica ou infecção	Seropurulento	Moderado ++	<ul style="list-style-type: none"> • Curativo com prata, troca conforme saturação.
		Purulento	Grande +++	<ul style="list-style-type: none"> • Curativo com prata, troca conforme saturação.
Piosanguinolento		Abundante ++++	<ul style="list-style-type: none"> • Curativo com prata, troca conforme saturação. 	
		Pouco +	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrogel com gaze umedecida em SF até 2 dias. 	

Necrose úmida / esfacelo	Seroso	Moderado ++	<ul style="list-style-type: none"> Alginato de cálcio e sódio, troca até saturação ou máximo 7 dias.
		Sanguinolento	Grande +++
	Serosanguinolento		Abundante ++++
	Seropurulento	Moderado ++	<ul style="list-style-type: none"> Curativo com prata, troca conforme saturação.
	Purulento	Grande +++	<ul style="list-style-type: none"> Curativo com prata, troca conforme saturação.
		Piosanguinolento	Abundante ++++
	Necrose seca / escara		Nenhum

Fonte: SMS-SP, 2010.

De acordo com o quadro de tratamentos tópicos, as coberturas disponibilizadas pela SES-DF para serem utilizadas na realização de curativos são:

1. Filme transparente: é um curativo estéril e resistente à água.
2. Hidrocolóide: é composto por uma camada interna contendo hidrocolóide (CMC-carboximetilcelulose sódica), poli-isobutileno e conservantes, uma camada externa de filme de poliuretano e um liner, composto por papel siliconado.

3. Ácidos graxos essenciais (AGE): é composto por óleos de origem vegetal ricos em AGE que favorecem o processo de cicatrização. Também é indicado para hidratação da pele íntegra, evitando o aparecimento de feridas.
4. Hidrogel: é composto de propilenoglicol e óleos de origem vegetal, capaz de promover hidratação da ferida, mantendo um ambiente úmido ideal para cicatrização e para o desbridamento autolítico.
5. Tela impregnada: é constituído por uma malha de acetato de celulose (Rayon) impregnada com uma emulsão de petrolatum.
6. Colágeno: é uma das enzimas utilizadas no desbridamento químico.
7. Alginato de cálcio e sódio: são constituídos por Ácidos Gulurônico e Manurônico, apresentando íons cálcio e sódio incorporados, promove o desbridamento autolítico e absorve o excesso de exsudato.
8. Sulfadiazina de prata 1%: indicada para feridas infectadas e ricas em tecido necrótico; essa cobertura propicia o amolecimento dos tecidos infectados (MARTINS, et al., 2007).

A cobertura de hidrofibra com prata deixou de ser padronizada pela SES-DF, porém apresentava um excelente resultado na cicatrização das feridas, podendo ser utilizada em todos os tipos de tecido e exsudato. É composta por carboximetilcelulose sódica e prata, mantém um ambiente úmido que auxilia o desbridamento autolítico.

Outra abordagem para tratamento das feridas em pacientes com pé diabético consiste em utilizar oxigênio direto no leito da ferida. Para tal, usa-se um saco de polietileno, um látex e um umidificador conectado a um cilindro de oxigênio. Coloca-se o pé do paciente dentro do saco de polietileno, juntamente com um látex conectado em um umidificador, fornecendo oxigênio a 7l/min, durante 15 minutos. O potencial terapêutico da oxigenação decorre da absorção de alta dose de oxigênio, que pode compensar determinadas condições de hipóxia, alterando a evolução da doença. Na avaliação da cicatrização, foi registrada a aceleração da granulação após o uso de oxigenoterapia na ferida (MARTINS, et al., 2007).

Apesar de ter sido realizada com uma amostra insignificante (um paciente), do ponto de vista estatístico, obteve-se um resultado satisfatório com uma terapia inovadora, utilizando um componente disponível nas unidades hospitalares.

3 MÉTODO

O presente projeto de pesquisa se enquadra como um projeto e plano de ação desenvolvido, na tecnologia de concepção, realizado no Hospital Regional do Guará (HRGu), de média complexidade, que possui uma taxa considerável de internações de pacientes diabéticos portadores de feridas. Sendo o público alvo os enfermeiros que atuam diretamente na assistência aos pacientes internados.

Inicialmente, a gerência de enfermagem realizará reunião com todos os enfermeiros com a finalidade de explicitar a proposta de padronização da assistência de enfermagem ao paciente diabético portador de ferida. A partir deste momento, propõem-se o período de dois meses para a conclusão do projeto, as discussões em grupo serão realizadas no auditório do HRGu, semanalmente.

Serão abordados os temas de assistência de enfermagem ao paciente diabético portador de ferida, tratamentos tópicos disponíveis na Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e avaliar novas abordagens terapêuticas.

Nas reuniões serão debatidos os assuntos: como a assistência de enfermagem prestada aos pacientes diabéticos portadores de feridas? O que precisa ser melhorado ou implantado? Quais os mecanismos que serão utilizados para esta mudança?

