



Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"

DANIELE TAVARES SILVA

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS EM PACIENTES COM PÉS  
DIABÉTICO

ASSIS

2018

DANIELE TAVARES SILVA

## ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS COM PÉS DIABÉTICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e da Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito total à obtenção de Certificado de Conclusão.

Orientadora: Dra. Elizete Mello Da Silva

ASSIS - SP

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

S586a SILVA, Danielle Tavares  
Atuação do enfermeiro nos cuidados em pacientes com  
pés dia-  
béticos / Danielle Tavares Silva. – Assis, 2018.

29p.

Trabalho de conclusão do curso (Enfermagem ). –  
Fundação Edu  
cacional do Município de Assis-FEMA

Orientadora: Dra. Elizete Mello da Silva

1.Diabetes 2.Enfermagem-diabetes 3.Cuidados-  
diabetes

CDD 610.7369

DANIELE TAVARES SILVA

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS EM PACIENTES COM PÉS  
DIABÉTICO

Trabalho para conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e da Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção de Certificado de Conclusão.

Orientadora: Dra. Elizete Mello Da Silva

ASSIS

2018

## **DEDICATÓRIA**

**Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus, e principalmente a minha mulher que sempre esteve do meu lado me apoiando, sempre me dando forças para nunca desistir dos meus sonhos.**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presente.

Agradeço a minha mulher por estar sempre do meu lado aguentando meus stress, e sempre insistindo para nunca desistir dos meus sonhos, e correr atrás deles sempre.

A minha orientadora, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Eu também sou vítima de sonhos adiados, de  
esperanças dilaceradas, mas, apesar disso, eu  
ainda tenho um sonho, porque a gente não  
pode desistir da vida.

Martin Luther  
King

## RESUMO

O diabetes mellitus (DM) é um dos problemas de saúde mais sensíveis da atualidade, por ser uma doença com elevada morbidade e mortalidade. É uma doença crônica caracterizada por uma variedade de complicações, entre as quais se destaca o pé diabético, considerando um problema grave com consequências muitas vezes devastadoras diante dos resultados das ulcerações, que podem implicar em amputações de dedos, pés ou pernas. Assim, nosso objetivo foi de avaliar o conhecimento dos clientes diabéticos em relação à sua doença e, especificamente aos cuidados adequados com os pés. Nossa justificativa consiste na apresentação de forma clara, objetiva na atuação do enfermeiro em relação a orientação aos pacientes com pés diabéticos. O enfermeiro tem um papel impar no processo do cuidado a essa clientela, assumindo a responsabilidade de rastrear e monitorar os fatores de risco, orientando as pessoas com diabetes mellitus. Não obstante, deve buscar envolver toda a equipe de saúde no planejamento de intervenções básicas, promovendo atividades educativas para o autocuidado e manutenção de um bom controle metabólico, evitando assim futuras complicações.

**Palavras-chave:** Diabetes, enfermeiro, pé diabético.

## **ABSTRACT**

The diabetes mellitus (DM) is one of the most sensitive health problems today, being a disease with high morbidity and mortality. It is a chronic disease characterized by a variety of complications, among which the diabetic foot stands out, considering a serious problem with consequences often devastating to the results of ulcerations, which may involve amputations of the fingers, feet or legs. Thus, our goal was to assess the knowledge of diabetic clients regarding their disease and, specifically, the appropriate foot care. Our justification consists in the presentation of a clear, objective way in the nurses' performance in relation to the orientation of patients with diabetic feet. Nurses have an unequal role in the care of these clients, taking responsibility for tracking and monitoring risk factors, guiding people with diabetes mellitus. However, it should seek to involve all health staff in the planning of basic interventions, promoting educational activities for the self-care and maintenance of a good metabolic control, thus avoiding future complications.

**Keywords:** diabetes, nurses, diabetic foot

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>111</b>
<b>2. PROBLEMATIZAÇÃO</b> .....	<b>122</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>122</b>
<b>5. RELEVÂNCIA OU JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>133</b>
<b>6. METODOLOGIA</b> .....	<b>133</b>
<b>7. DIABETES E SUAS COMPLICAÇÕES</b> .....	<b>133</b>
<b>8. CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES E SUAS COMPLICAÇÕES E CUIDADOS</b> .....	<b>145</b>
8.5 Diabetes Tipo 1 .....	155
8.5 Diabetes Tipo 2.....	155
8.5 Diabetes inspidus.....	155
8.5 Diabetes inspidus Nefrôgenico.....	155
8.5 Diabetes Gestacional e Diabetes detectado na Gravidez. ....	155
<b>9. CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO</b> .....	<b>156</b>
<b>10. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS EM PACIENTES COM PÉ DIABÉTICO</b> .....	<b>18</b>
<b>11. MANUAL DO PÉ DIABETICO</b> .....	<b>22</b>
11.1 Cuidados com Pé Diabético na Atenção Basica.....	22
<b>11. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>29</b>
<b>12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>30</b>
<b>13. ANEXO I. PARECER COREN</b> .....	<b>31</b>

## 1. INTRODUÇÃO.

O diabetes mellitus (DM) é um dos problemas de saúde mais preocupante nos dias de hoje, por ser uma patologia com elevado número de mortes e com complicações na qualidade de vida do paciente. É uma doença crônica e se caracteriza por uma variedade de implicações, entre as quais se destaca o pé diabético, considerando um problema grave com consequências muitas vezes devastadoras diante dos resultados das ulcerações, que podem implicar em amputações de dedos, pés ou pernas. O diabetes tinha, em 1996, uma prevalência global de 120 milhões de pessoas, com a previsão de atingir 250 milhões de indivíduos no ano 2025, segundo o consenso internacional sobre pé diabético. Nesta mesma fonte (SILVA et. al, 2011). Podemos encontrar dados como listados a seguir: 40% a 60% de todas as amputações traumáticas dos membros inferiores são realizadas em pacientes diabéticos, 85% das amputações dos membros inferiores dos diabéticos são precedidas de úlceras nos pés; quatro em cada cinco úlceras dos pés de diabéticos são precipitadas por trauma externo, a prevalência de úlceras nos pés atinge 4% a 10% da população diabética.

