

O FAZER QUE FAZ A DIFERENÇA: CUIDANDO DA PESSOA ACOMETIDA POR FERIDA - PÉ DIABÉTICO

Cíntia Fonseca Martins*
Maira Buss Thofehr**
Simone Coelho Amestoy***
Celmira Lange****

RESUMO

No Brasil, estima-se que existem cinco milhões de habitantes com *diabetes mellitus*, anualmente, e de 2% a 3% dessas pessoas podem desenvolver úlceras nos membros inferiores. Este trabalho tem por objetivo relatar a evolução do processo de cicatrização, baseado no cuidado terapêutico, de um paciente diabético de 47 anos, acometido de lesão em membro inferior direito, com suposta indicação de amputação, sendo cuidado em uma unidade básica de saúde da cidade de Rio Grande-RS. As lesões estavam cobertas por grande quantidade de secreção purulenta e de odor fétido. Fizemos uso de algumas medidas terapêuticas, a fim de obtermos a recuperação do membro lesionado. Após quatro semanas de acompanhamento, o cliente mostrava-se muito satisfeito com a evolução do tratamento, já observávamos tecido de granulação em toda a extensão da ferida. De certa forma, esse relato mostra-nos uma enfermagem sistematizada, individualizada e que, por meio do conhecimento comprometido, organizado e integrado aos demais profissionais, é, sim, capaz de fazer toda a diferença dentro de um universo dinâmico e mutável. Hoje, somos cuidadores, amanhã poderemos ser cuidados, assim, gostamos de fazer a diferença.

Palavras-chave: Cicatrização de feridas. Pé diabético. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

No Brasil, estima-se que existem cinco milhões de habitantes com *diabetes mellitus* e metade dessa população desconhece o diagnóstico⁽¹⁾. No geral, o diabetes é assintomático nos estágios iniciais, o que retarda o diagnóstico durante anos⁽²⁾, aumentando o risco de complicações crônicas microvasculares, neuropáticas e macrovasculares, com destaque para as doenças coronarianas, acidentes vasculares cerebrais e doenças vasculares periféricas, concomitantemente à maior probabilidade de desenvolver dislipidemia, hipertensão e obesidade⁽³⁾.

Além disso, a pessoa acometida por diabetes, quando tratada inadequadamente,

pode desenvolver complicações altamente incapacitantes, principalmente, ferida conhecida por pé diabético, que, de modo geral, resulta na amputação do membro comprometido, ainda cegueira e insuficiência renal crônica, impedindo as pessoas de continuar realizando suas atividades diárias e laborais^(4,5).

O pé diabético representa um estado fisiopatológico multifacetado; caracterizado por úlceras que ocorrem, como consequência de neuropatia, em 90% dos casos⁽⁶⁾. As úlceras decorrem, geralmente, por traumas os quais, muitas vezes, evoluem, desencadeando processo de gangrena e infecção, ocasionadas por falhas na cicatrização e podem resultar em amputação, quando não se institui tratamento precoce e adequado^(7, 8). Anualmente, de 2% a 3% das

* Enfermeira da Rede Básica de Saúde de Rio Grande-RS. Supervisora do Hospital São Francisco de Paula de Pelotas-RS.

** Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade

Federal de Pelotas, Coordenadora do Grupo de Pesquisa. NECEn/UFPeL.

*** Enfermeira. Mestranda do curso de Pós-graduação da Fundação Universidade do Rio Grande (FURG). Especialista em Enfermagem com Ênfase em Terapia Intensiva do Hospital Moinhos de Vento/ POA.

**** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPEL.

pessoas com diabetes podem desenvolver úlceras nos membros inferiores, e este percentual eleva-se a 15% no transcurso de toda sua vida⁽²⁾. Conseqüentemente, elas são responsáveis por um significativo percentual de morbimortalidade e hospitalização entre pessoas com diabetes⁽⁹⁾, ocasionando um período de internação 59% mais prolongado que naquelas sem processos ulcerativos⁽¹⁰⁾.