O primeiro passo será na realização da anamnese do paciente, seguido da realização do curativo na ferida. Neste primeiro contato, deveria ser estabelecida a conduta a ser seguida para a realização dos curativos posteriores. Nos dias subsequentes, cada enfermeiro deve realizar o curativo e estabelecer a conduta que entender mais adequada. A mudança cotidiana no manejo da ferida pode retardar seu fechamento. Isso é um ponto crítico da assistência prestada.

Por meio dessas discussões em grupo, pretende-se padronizar uma assistência de enfermagem ao paciente diabético portador de ferida.

Este projeto por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais, apenas a tecnologia produzida.

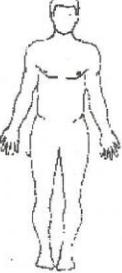
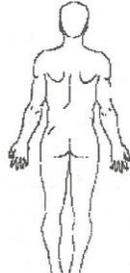
4 RESULTADO E ANÁLISE

Por meio dessas reuniões semanais com a equipe de enfermagem, pretende-se estabelecer um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente diabético portador de ferida.

Percebe-se a falta de continuidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente diabético portador de ferida que está internado na unidade de clínica médica do HRGu. Não se utiliza um formulário específico para as anotações das trocas dos curativos diários, para acompanhamento da evolução da ferida. Os materiais disponíveis para a realização dos curativos nem sempre são do conhecimento de todos os membros da equipe. Isto gera uma quebra nos cuidados prestados.

O primeiro passo será na realização da anamnese do paciente, seguido da realização do curativo na ferida. Neste primeiro contato, deverá ser estabelecida a conduta a ser seguida para a realização dos curativos posteriores procedendo ao preenchimento do formulário Avaliação de Feridas (Figuras 1 e 2). Nos dias subsequentes, cada enfermeiro deverá realizar o curativo e estabelecer a conduta que entender mais adequada, sempre procedendo ao registro no referido formulário, no campo Evolução, podendo utilizar como referencial teórico o Quadro 1 – Tratamento Tópico. Caso o paciente desenvolva uma ferida nova, proceder-se-á ao preenchimento de um formulário específico para esta lesão.

Figura 1 – Formulário de Avaliação de Feridas

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL - GDF SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS				Data de Nascimento			Sexo			
AVALIAÇÃO DE FERIDAS				Dígito Terminal	Iniciais do Nome	Dia	Mês	Ano	1 - Masc.	2 - Fem.
Hospital: _____				Nome: _____						
Clínica _____		Enfermaria _____		Leito _____						
OUTROS DADOS										
Data da Internação _____			Hora _____		Diagnóstico _____					
Peso _____		Idade _____		Estado Nutricional _____						
Mobilidade _____										
<input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com Auxílio <input type="checkbox"/> Acamado										
Doenças Associadas _____										
CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA										
<input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Contusa <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Iatrogênica <input type="checkbox"/> Incisa <input type="checkbox"/> Perfurante <input type="checkbox"/> Térmica <input type="checkbox"/> Venenosa <input type="checkbox"/> Outras: _____										
TIPOS DE FERIDAS										
<input type="checkbox"/> Biliar <input type="checkbox"/> Cavitária <input type="checkbox"/> Cistos e Fistulas <input type="checkbox"/> Entérica <input type="checkbox"/> Fecalóide <input type="checkbox"/> Planas / Superficiais <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Urinária <input type="checkbox"/> Outros: _____										
ASPECTO DO TECIDO										
<input type="checkbox"/> Crostas <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Necrose										
ASPECTO DO EXSUDATO										
Aspecto <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Sero-Purulento <input type="checkbox"/> Sero-Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Outros: _____										
Coloração <input type="checkbox"/> Achocolatada <input type="checkbox"/> Amarelada <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Esverdeada <input type="checkbox"/> Outros: _____										
Quantidade <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Grande				Odor <input type="checkbox"/> Inodoro <input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/> Outros: _____						
Data da Coleta de Cultura _____				Agente Etiológico _____						
LESÕES: MARCAR NO GRÁFICO INDICANDO TAMANHO(S)										
<input type="checkbox"/> PEQUENO <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> GRANDE										
										
PRESCRIÇÃO										
Data: ____ / ____ / ____										

A partir desta conduta, espera-se como resultado a padronização da assistência de enfermagem prestada ao paciente portador de ferida. Procedendo ao acompanhamento diário da ferida, com registro em formulário próprio e procedendo à continuidade dos cuidados prestados.

A realização e troca do curativo são imprescindíveis para o paciente portador de ferida e têm como finalidade: remover o excesso de exsudato, minimizar a colonização, prevenir infecção e promover a cicatrização.