A apresentação do diabetes tipo 1 é em geral abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. O termo “tipo 1” indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune (tipo 1 autoimune ou tipo 1A), que pode ser detectado por auto anticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina. Em menor proporção, a causa é desconhecida (tipo 1 idiopático ou tipo 1B). A destruição das células beta em geral é rapidamente progressiva, ocorrendo principalmente em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), mas pode ocorrer também em adultos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes. O

termo “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose nesses casos é rara e, quando presente, em geral é ocasionada por infecção ou estresse muito grave. A hiperglicemia desenvolve-se lentamente, permanecendo assintomática por vários anos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010)

Nos vários tipos de diabetes os enfrentamentos do cuidado e do acolhimento são extremamente necessários para garantir a qualidade de vida desses pacientes, especialmente aqueles que são acometidos com aplicação diárias de insulinas, úlceras e dores que podem comprometer sua condição social e sua inclusão no meio em que vive. Assim, o papel da enfermagem se mostra muito relevante na promoção do cuidado, do acolhimento e da assistência humanizada. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010)

## **2. PROBLEMATIZAÇÃO**

Na descrição introdutória sobre a diabetes percebemos que a falta de informação sobre a doença e suas complicações, falta de conscientização sobre a importância do diabetes em saúde pública, falta de qualificação adequada aos profissionais de saúde, faltam recursos faltam medicamentos, enfim faltam mentalidade e vontade, política para enfrentar o problema de forma eficaz.

## **3. OBJETIVOS**

**3.1. Objetivo geral.** Assim, pretendemos avaliar o conhecimento dos clientes com pés diabéticos em relação a sua doença, e especificamente aos cuidados adequados com os pés e a suma importância com a higiene realizada corretamente diariamente

Objetivamos com este estudo educar e modificar a atitude do paciente quanto ao autocuidado e promover a adesão sobre as orientações, cuidados com os pés, como orientação de uso de calçados adequados. Além disso o paciente necessita estar apto a reconhecer problemas potenciais em seu próprio pé, tomar as devidas providencias e buscar ajuda profissional.

**3.2. Objetivo específico.** Objetiva na atuação do papel do enfermeiro nas orientações no autocuidado diário dos pés dos pacientes diabéticos

## **5. RELEVÂNCIA OU JUSTIFICATIVA**

Consiste na apresentação, de forma clara, objetiva na atuação do papel do enfermeiro nas orientações no autocuidado diário dos pés dos pacientes diabéticos

## **6. METODOLOGIA.**

Trata se de uma pesquisa de revisão bibliográfica acerca da atuação do enfermeiro nos cuidados em pacientes com pés diabéticos, tentando demonstrar a eles a suma importância da realização da higiene adequada diariamente.

A pesquisa foi realizada através, do Google acadêmico e artigos e revista de saúde, à coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e junho de 2018. Atuação do enfermeiro nos cuidados nos pacientes com pés diabéticos.

A Revisão de literatura busca apresentar de forma mais detalhada atuação do enfermeiro nos cuidados em pacientes com pés diabéticos. Segundo Teixeira et al (2010), o enfermeiro tem um papel ímpar no processo do cuidado a essa clientela, assumindo a responsabilidade de rastrear e monitorar os fatores de risco, orientando as pessoas com diabetes mellitus. Não obstante, deve buscar envolver toda a equipe de saúde no planejamento de intervenções básicas, promovendo atividades educativas para o autocuidado e manutenção de um bom controle metabólico, evitando assim futuras complicações. Para isso, se pode utilizar da tecnologia leve no processo de trabalho como instrumento na identificação dos fatores de risco para o usuário com pé diabético.

## **7. DIABETES E SUAS COMPLICAÇÕES.**

O mal controle do diabetes pode causar complicações, como ataques cardíacos, insuficiência renal, enfartes, cegueira e úlceras nos pés que podem em estagio avançado levar a amputações. Com controle da alimentação, atividade física e uso de medicação, podem prevenir muitas dessas complicações e mortes prematuras. O diabetes é um problema no Brasil cada vez mais sério. A própria Organização Mundial de Saúde considera que existe uma epidemia de obesidade e com ela vem o diabetes. O número que nós temos avaliado é grande, mas o número real é muito maior, por exemplo, os não diagnosticados e intolerantes à glicose. O problema da diabetes é o impacto que as complicações causam na família e no sistema de saúde. É muito caro deixar o indivíduo ter estas complicações, difernete de doenças como câncer, que tem um caminho inexorável. Na diabetes ou você tem o bom controle e não tem complicações ou você vai para o mau controle e pode ter complicações gravíssimas como descrito acima problemas na visão, renais e, levar ate a amputações. (Pace et al 2005)

O diabetes vem crescendo muito pelo próprio estilo de vida moderno, com o

sedentarismo, obesidade e má alimentação. É importante também citar o stress como fator influenciador. À medida que o brasileiro está vivendo mais, a probabilidade de aparecer o diabetes mais tardiamente é maior. E como estamos tratando melhor nossos diabéticos, eles também vivem mais. Isso dá a dimensão de quanto impacta no sistema de saúde. 50% das hemodiálises e dos transplantes de rins no Brasil são feitos por pessoas com diabetes. 30% de todas as cirurgias cardíacas de revascularização são em pessoas com diabetes (Pace et al 2005)

Diabetes insipidus não é sinônimo de diabetes mellitus. Ambos possuem características parecidas, como um incremento de excreção urinária associada a uma sede constante. Não obstante, em seus aspectos restantes, incluindo causas e tratamento, são completamente diferentes. Às vezes o diabetes insipidus é chamado de “diabetes da água”, para diferenciá-lo do conhecido diabetes mellitus ou “diabetes do açúcar” (ROBERTSON, 2003).

O diabetes insipidus pode ocorrer em qualquer idade, e quando é de origem genética os sintomas geralmente começam aparecer após 1 ano de idade. Ocorre perda de peso, devido à perda de líquido constante. Ocorre devido à síntese, secreção ou ação inadequada do hormônio antidiurético (ADH). Pode ser adquiridos por uso de drogas, medicamentos, distúrbios hidroelétricos (hipercalcemia, hipercalciúria), doenças sistêmicas, tumores, infecções. Fatores genéticos, como defeitos no receptor da vasopressina (V2R) ou no receptor da aquaporina (AQP2), caracterizam o diabetes insipidus herdado. A falta da ingestão de líquidos pode levar à desidratação (NAVES et al., 2003; NGUYEN; NIELSEN; KURTZ, 2003; SHALEV et al., 2004).