Os casos mais graves de ulcerações apresentam comprometimento da sensibilidade protetora plantar, por causa da neuropatia periférica, comumente associada a pequenos traumas, originados por objetos cortantes ao se andar descalço⁽¹¹⁾, ao uso de calçados impróprios, a dermatoses comuns ou manipulações incorretas dos pés e unhas por pessoas não-habilitadas⁽¹²⁾.

Perante estas situações, os pacientes portadores de feridas crônicas tendem a procurar assistência na atenção primária. Por causa do tempo, muitas vezes, prolongado de tratamento, há o estabelecimento de laços afetivos entre os usuários e a equipe multidisciplinar. Essa relação desenvolve-se pelo cuidado humano, demonstrado e praticado pelo estabelecimento de relações interpessoais, a fim de satisfazer as necessidades humanas; promotoras de saúde e a qualidade de vida para o indivíduo e sua família⁽¹³⁾. Nesse sentido, a enfermagem diferencia-se das demais ciências humanas e biológicas pelo olhar atento que presta ao cuidar da pessoa.

Frente a essa afirmativa, acreditamos que o cuidado terapêutico é a essência da enfermagem enquanto ciência e prática, constituindo-se na tarefa profissional da enfermagem, diferenciando-se dos demais cuidados ao ser humano, pelo fato de que a ação de cuidar possui intenção terapêutica, enquanto resolução de uma necessidade de saúde da pessoa⁽¹⁴⁾.

A enfermagem desenvolveu-se ao longo dos séculos, mantendo estreita relação com a história e a civilização. Neste contexto, tem papel preponderante por ser uma profissão que busca promover o bem-estar do ser humano, considerando sua singularidade, pluralidade e complexidade, e ao exercer o cuidado terapêutico, tem como ponto central a promoção da saúde, na prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e agravos.

Nesse contexto, o presente trabalho tem o objetivo de relatar a evolução do processo de cicatrização, baseado no cuidado terapêutico, de um paciente diabético de 47 anos, acometido de lesão em membro inferior direito, com suposta indicação de amputação, sendo cuidado em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Rio Grande-RS.

O fazer que fez diferença

A experiência a ser relatada trata-se da evolução do processo de cicatrização de um pé diabético, dentro de uma Unidade Básica de Saúde, do município de Rio Grande (RS). A história em questão se inicia nos primeiros dias do mês de fevereiro de 2007, ao atender, na referida unidade, um homem branco, 47 anos, com diagnóstico médico prévio de *diabetes mellitus* tipo II, o mesmo havia tido alta hospitalar há cerca de 48 horas e recebido orientação para procurar uma unidade básica de saúde, para realizar curativos em lesão ulcerativa, em membro inferior direito.

Ao realizar uma das etapas do exame físico, parte integrada da consulta de enfermagem, foi avaliada e observada uma grande lesão ulcerativa, na porção anterior e plantar medial do pé direito, com comprometimento dos sulcos interdigitais, apresentando extensa destruição do tecido e edema, grande quantidade de secreção purulenta e fétida.

Havia sido realizado um debridamento cirúrgico cerca de 11 dias, no primeiro momento, como conduta de enfermagem, realizou-se limpeza no leito da ferida com soro fisiológico 0,9% e curativo oclusivo com gaze, apósito e atadura e, juntamente, com avaliação do médico da unidade, o cliente foi encaminhado a um serviço de maior complexidade, a fim de o mesmo ser avaliado por um cirurgião vascular.

O cliente retornou à Unidade Básica, seis dias depois, com um encaminhamento para nova consulta para o início do mês de março, já com um prognóstico de amputação, o cliente nos relatou para nós que teria sido avaliado pelo médico vascular, e que este o havia informado da necessidade de extirpar o membro. Mas, durante o exame físico realizado na primeira consulta de enfermagem, constatamos que esse cliente apresentava pulsos arteriais distais, com retorno venoso satisfatório.