A infecção em uma ferida pode impactar a qualidade de vida dos pacientes. As lesões, geralmente, ocorrem por meio de trauma. Podem se complicar devido à infecção e, muitas vezes, têm como porta de entrada as fissuras e as micoses interdigitais e podem terminar em amputação quando não ministrado tratamento precoce e adequado.

Uma combinação de fatores reduz a velocidade normal do processo cicatrizante de uma úlcera e pode resultar em gangrena e possível amputação, com internação hospitalar de longa duração.

Os pacientes diabéticos portadores de feridas, quando as lesões infeccionam, passam a representar um problema econômico significativo, principalmente se evoluem para amputação que resulta em hospitalização prolongada, reabilitação e uma grande necessidade de cuidados domiciliares e de serviços sociais (CAIAFA, et al., 2011).

Após esta primeira etapa, as reuniões passarão a ser mensais com a finalidade de avaliar a aplicabilidade do formulário, as condutas realizadas pelos enfermeiros, dialogar sobre as dificuldades enfrentadas diariamente com esta nova metodologia, debater sobre a evolução das feridas nos pacientes internados, avaliar se houve melhora na assistência de enfermagem aos pacientes e redução no tempo de cicatrização da ferida.

Nestas discussões poderá ser debatida a adoção de novas abordagens tecnológicas para o tratamento das feridas, como a utilização de oxigênio diretamente na lesão, ainda que de forma improvisada, para compensar as condições de hipóxia da mesma (MARTINS, et al., 2007).

Com esta ação espera-se diminuir o tempo de internação, melhorando a qualidade da assistência de enfermagem, que conseqüentemente, diminuirá os insumos e medicamentos, diminuindo o tempo de cicatrização da ferida e restabelecendo a autoestima do paciente portador de lesão.

Atenta-se para importância da realização de novos estudos para construção e aperfeiçoamento deste instrumento, através de aprimoramentos contínuos, que possam ajudar na

prática do cuidado ao paciente com complicações nos membros inferiores. O desafio de sensibilizar a equipe de enfermagem quanto à importância desses instrumentos e o quanto facilitam e melhoram a assistência prestada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que o projeto possa trazer contribuição para a prática profissional e aumente a eficiência da assistência de enfermagem, reforçando os conhecimentos profissionais, motivando e ampliando a atuação. Com esta ação pode-se atuar no controle da doença, prevenindo ou retardando o desencadeamento de complicações agudas e crônicas, melhorando sua qualidade de vida.

Torna-se importante ressaltar que o enfermeiro deve apropriar-se e utilizar de todas as tecnologias e recursos em saúde disponíveis que possam responder as necessidades de saúde dos usuários. Para isso, é preciso desenvolver ações de capacitação de profissionais como forma de organizar o trabalho, permitir o aprendizado e estimular o envolvimento de todos no aprimoramento das ações. Precisando enfatizar que a equipe de enfermagem tem uma atuação primordial no cuidado à saúde do paciente diabético portador de ferida.

Uma considerável parcela de pacientes internados no HRGu são portadores de DM, descompensados, portadores de lesões e que necessitam de cuidados especializados para tratá-las. Estes pacientes merecem, pois em sua grande maioria, já convivem com estas lesões por muitos anos, que influenciam em sua autoimagem, na aceitação da família e na comunidade.

Com o protocolo destinado a assistência de enfermagem para tratar estes ferimentos, os cuidados poderão ser prestados com mais isonomia, qualidade, eficácia e eficiência. Entende-se que a busca por novas técnicas e abordagens terapêuticas faz-se necessária para a construção de novos saberes e proporcionar ao paciente que busca auxílio um cuidado mais especializado.

REFERÊNCIAS

CAIAFA, J.S. et al. Atenção integral ao portador de pé diabético. **J. vasc. bras.**, vol.10, n.4, supl.2, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

HIROTA, C.M.O. et al. Pé diabético: o papel do enfermeiro no contexto das inovações terapêuticas. **Cienc. Cuid Saúde.**, vol.7, n.1, p.114-120, jan/mar 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/issue/view/260>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J., Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban brazilian population aged 30-69 yr, **Diabetes Care**, vol.15, n.11, p.1509-1516, nov. 1992.

MARTIN, V.T.; RODRIGUES, C.D.S.;CESARINO, C.B. Conhecimento do paciente com Diabetes mellitus sobre o cuidado com os pés. **Rev. Enferm. UERJ.**, vol.19, n.4, p.621-625, out/dez 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

MARTINS, C.F. et al. O fazer que faz a diferença: cuidando da pessoa acometida por ferida – pé diabético. **Cienc. Cuid Saúde.**, vol.6: supl.2, p.448-453, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/issue/view/291>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético.** São Paulo: SMS, 2010. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/nupes/Programa_Prevencao_e_Tratamento_de_Ulcera_Cronicas_e_do_Pe_Diabetico>. Acesso em: 09 abr. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014.** São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/images/pdf/diretrizes-sbd.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2014.

WILD, S., et al. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, vol.27, n.5, p.1047-53, 2004.