O diagnóstico é feito pela análise da urina (osmolaridade) e do sangue (concentração), além de tomografia computadorizada e ressonância magnética (ROBERTSON, 2003).

## **8. CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES E SUAS COMPLICAÇÕES E CUIDADOS.**

**8.1 Diabetes Tipo 1.** Indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune, que pode ser detectado por auto anticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina. (FIGUEIREDO; ABREU, 2009).

**8.2 Diabetes Tipo 2.** É a eficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir

por muitos anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico. (FIGUEIREDO; ABREU, 2009).

**8.3 Diabetes insipidus.** O diabetes insipidus (DI) é caracterizado pela emissão de grandes volumes de urina (poliúria), abundante ingestão de líquidos, devido à sede constante (polidipsia) e insaciável. Causa sintomas como nictúria (aumento de excreção urinária à noite), ou enurese (excreção involuntária de urina durante o sono). A micção se vê incrementada devido à urina não se encontrar em sua concentração normal. Conseqüentemente, em vez de apresentar coloração amarela, esta se apresenta de cor pálida, incolor e de aparência aquosa, e sua concentração plasmática de sódio é baixa (hiponatremia) (JAKOBY, 2003; ROBERTSON, 2003).

**8.4 Diabetes insipidus Nefrôgenico.** Diabetes insipidus nefrogênico não pode ser tratado com dDAVP, e dependendo da causa que o originou, pode não ser curado, suspendendo-se o medicamento em questão, ou tratando a enfermidade de base. Até os dias de hoje, não foi encontrado tratamento algum para a forma hereditária, assim esta permanece por toda a vida. Atualmente existem tratamentos parciais que podem reduzir os sinais e sintomas do DI nefrogênico (KOREN, 2003; NGUYEN; NIELSEN; KURTZ, 2003).

**8.5 Diabetes Gestacional e Diabetes detectado na Gravidez.** Diabetes gestacional é um estado de hiperglicemia, menos severo que o diabetes tipo 1 e 2, detectado pela primeira vez na gravidez. Geralmente se resolve no período pós-parto e pode frequentemente retornar anos depois. Hiperglicemias detectadas na gestação que alcançam o critério de diabetes para adultos, em geral, são classificadas como diabetes na gravidez, independentemente do período gestacional e da sua resolução ou não após o parto. Sua detecção deve ser iniciada na primeira consulta de pré-natal. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

## **9. CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO.**

De acordo com a Lei nº 7.483 (5), de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências, o Art. 11 coloca que o enfermeiro exerça todas as atividades de Enfermagem, cabendo cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, onde o Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em

processos de tratamento, em que somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Considerando o Parecer COREN-DF Nº 003/2011, competência do enfermeiro para realização de desbridamento mecânico na assistência domiciliar. O Auxiliar de enfermagem poderá realizar procedimentos simples de hidratação dos pés, assim como cuidado com as unhas, aparando-as com alicates próprios, com devido cuidado para que não haja lesão de tecidos adjacentes. Sempre supervisionado por profissional enfermeiro de nível superior, considerando os conhecimentos científicos e técnicos adquiridos durante respectivo processo de formação profissional.

**Figura1:** Evolução das lesões no período de dez dias no pé diabético.



**Fonte:** Calzavara B. Pé diabético 23.12.2013. Disponível em: <https://hypescience.com/imagens-chocantes-revelam-o-que-diabetes-pode-fazer-com-uma-ferida-em-apenas-10-dias/>

**Quadro 1.** Classificação fisiopatológica do Pé Diabético é apresentada, acompanhada dos seus sinais e sintomas típicos.

<b>Sintoma</b>	<b>Quente ou morno</b>	<b>Frio</b>
<b>Coloração do pé</b>	Coloração normal	Pálido com elevação ou cianótico com declive
<b>Aspecto da pele do pé</b>	Pele seca e fissurada	Pele fina e brilhante
<b>Deformidade do pé</b>	Dedo em garra, dedo em martelo, pé de Charcot ou outro.	Deformidades ausentes
<b>Sensibilidade</b>	Diminuída, abolida ou alterada (parestesia)	Sensação dolorosa, aliviada quando as pernas estão pendentes continua.
<b>Pulsos pediais</b>	Pulsos amplos e simétrico	Pulsos diminuídos ou ausentes
<b>Calosidades</b>	Presentes, especialmente na planta dos pés.	Ausentes
<b>Edema</b>	Presente	Ausente
<b>Localização mais comum da úlcera (se houver)</b>	1º e 5º metacarpos e calcâneo (posterior); redondas, com anel querotásico periulcerativo; não dolorosas.	Latero-digital; sem anel querotásico; dolorosas.

Fonte: Dealey, 2006; International Diabetes Federation, 2006.

Conforme o quadro acima, de classificação fisiopatológica do pé diabético, podemos observar de forma sucinta e objetiva os sintomas e os sinais e os cuidados necessários à patologia que deve ser de conhecimento do profissional de enfermagem.

## **10. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS EM PACIENTES COM PÉ DIABÉTICO.**

Segundo Teixeira et al (2010), o enfermeiro tem um papel ímpar no processo do cuidado a essa clientela, assumindo a responsabilidade de rastrear e monitorar os fatores de risco, orientando as pessoas com diabetes mellitus. Não obstante, deve buscar envolver toda a equipe de saúde no planejamento de intervenções básicas, promovendo atividades educativas para o autocuidado e manutenção de um bom controle metabólico, evitando assim futuras complicações. Para isso, se pode utilizar da tecnologia leve no processo de trabalho como instrumento.