Foi a partir desse momento que estreitamos nossa relação no processo do cuidado, e na segunda consulta, o cliente em questão detalhou sua história de vida, revelando que era morador da comunidade onde a unidade se encontra inserida, aposentado por invalidez havia quatro anos, em virtude de um acidente de trabalho, sendo ele o provedor de sua família, constituída de esposa e dois filhos adolescentes. Não faz uso de álcool nem tabaco, tratando do diabetes desde 1987, não referindo outras patologias crônicas. Ao exame detalhado do paciente, observou-se que o mesmo mantinha bom estado geral, sua ausculta, palpação e percussão não apresentavam alterações. Sinais vitais mantinham-se estáveis e hemoglicoteste dentro da normalidade.

Porém, ao avaliar a extremidades, especificamente no pé direito, verificamos o

problema em pauta – pé diabético, tratava-se de uma lesão ulcerativa em pé direito com extensão 10x8cm, na região dorsal (Figura 1), e 16x7cm, na região plantar (Figura 2), cuja profundidade era de 3 cm, na região dorsal, e 5cm, na região plantar, caracterizando úlceras neuropáticas, com presença de calosidades e necrose. Por se tratar de um plano de enfermagem amplo e desafiador, além dos registros padrões da unidade, passamos a fazer o acompanhamento fotográfico de todo o processo evolutivo. As intervenções vão ao encontro das necessidades básicas afetadas, ou seja, freqüentes e exaustivos curativos, monitoramento de glicemia, verificação dos sinais vitais, viabilização do acompanhamento nutricional e médico, a cada semana.



Figura 1. Região Dorsal

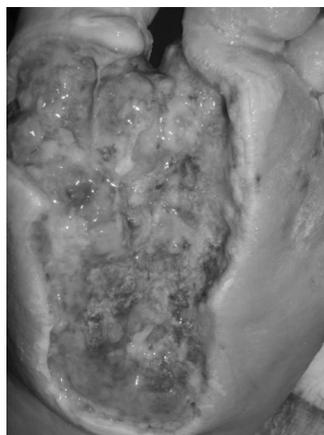


Figura 2. Região Plantar

No decorrer dessa consulta, deparamo-nos com o fato de ser cuidadoras de enfermagem. E, assim, crescia, em nós, a necessidade de fazer algo, já que sendo profissionais, frente aos nossos conhecimentos acadêmicos, avaliamos e determinamos que aquela úlcera podia ser cuidada mediante a realização de freqüentes curativos e acompanhamento multidisciplinar, evitando a mutilação daquele ser humano que relatava, com um olhar de desespero, que era o responsável e cuidador de sua esposa parapléica, vítima de um atropelamento, há dois anos.

De forma instintiva e provocadora, já que tínhamos do nosso lado a bagagem teórico-prática, indagamos sobre a possibilidade de, até a data do retorno ao especialista, de ele se

submeter ao plano de cuidados de enfermagem, o qual foi amplamente discutido e aprovado pelo paciente. O plano de cuidados de enfermagem era atualizado a cada dois dias, ou de acordo com a evolução do processo de cicatrização, tendo como base o exame físico e a consulta ao prontuário do paciente.

Inicialmente, os curativos eram realizados duas vezes ao dia, na própria Unidade Básica de Saúde. Na primeira semana, esse procedimento durava mais de uma hora, com o objetivo de remover o tecido necrosado e diminuir a secreção, utilizava como cobertura uma pomada hidrofílica, composta por sulfadiazina de prata a 1%, indicada para feridas infectadas e ricas em tecido necrótico; essa cobertura propicia o

amolecimento dos tecidos infectados e, associada ao debridamento mecânico, propiciou, em seis dias, a limpeza total do leito da ferida.

A partir do sétimo dia, passamos a utilizar, na úlcera, uma solução de ácidos graxos essenciais. Trabalhos demonstram que o uso de ácidos graxos essenciais, em lesões de pele, leva a uma resposta rápida e eficiente, com desenvolvimento de tecido de granulação, intensa angiogênese (proliferação de vasos sanguíneos) e aceleração do processo de cicatrização em poucos dias, com baixo custo e isento de efeito colateral⁽¹⁵⁾.

Ainda nesse estágio do plano de enfermagem, o cliente foi acompanhado por um médico clínico geral que realizou a manutenção medicamentosa, tendo o mesmo se submetido a tratamento com antibióticos, alteração na prescrição dos antiglicemiantes e instalação de cilostazol, medicamento anti-agregante plaquetário e vasodilatador que se destina a reduzir os sintomas da doença vascular periférica, do qual até o momento o mesmo não havia feito uso, e para tal, fez-se necessária uma solicitação de compra junto à secretaria da saúde do município⁽¹⁶⁾.

Após quatro semanas de acompanhamento, o cliente em pauta mostrava-se muito satisfeito com o progresso do tratamento, já víamos tecido de granulação em toda a extensão da ferida; nesse momento, propusemos uma inovação do plano de atuação baseada em

literatura atual, passamos a utilizar oxigênio direto no leito da ferida. Para tal, usamos um saco de polietileno, um látex e um umidificador conectado ao um cilindro de oxigênio.

Realizávamos esse procedimento três vezes por semana, colocava-se o pé do cliente 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, registramos a aceleração da granulação após o uso de oxigenoterapia na ferida⁽¹⁷⁾.

No período de retorno ao cirurgião vascular, o cliente fez nova consulta, tendo recebido orientações sobre a realização de um enxerto na porção plantar do pé direito. Mas o mesmo decidiu não se submeter ao procedimento médico, tendo como justificativa a falta de confiança no profissional em questão, optando por manter o cuidado terapêutico e a dinâmica adotada na unidade básica de saúde. Em virtude da profundidade da lesão, esse processo continua em desenvolvimento. Após dois meses do início do tratamento, a ferida pôde ser visualizada apresentando as seguintes dimensões: região dorsal 5x3cm (Figura 3) e região plantar 9x5cm (Figura 4) e profundidade 0,2 cm.



Figura 3. Região Dorsal



Figura 4. Região Plantar

Além do cuidado com a manutenção do plano de ação, também desenvolvemos uma atividade educativa junto ao cliente deste estudo, evidenciando os fatores que auxiliam no tratamento das úlceras cutâneas e prevenção da recorrência e manutenção saudável do diabetes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em questão possibilitou apresentar a narrativa de um cuidado terapêutico prestado a uma pessoa acometida por ferida - pé diabético. Após dois meses de cuidado, obtivemos um resultado acima das expectativas, em virtude de esse ter sido caracterizado pelo estabelecimento

de laços afetivos entre profissionais e usuários, favorecendo a terapêutica implementada. Desta forma, esse relato nos mostra uma enfermagem sistematizada, comprometida, organizada e integrada aos demais profissionais da saúde, sendo capaz de fazer muita diferença dentro do universo dinâmico do ser humano.

Reforçamos, porém, que o sucesso obtido no processo cuidativo se fundamentou na relação de empatia, confiança, dedicação e busca constante do saber específico. Assim, apesar de existir dificuldades no cotidiano das ações de saúde no país, nós, enfermeiros, somos realmente capazes de fazer diferença.

THE DOING WHICH MAKES THE DIFFERENCE: TAKING CARE OF A WOUNDED DIABETIC PERSON – DIABETIC FOOT

ABSTRACT

In Brazil, an estimated 5 million people live with *diabetes mellitus*, annually; 2% to 3% of these people may develop ulcers in their lower limbs. This study aims to report the healing process of a 47-year-old diabetic patient with lesions to his right foot – supposedly diagnosed for amputation – being cared for at a basic health care unit in the city of Rio Grande – RS. The wounds were covered with a great amount of purulent secretion and a fetid smell. We applied a few therapeutic measures in order to achieve recovery of the wounded member. After four weeks of care, the patient appeared very satisfied with the evolution of the treatment and we could already see granulation tissue all over the wound. This report somewhat shows us that a systematized, individualized nursing approach, carried out through committed knowledge, organized and integrated with the other professionals, is really capable of making a complete difference within a changing and dynamic universe. Today we take care, tomorrow we might be taken care of; thus, we enjoy making a difference.

Key words: Healing of Wounds. Diabetic Foot. Nursing.