Na identificação dos fatores de risco para o usuário com pé diabético o enfermeiro deve cumprir o papel de educador, sendo fundamental o acompanhamento efetivo ao cliente diabético, promoção de grupos de apoio, além das orientações necessárias quanto ao controle da glicemia, enfatizando a importância da adesão a hábitos de vida mais saudáveis. É importante a negociação de um plano de cuidado com o cliente, planejando intervenções direcionadas, devendo a enfermagem oferecer apoio educativo para o cuidado com os pés de acordo com as necessidades individuais e o risco de ulcerações e amputações (MELO; TELES; TELES, 2011).

Tal fato reforça a importância do enfermeiro abordar as ações de educação em saúde de maneira simples, valorizando e respeitando os portadores da doença e suas limitações e os envolvendo como sujeitos nas ações de autocuidado (ANDRADE et al., 2010; MARTIN; RODRIGUES; CESARINO, 2011). , a consulta de enfermagem se torna instrumento essencial no processo de trabalho para o atendimento a essa clientela, na qual o enfermeiro e sua equipe podem desenvolver suas atividades e ações na atenção básica. Segundo Vieira-Santos et al (2008), esse atendimento deve ser realizado dentro de um sistema hierarquizado de assistência com sua base na atenção primária. Na consulta de enfermagem, o enfermeiro em sua atribuição deve realizar a anamnese e o exame físico de forma frequente e minuciosa (OCHOA-VIGO; PACE, 2005).

Na anamnese do cliente com pé diabético, o enfermeiro deve colher informações em relação à idade, nome, sexo, escolaridade, religião, profissão, antecedentes familiares, estado nutricional, hábitos alimentares, moradia, tabagismo, etilismo, uso de fármacos, morbidades associadas, condição socioeconômica, valores culturais, renda, atividade diária, higiene pessoal e característica do calçado (WEBER, 2007).

No exame físico, esse profissional deve investigar os tônus muscular, integridade da pele e condições vasculares na avaliação do pé diabético. Em relação aos tônus musculares, deve procurar identificar sinais de neuropatia periférica mediante grau de comprometimento motor, pois essa disfunção poderá ocasionar atrofia e fraqueza dos

músculos dorsais, desgaste muscular, deformidades como pé de Charcot e alteração de marcha (LUCIANO; LOPES, 2006).

Através da técnica da inspeção, o enfermeiro deve avaliar também a integralidade da pele à procura de presença de calosidades, micoses, ressecamento, rachaduras, fissuras e ferimentos. Com auxílio do método da palpação é necessário verificar a condição vascular, investigando a coloração e temperatura da pele, pulsação, edema, bem como diminuição ou perda da sensibilidade. (LUCIANO; LOPES, 2006).

Pretendemos ainda elaborar um plano de cuidados de enfermagem que esses pacientes consigam se adaptar. Realizando a correta higienização dos pés, lavando os com água morna e sabão neutro secando entre os espaços interdigitais, evitando dessa forma o aparecimento de fungos e micose. (LUCIANO; LOPES, 2006).

Importante também a hidratação dos pés evitando ressecamento, fissuras e rachaduras atentando sempre para não usar o hidratante em áreas interdigitais, pois podem favorecer o surgimento de lesão devido a umidade. (LUCIANO; LOPES, 2006).

Devemos avaliar se há necessidade de remoção de calos, e orientar para remoção destes nunca utilizar objetos pontiagudos para remover. Cabe ainda o cuidado para que as unhas sejam cortadas retas na horizontal não muitos rentes a pele evitando infecções e encravamentos. (LUCIANO; LOPES, 2006).

Outra orientação é para que calce apenas sapatos que não lhe apertem, preferencialmente de couro macio, nunca use sapatos sem meias e examine seus pés diariamente se for necessário peça ajuda a um familiar, ou use o espelho. (LUCIANO; LOPES, 2006).

## RESOLUÇÃO COFEN nº 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.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000, considerando o Art. 2º, Sobre o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que visa o princípio da sistematização da assistência de enfermagem, sendo:

A coleta de dados de enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

O Diagnóstico de Enfermagem, processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Planejamento de Enfermagem, determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

Implementação, realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

Avaliação de Enfermagem, processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

## **Quadro 2.** Classificação de risco do Pé Diabético

Categoria de risco	Situação Clínica
Grau 0	Neuropatia ausente.
Grau 1	Neuropatia presente com ou sem deformidades (dedos em garra, dedos em martelo, proeminências em antepé, Charcot).
Grau 2	Doença arterial periférica com ou sem neuropatia presente.
Grau 3	História de úlcera e/ou amputação.

Fonte: Boulton et al., 2008 Brasil, 2013.

## **11. MANUAL DO PÉ DIABÉTICO**

O Diabetes Mellitus é um problema de saúde comum na população brasileira, a falta de avaliação por acompanhamento adequado vem contribuindo para o aumentando nos últimos anos de pessoas com Pé Diabético, em que se definido a presença de infecção, ulceração e destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica. As alterações de ordem neurológica e vascular em extremidades, provocadas pelo quadro de Diabetes Mellitus, produzem distorções na anatomia e fisiologia normais dos pés. A alteração do trofismo muscular e da anatomia óssea dos pés provoca o surgimento dos pontos de pressão, enquanto o ressecamento cutâneo prejudica a elasticidade protetora da pele e o prejuízo da circulação local torna a cicatrização mais lenta e ineficaz (DUNCAN et al., 2013).

### **11.1 Cuidados com Pé Diabético na Atenção Básica.**

A atenção básica utiliza de forma sistematizada o prontuário eletrônico do cidadão onde, é possível detalhar a avaliação do pé do usuário diabético conforme o método orientado por problemas, SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), garantindo um registro seguro e qualificado. A busca ativa pode ser feita pela equipe multiprofissional durante as visitas domiciliares, ou na Unidade Básica de Saúde, quando o usuário a procura por outros motivos, aproveitando-se a ocasião, se possível, para ajustar os exames periódicos necessários, otimizando o tempo de todos (MANUAL DO PÉ DIABÉTICO, 2016).

É essencial que a equipe multiprofissional de forma qualificada esteja ampliando seu olhar sobre a pessoa com diabetes, buscando identificar elementos da vida cotidiana que possam configurar riscos e desencadear as complicações. Quando os riscos são analisados de forma adequada, apontam as ações de educação e assistência em saúde que devem ser realizadas para a prevenção oportuna. Os casos complicados de diabetes não são tratados adequadamente devido ao mau controle por falta de informações, à não adesão ao tratamento clínico recomendado e às dificuldades econômicas. Também estão relacionados, à higiene precária, à insensibilidade nos pés detectada por traumas com o uso de calçados inadequados e outros objetos, ao corte das unhas, e, ou pelo tratamento incorreto de lesões (MANUAL DO PÉ DIABÉTICO, 2016).

São, portanto, problemas, em sua maioria, passíveis de soluções com a aplicação de métodos a custos reduzidos, que podem ser adaptados, onde a realização

de visitas com maior periodicidade consegue captar mais fielmente o contexto de vida do usuário (MANUAL DO PÉ DIABÉTICO, 2016).

## 12. TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO.

**12.1 Cuidados de enfermagem com pé diabético.** Os cuidados da enfermagem, voltados a assistência em pacientes que fazem tratamento em Pé Diabético, é fundamental tanto para evolução adequada da ferida, quanto para a melhora da qualidade de vida, segue alguns cuidados de acordo com Manual do Pé Diabético 2016:

- ✓ Avaliação adequada da ferida, sendo por um profissional capacitado de nível superior, médico ou enfermeiro qualificado, visando a melhora da qualidade na assistência prestada, de acordo com o grau da ferida.
- ✓ Mudar sempre o paciente acamado de posição, a cada 2 horas, alternado decúbito dorsal, lateral direito e esquerdo, levando em consideração sua condição clínica, pois pacientes que desenvolvem pé diabético, muitas das vezes com idades avançadas têm dificuldade para locomoção, que podem propiciar o desenvolvimento de novas lesões.
- ✓ Utilizar materiais e medicamentos de forma adequada, conforme prescrito pelo médico, e de acordo com a necessidade.
- ✓ Quando sentado mudar as pernas de posição, alternando as áreas de apoio, evitando piora da lesão por dispositivos.
- ✓ Manter alimentação rica em vitaminas e proteína, ou conforme prescrição médica, com orientação da nutrição caso acompanhamento.
- ✓ Em pacientes que tem uma maior necessidade de cuidados, devido dificuldade de locomoção, manter sempre roupas de cama limpas e secas, evitando umidade, ou piora do quadro por infecção.
- ✓ Seguir orientações do enfermeiro responsável pela avaliação do estado da lesão, caso já se tenha algum comprometimento da pele.
- ✓ Orientar a pacientes a fazer curativos com profissional capacitado, pois o curativo de forma inadequada e materiais utilizados sem orientação podem levar a piora da lesão, dificultando seu desenvolvimento.
- ✓ Realizar o controle diariamente da glicemia capilar, pacientes portados de diabetes, sendo feita sua correção quando necessário de acordo com orientação médica.

**Tabela 1.** Materiais utilizados no tratamento do Pé Diabético.

DESCRIÇÃO	TIPO DO TRATAMENTO	TIPO DE FERIDA	MECANISMO DE AÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO	MODO DE USAR	PERÍODO DE TROCA
Gaze estéril umedecida com SF0,9%	Cobertura primária	Indicado para todos os tipos de lesões	Contribui para a umidade da lesão, favorece a formação de tecido de granulação, e estimula o desbridamento autolítico, mecânico e absorve exsudato.	Contribuir para a umidade da lesão; Proteger o tecido;	Feridas que cicatrizam por primeira intenção; Locais de inserção de cateter; Drenos; Fixador externo.	Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9%, utilizando o método de irrigação em jato; Recobrir toda a superfície com a gaze umedecida ao leito da lesão não fazendo compressão e atrito; Ocluir com cobertura secundária de gaze, chumaço ou compressa, fixar com atadura ou esparadrapo; Ao trocar as gazes se necessário umedecer com SF 0,9%.	O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a cada 24 horas. Quando na presença de pouco exsudato, a gaze deverá ser umedecida duas a três vezes ao dia, com SF0,9%.
Rayon. <b>Tecido em malha não aderente.</b>	Cobertura primária	Feridas agudas ou crônicas de qualquer etiologia	Protege a ferida preservando o tecido de granulação e evitando a aderência ao leito da lesão	Lesões na qual se objetiva evitar trauma no leito e preservar o tecido viável	Lesões com tecido desvitalizado ou inviável	Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; Associar a cobertura indicada; Recobrir toda a superfície da lesão não fazendo compressão e atrito; Ocluir com cobertura secundária de gaze, chumaço ou compressa, fixar com atadura ou esparadrapo.	De acordo com o produto associado.
Ácido Graxo Essencial – AGE	Cobertura primária	Feridas agudas ou crônicas com perda de tecido	Protege a ferida preservando o tecido vitalizado e mantendo meio úmido	Tratar feridas abertas vitalizadas, não infectadas, em fases	Tecido desvitalizados, hipergranulação, lesões infectadas	Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente	O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a

		superficial ou parcial	proporcionam do nutrição celular local. Acelera o processo de granulação tecidual. Evita a aderência ao leito da lesão e em lesões exsudativas atua como proteção de borda da lesão.	de granulação e epitelização (com ou sem exsudato). Proteção da pele, Prevenção de úlcera por Pressão	, feridas oncológicas,	e morno, utilizando o método de irrigação em jato; Aplicar o AGE topicamente sobre a lesão; Ocluir com cobertura secundária de gaze, chumaço ou compressa, fixar com atadura, fita hipoalergênica ou esparadrapo.	cada 24 horas
Hidrocolóide em Placa <b>Curativo estéril recortável composto internamente por no mínimo carboximetilcelulose. Camada externa composta por espuma ou filme de poliuretano, impermeável.</b>	Cobertura primária e/ou secundária	Lesões vitalizadas ou com necrose com pouco/médio exsudato. Ex: escoriações, queimaduras de 1º e 2º grau e skin tears (lesões por fricção e pequenos traumas em pele). *Prevenção ou tratamento de úlceras por pressão não infectadas.	As partículas de celulose se expandem ao absorver líquidos e criam um ambiente úmido, que permite às células do microambiente da úlcera fornecer um desbridamento autolítico. Esta condição estimula a angiogênese, tecido de granulação e protege as terminações nervosas.	Tratamento de feridas abertas não infectadas com leve a moderada exsudação.	Lesões infectadas e queimaduras de 3º ou 4º grau.	Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente e morno, utilizando o método de irrigação em jato; Recortar o hidrocolóide com diâmetro que ultrapasse a borda da lesão pelo menos 2 a 3 centímetros; Aquecer o hidrocolóide entre as mãos, retirar o papel protetor e aplicar o hidrocolóide segurando-o pelas bordas da placa; Pressionar firmemente as bordas e massagear a placa, para perfeita aderência. Se necessário, reforçar as bordas com fita hipoalergênica. Realizar escarificação em tecido necrótico, antes de aplicar.	A cada sete dias ou quando saturado. Em caso de necrose a troca deverá ser realizada em até 3 dias.
Hidrogel com ou sem alginato de cálcio	Cobertura primária	Lesões com pouca exsudação ou	Possibilita um ambiente úmido que promove o desbridamento	. Feridas abertas com tecido vitalizado	Pele íntegra; Feridas operatórias	Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente e morno,	Quando utilizado com gaze como cobertura troca a cada 24hs.