LO HACER QUE HACE LA DIFERENCIA: CUIDANDO DE LA PERSONA ACOMETIDA POR HERIDA – PIE DIABÉTICO

RESUMEN

En Brasil, se estima que existen cinco millones de habitantes con *diabetes mellitus*, anualmente, y de 2% a un 3% de esas personas pueden desarrollar úlceras en los miembros inferiores. Ese trabajo objetiva relatar la evolución del proceso de cicatrización basado en el cuidado terapéutico, de un paciente diabético de 47 años de edad, acometido de lesión en el miembro inferior derecho, con supuesta indicación de amputación, siendo cuidado en una unidad básica de salud de la ciudad de Rio Grande-RS. Las lesiones estaban cubiertas por gran cantidad de secreción purulenta y de olor fétido. Hicimos uso de algunas medidas terapéuticas, a fin de obtener la recuperación del miembro lesionado. Después de cuatro semanas de acompañamiento el cliente estaba muy satisfecho con la evolución del tratamiento, ya percibíamos tejido de granulación en toda la extensión de la herida. De cierta forma, ese relato nos muestra una enfermería sistematizada, individualizada y que, a través del conocimiento comprometido, organizado e integrado a los demás profesionales, es, sí, capaz de hacer toda la diferencia dentro de un universo dinámico y mutable. Hoy somos cuidadores, mañana podremos ser cuidados, así, nos gusta hacer la diferencia.

Palabras Clave: Cicatrización de heridas. Pie Diabético. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2003.
2. Harris MI, Klein R, Welborn TA, Knudman MW. Onset of NIDDM occurs at least 4-7 yr before clinical diagnosis. *Diabetes Care*. 1992;15(7):815-9.
3. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2003. *Diabetes Care*. 2003;26(1):1-156.
4. Dagogo JS. DCCT results and diabetes care in developing countries. *Diabetes Care*. 1995; 18(3):416-7.
5. Lessa I, Mendonça GAS, Teixeira MTB. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996;120(5):389-430.
6. Pedrosa HC, Nery ES, Sena FV, Novaes C, Feldkircher TC, Dias MSO, et al. O desafio do projeto salvando o pé diabético. *Boletim Médico do Centro BD de Educação em Diabetes: Terapêutica em Diabetes*. 1998;4(19):1-10.
7. Bild DE, Selby JV, Sinnock P, Browner WS, Braveman P, Showstack JA. Lower-extremity amputation in people with diabetes: epidemiology and prevention. *Diabetes Care*. 1989; 12(1):24-31.
8. Caputo GM, Cavanagh PR, Ulbrecht JS, Gibbons GW, Karchmer AW. Assessment and management of foot disease in patients with diabetes. *N Engl J Med*. 1994;331(13):854-60.
9. Levin ME. Foot lesions in patients with diabetes mellitus. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 1996;25(2):447-67.
10. Reiber GE. Epidemiologia das úlceras e amputações do pé diabético. In: Bowker JO, Pfeifer MA. O pé diabético. Rio de Janeiro: Di Livros; 2001. p 13-33.
11. Boulton AJ. The diabetic foot: from art to science. *Diabetologia*. 2004;47(8):1343-53.
12. Gross JL. Detecção e tratamento das complicações crônicas do Diabete Melito: consenso brasileiro. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 1999;43(1):7-13.
13. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado (USA): Colorado Associated University Press; 1985.
14. Leopardi MT. Teoria e método em assistência de enfermagem. Florianópolis: Saldoso; 2006.
15. Mandelbaum SH, Di Santis EP, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares, parte II. *An Bras Dermatol*. 2003;78(5):525-42.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Bulário eletrônico da Anvisa. 2005 [on-line] 2005. [Acesso 10 ago. 2007]. Disponível em: <http://www.bulário.bvs.br/index.php?>
17. Conselho Regional de Enfermagem. Legislação da enfermagem brasileira. Porto Alegre: COREN-RS; 1999.

Endereço para correspondência: Cíntia Fonseca Martins. Senador Mendonça, 50/202, CEP: 96015-200. Pelotas/RS, cintiamartin@terra.com.br