<p><b>e sódio Gel transparente e incolor composto por água e no mínimo carboxim etilcelulose. Encontram-se apresentações com ou sem alginato de cálcio e sódio associados.</b></p>		seca	to autolítico, estimulando a cicatrização.	ou desvitalizado; Queimaduras de 2º e 3º grau; Úlceras venosas e úlceras por pressão.	s fechadas; Feridas muito exsudativas; Fístulas	utilizando o método de irrigação em jato; Aplicar fina camada do gel sobre a ferida ou introduzir na cavidade asépticamente; Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril. Recomenda-se umedecer levemente a gaze quando esta for utilizada como cobertura secundária.	Pode permanecer por até 7 dias quando associado com algumas coberturas como por exemplo hidrocolóide ou hidrofibra. Feridas infectadas trocam no máximo a cada 24hs. Feridas com necrose trocam no máximo a cada 72hs.
<p>Hidrofibra com e sem prata. <b>Curativo absorvente composto por fibras de carboxim etilcelulose sódica.</b></p>	Cobertura primária	Úlceras por pressão grau III e IV, úlceras diabéticas, feridas operatórias, queimaduras 2º grau.	Auxiliar o desbridamento osmótico autolítico ao manter o meio úmido, induz hemostasia, possui alta capacidade de absorção de exsudato e sua retirada é atraumática preservando o tecido vitalizado. COM PRATA É bactericida e fungicida. Mantém atividade antimicrobiana através da liberação controlada da prata.	Feridas com exsudato moderado a alto, feridas cavitárias.  COM PRATA Feridas com exsudato moderado a alto, feridas cavitárias e altamente colonizadas ou infectadas.	Feridas com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais.  COM PRATA Feridas com necrose seca ou tecido inviável. Hipersensibilidade a prata	Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; Secar a pele ao redor, modelar a hidrofibra no interior da ferida, deixando uma margem de 1 centímetro a mais, se necessário recortar a placa antes de aplicá-la. Ocluir com curativo secundário (gazes ou chumaço).	Trocar curativo secundário quando saturado ou em até 24 horas, a placa de hidrofibra poderá permanecer na ferida por até 7 dias. COM PRATA Nos casos de queimadura 2º grau a hidrofibra, pode permanecer até 14 dias na ferida. Nestes casos recortar a hidrofibra que se desprende da pele ao redor da ferida conforme a epitelização do tecido.
<p>Carvão ativado com prata. <b>Curativo composto por carvão ativado, impregnado por íons de prata, envolto por uma camada</b></p>	Cobertura primária	Feridas altamente colonizadas ou infectadas, neoplasias, pé diabético, crônicas ou agudas.	O carvão ativado é responsável por neutralizar o odor através do mecanismo de adsorção. A prata exerce ação bactericida.	Feridas exsudativas e infectadas, com ou sem odor	Hipersensibilidade a prata Feridas com sangramento Aplicação direta em tumor Feridas limpas e secas	Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente morno, utilizando o método de irrigação em jato; Remover exsudato e tecido desvitalizado se necessário, não secar o leito da ferida.	O curativo pode permanecer até 7 dias. As trocas ocorrem em média de 3 a 7 dias dependendo da capacidade de adsorção. Trocar a cobertura secundária sempre que estiver

de não tecido.						Colocar o curativo de carvão ativado sobre a ferida. Ocluir com cobertura secundária	saturada.
Hidroalginato de Cálcio com Prata <b>Curativo composto de fibras de alginato de cálcio, carboximetilcelulose e prata</b>	Cobertura primária	Feridas agudas ou crônicas como úlceras por pressão, úlceras venosas feridas traumáticas, deiscências, pé diabético, queimaduras	Absorve e retém o exsudato, controla a atividade microbiana através da liberação sustentada da prata, promove hemostasia. Em contato com o exsudato gelifica minimizando dor e traumas durante as trocas.	Tratamento de feridas infectadas ou com um alto risco de infecção e exsudato de moderado a alto	Feridas com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais. Feridas com necrose seca ou tecido inviável. Hipersensibilidade a prata e ao alginato	Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente e morno, utilizando o método de irrigação em jato; secar a pele ao redor. Modelar o hidroalginato com prata no interior da ferida, deixando uma margem de 1 centímetro a mais. Se necessário recortar a placa antes de aplicá-la. Ocluir com curativo secundário.	Pode permanecer por até 7 dias. As trocas variam dependendo da saturação do curativo. Trocar o curativo secundário sempre que saturado. No caso de queimaduras de 2º grau alguns fabricantes orientam a troca até 14 dias. Consultar bula do produto.
Hidropólimeros/ Espuma não adesivo <b>Curativo composto de uma camada interna de espuma de poliuretano, absorvente, revestido externamente de filme de poliuretano sendo permeável a trocas gasosas e impermeável a água e microrganismos.</b>	Cobertura Primária	Feridas crônicas ou agudas, úlceras venosas, úlceras por pressão estágio III ou IV, pé diabético, deiscências, traqueostomia.	Manutenção do ambiente úmido favorável a cicatrização. Controla o exsudato permitindo a transmissão da umidade por vapores para meio externo. Impede a passagem de água e bactérias para o interior da ferida.	Feridas sem infecção com exsudato moderado a intenso Feridas abertas com tecido vitalizado ou desvitalizado;	Necrose seca (Tecido desvitalizados), hipergranulação e feridas com pouca exsudação.	Limpar a lesão com soro fisiológico 0,9% preferencialmente e morno, utilizando o método de irrigação em jato; Recortar a espuma do tamanho da ferida Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril.	Pode permanecer por até 7 dias. As trocas variam dependendo da saturação do curativo. Trocar o curativo secundário sempre que saturado.

<p>Papaína 2%, 4%, 7% e 10%.</p>	<p>Cobertura Primária</p>	<p>Lesões com necrose seca na presença de tecido de granulação a concentração deverá ser de 2%. Necrose de liquefação de 4 a 7%. Necrose de coagulação 8 a 10%</p>	<p>Dissociação das moléculas de proteína (desbridamento químico). Anti-inflamatório, bactericida e bacteriostático. Estimula a força tensil e acelera o processo cicatricial</p>	<p>Como desbridante químico e facilitador do processo cicatricial. Como coadjuvante e da antibioticoterapia sistêmica de feridas infectadas.</p>	<p>Desde que usada a concentração adequada não há contra-indicação</p>	<p>Lavar a ferida com sf 0,9%, Na presença de tecido de granulação a utilizar papaína a 2%. Na presença de necrose de liquefação a ferida deverá ser lavada em jatos com solução de sf 0.9% aplicar papaína de 4 a 7% Na presença de necrose de coagulação na concentração de 10%, para desbridamento.</p>	<p>A substituição do curativo é indicado, em média, a cada 12 horas. Indicado utilizar troca de curativo com papaína a 7 e 10% após 24 horas</p>
--	-------------------------------	--	--	--	--	--	--

Fonte: Manual de curativos, departamento de saúde 2016.

### **13. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O enfermeiro utilizando-se dos pilares de sua formação frente ao processo de trabalho de enfermagem é autor principal para prover assistência qualificável em seu contexto sistemático em meios às necessidades do cuidado ao paciente com pé diabético, pois deve estar devidamente atualizados e capacitados. O enfermeiro é de grande relevância para o rastreamento das complicações ao ponto de evitar danos, sem necessitar por vezes, de grandes recursos para consulta de qualidade, logo mantendo o paciente em um razoável prognóstico. Ao prestar um cuidado integral ao cliente com pé diabético somado à participação multiprofissional, são meios fundamentais para proporcionar uma maior adesão ao cumprimento das orientações de autocuidado, bem como o apoio emocional são fatores primordiais para a excelência do tratamento do paciente com pés diabéticos. De acordo com o quadro de categoria de risco, deve haver uma avaliação criteriosa pelo enfermeiro, em que de forma adequada ocorra à classificação fisiopatológica do pé diabético, onde, serão observados de forma sucinta e objetiva os sintomas, sinais e os cuidados necessários à patologia, visando à adequada assistência do profissional de enfermagem.

#### 14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

AMARAL, A. S.; TAVARES, D. M. S. Cuidados com os pés: conhecimento entre pessoas com diabetes mellitus. Rev. Eletr. Enf. Minas Gerais. v. 11, dez. 2009.

ANDRADE, N. H. S.; MENDES, K. D. S.; FARIA, H. T. G. et al. Pacientes com Diabetes mellitu: cuidados e prevenção do pé diabético em atenção primária à saúde. Rev. Enf. UERJ, Rio de Janeiro. V. 18, n4, out./dez 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, 2013.

CAIFA, J; CASTRO, A. A.; FIDELIS, C et al. Atenção integral ao portador de pé diabético jornal vascular brasileiro Porto alegre, v 10 n 4, 2011 p1-32, 2011.

DUNCAN, M. S.; GOLDRAICH, M. A.; CHUEIRI, P. S. Cuidados Longitudinais e Integrais a Pessoas Com Condições Crônicas. In: DUNCAN, B.B. et al. Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013. p. 892-904.

Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Diabete Mellitus. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S62–69, 2010.

FIGUEIREDO, D. M.; ABREU, F. L. Diabetes insipidus: Principais aspectos e análise comparativa com diabetes mellitus semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina v.30,n.2,p155-162,jul/dez.2009.

HIROTA, C. M. O.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M.H.D.M. Pé diabético: O papel do enfermeiro no contexto das inovações terapêuticas. Cienc. Cuid Saude, jan/mar 2008, p.114-120.

LUCIANO, L. B.; LOPES, C. H. A. F. Enfermeiro no cuidado do paciente com úlcera de pé diabética. Rev. Baiana de Enferm. UFBA, Salvador, v. 20, n. 1/2/3, jan. /dez. 2005.

MARTIN, V. T.; RODRIGUES, C. D. S.; CESARINO, C. B. Conhecimento do paciente com diabetes mellitus sobre o cuidado com os pés. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 19 n. 4, 2011, p. 621-625.

MELO, E. M.; TELES, M. S.; TELES R. S. et al. Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. Revista de Enfermagem Referência, Coimbra, v. serIII, n. 5, 2011, p. 37-44.

MANUAL DE CURATIVOS: Prefeitura Municipal de Campinas Secretaria de Saúde Departamento de Saúde. 2016.

MANUAL DO PÉ DIABÉTICO : estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E. Pé diabético: estratégias para prevenção. Acta Paul. Enferm. São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2005.

Pacientes com diabetes mellitus: cuidados e prevenção do pé diabético em atenção primária á saúde. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 18 n. 4, 2010, p. 616-621.

WEBER, J. R. Semiologia: Guia Prático para Enfermagem. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

## 15. ANEXO I. PARECER COREN.



### CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA

PARECER COREN – BA Nº 009/2016

**Assunto: Realização de curativos de alta complexidade por técnicos de enfermagem.**

#### 1. O fato:

Trata-se da solicitação acerca de esclarecimentos sobre a realização de curativos de alta complexidade por técnicos de enfermagem.

#### 2. Fundamentação legal e Análise:

As feridas da pele são rupturas estruturais e fisiológicas do tegumento e, conforme a intensidade do trauma, podem ser consideradas superficiais, afetando apenas as estruturas de superfície, profunda ou de maior gravidade, envolvendo vasos sanguíneos mais calibrosos, músculos, nervos, fâscias, tendões, ligamentos ou ossos. Borges, Carvalho, 2016.

O aumento da expectativa de vida da população, a incidência crescente das doenças que acompanham o envelhecimento como cardiopatias, neoplasias, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e o trauma são condições que aumentam a prevalência e a complexidade das feridas e retardam sua resolução. Coltro, et al 2011.

Feridas complexas são identificadas como feridas crônicas e/ou algumas agudas que desafiam equipes médicas e de enfermagem. São difíceis de serem resolvidas usando tratamentos convencionais e simples curativos. Têm atualmente grande impacto sócio-econômico. Na maioria dos casos o tratamento cirúrgico deve ser indicado, uma vez que a perda de pele e tecido subcutâneo é extensa, necessitando de reconstrução com enxertos e retalhos. Para o autor os principais grupos de feridas complexas são: pé diabético, úlceras por pressão, úlceras venosas, síndrome de Fournier e vasculites. Ferreira, et al 2006



#### 4. Referências:

- a. ARON S. et al. Curativos e Coberturas, p. 283-286, in GAMBÁ, MA PETRI, V. COSTA, MTF. **Feridas: prevenção, causas e tratamento.** 1ª ed Rio de Janeiro: Santos Ed, 2016.
- b. BORGES E., CALIRI, Pele Lesada. Cap. 10 p. 41, in GAMBÁ, MA PETRI, V. COSTA, MTF. **Feridas: prevenção, causas e tratamento.** 1ª Ed, Rio de Janeiro: Santos Ed, 2016.
- c. 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/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)  
Acesso em: 30 julho, 2016.
- d. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm)  
Acesso em: 30 julho, 2016.
- e. Resolução COFEN nº 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://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)  
Acesso em: 30 julho, 2016.
- f. COLTRO P. S., Ferreira M. C.; Batista, B. P. N.; Nakamoto, H. A., Milcheski, D. A.; Tuma Júnior, P. Atuação da cirurgia plástica no tratamento de feridas complexas Rev. Col. Bras. Cir. vol.38 nº 6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2011.
- g. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – Resolução Nº 501 de 9 de dezembro de 2015 – regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.
- h. FERREIRA MC, Tuma Jr. P, CARVALHO VF, Kamamoto F. **Feridas complexas.** Clinics. 2006; 61(6): 571-8

- A delegação de realização dos curativos deverá ser realizada pelo Enfermeiro, após avaliação do paciente e da lesão, levando em consideração a gravidade do paciente e a complexidade da lesão.
- Quanto aos Técnicos de enfermagem os mesmos poderão realizar os curativos nas feridas de estágio I e II e, realizar os curativos nas feridas de estágio III quando delegado pelo Enfermeiro e auxiliar os Enfermeiros nos curativos de estágio III e IV.

**É o nosso parecer.**

**Salvador, 31 de outubro de 2016**

Enf. Andrea Pacheco da Silva Dultra - COREN-BA 69.636

Enf. Ana Patrícia de Cerqueira Greco – COREN-BA 51.246

Enf. Leda Lucia Novaes Borges – COREN-BA 31.980

Enf. Rose Ana Rios David – COREN-BA 52.508

**Considerando** a Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a implementação do processo de Enfermagem nos ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional e em seu Art. 4º incumbe ao Enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico 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. Cabendo ao Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, conforme Art. 5º, a participação da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

**Considerando** que a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, pela Resolução COFEN Nº 358/2009 é atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia, caberá ao Enfermeiro atender as etapas de histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem.

### 3. Conclusão:

Diante do exposto, e considerando a legislação vigente concluímos que:

- É privativo ao Enfermeiro os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.
- Cabe ao Enfermeiro executar os curativos para o tratamento de lesões agudas ou crônica de maior complexidade, conforme descrito na legislação do exercício profissional de Enfermagem.
- É de responsabilidade legal do Enfermeiro, avaliar a pessoa com lesão e/ou ferida, prescrever, delegar e supervisionar a realização do curativo pelo técnico de enfermagem, e realizar curativos quando as condições clínicas determinam uma complexidade do paciente.

**competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas**, que tem como **objetivo**: regulamentar a competência da equipe de enfermagem, visando o efetivo cuidado e segurança do paciente submetido ao procedimento e que define em seu **Glossário**:

**Item 6. Classificação das feridas** – de acordo com o comprometimento tecidual as feridas são classificadas em quatro estágios:

**Estágio I** – caracteriza-se pelo comprometimento da epiderme apenas, com formação de eritema em pele íntegra e sem perda tecidual.

**Estágio II** – caracteriza-se por abrasão ou úlcera, ocorre perda tecidual e comprometimento da epiderme, derme ou ambas.

**Estágio III** – caracteriza-se por presença de úlcera profunda, com comprometimento total da pele e necrose de tecido subcutâneo, entretanto a lesão não se estende até a fáscia muscular.

**Estágio IV** – caracteriza-se por extensa destruição de tecido, chegando a ocorrer lesão óssea ou muscular ou necrose tissular.

**Tem por objetivo geral da competência do Enfermeiro no cuidado às feridas**: realizar curativos, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidados às feridas e **Específicas**:

Item D) Realizar curativos de feridas em estágio III e IV.

Item E) Os curativos de feridas em estágio III, após sua avaliação, poderão ser delegados ao técnico de enfermagem.

Item L) Executar os cuidados de enfermagem para os procedimentos de maior complexidade técnica e aqueles que exijam tomadas de decisão imediata.

Item O) Prescrever cuidados de enfermagem aos técnicos e auxiliares de enfermagem, observadas as disposições legais da profissão.

**Atuação do técnico de enfermagem em feridas**:

Item A) Realizar curativos das feridas em estágio I e II.

Item B) Auxiliar o Enfermeiro nos curativos de feridas em estágio III e IV.

Item C) Realizar os curativos nas feridas estágio III, quando delegado pelo enfermeiro.

Item F) Executar as ações prescritas pelo Enfermeiro.