

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
(MESTRADO PROFISSIONAL) - PPGSCol

ANEAS MENDES BELMIRO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS
DIABÉTICAS COM LESÃO ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE FERIDAS

CRICIÚMA

2019

ANEAS MENDES BELMIRO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS
DIABÉTICAS COM LESÃO ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE FERIDAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Fernanda de Oliveira Meller

CRICIÚMA

2019

ANEAS MENDES BELMIRO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS
DIABÉTICAS COM LESÃO ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE FERIDAS**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de Epidemiologia Aplicada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 10 de maio de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Fernanda de Oliveira Meller - Orientadora
Doutora em Epidemiologia - Universidade Federal de Pelotas

Prof^ª. Karina Cardoso Gulbis
Doutora em Ciências da Saúde – Universidade do Extremo Sul Catarinense

Prof^ª. Cristiane Damiani Tomasi
Doutora em Ciências da Saúde - Universidade do Extremo Sul Catarinense

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

B451p Belmiro, Aneas Mendes.

Perfil epidemiológico e qualidade de vida das pessoas diabéticas com lesão atendidos em um ambulatório de feridas / Aneas Mendes Belmiro. - 2019.

62 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2019.

Orientação: Fernanda de Oliveira Meller.

1. Diabéticos. 2. Qualidade de vida. 3. Perfil de saúde. 4. Diabetes Mellitus - Ferimentos e lesões. Título.

CDD 23. ed. 362.196462

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
Pró-Reitoria Acadêmica
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - (Mestrado Profissional)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria N° 609. De 14.03.2019

Ata da Defesa Pública de Dissertação da mestranda **ANEAS MENDES BELMIRO**. No dia 10 (dez) do mês de maio do ano de dois mil e dezenove, às 09 horas, na Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC reuniram-se os membros da Banca Examinadora, composta pelos professores: Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Meller (Orientadora), Profa. Dra. Cristiane Damiani Tomasi (Membro/PPGSCol/UNESC) e Profa. Dra. Karina Cardoso Gulbis (Membro externo/UNESC). Afim de argüirem a defesa de Dissertação de Mestrado de **ANEAS MENDES BELMIRO** subordinado ao título: **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS COM LESÃO DIABÉTICA ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE FERIDAS”**. Aberta a sessão pelo Presidente da mesma, coube a mestranda, sob a forma regulamentar, expor o tema de sua Defesa de Dissertação, findo o que, dentro do tempo estabelecido, foi questionada pelos membros da Banca Examinadora, procedendo, em seguida, às explicações que se faziam necessárias. O conceito final atribuído pela Banca Examinadora foi:

APROVADO (A) () REPROVADO (A)

RECOMENDAÇÕES DA BANCA:

Atender as solicitações da banca.

BANCA EXAMINADORA:

F. Meller
Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Meller (Orientadora)

C. Tomasi
Prof. Dra. Cristiane Damiani Tomasi (Membro/PPGSCol/UNESC)

K. C. Gulbis
Profa. Dra. Karina Cardoso Gulbis (Membro Externo/UNESC)

MESTRANDA: *aneas mendes Belmiro*
ANEAS MENDES BELMIRO

Criciúma, SC, 10 de Maio de 2019.

FOLHA INFORMATIVA

As referências desta dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Feridas localizado nas Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma-SC. O Ambulatório de Feridas da UNESC, em parceria com a Secretaria Municipal, foi inaugurado no ano de 2016, com propósito de atender a demanda crescente da cidade de Criciúma as pessoas com lesões complexas que requerem cuidados especiais, com orientações e métodos específicos. A iniciativa desse projeto é atender as pessoas com lesões provenientes da Rede de Atenção em Saúde da cidade.

Ao Ricardo,
Meu único e verdadeiro amor;
Meu cúmplice e meu alicerce.
Aprendi com você que, para crescer como pessoa,
tenho que me cercar de gente melhor do que eu,
Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial na minha vida, autor do meu destino, meu guia e meu socorro.

Ao meu marido, que foi uma escolha sensata, a melhor das minhas decisões. Se pudesse voltar atrás, faria tudo de novo. Sinto-me segura sempre que penso no bom exemplo que ele me dá.

Aos meus pais por me ensinarem que a vida é movida de sonhos e projetos.

Ao Hospital Unimed, Instituição que me acolhe há quase dez anos, e a minha equipe matutina com quem convivo diariamente trocando experiências durante a caminhada.

Ao Ambulatório de Feridas, em especial aos pacientes que ali frequentam, pelo respeito, pelo carinho e, principalmente, pela confiança que a mim depositam, mesmo enfrentando todas as dificuldades que a lesão aberta provoca no dia a dia.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Fernanda Meller, agradeço imensamente pelo aprendizado, pelo incentivo e pela insistência ao término deste trabalho. Mesmo com tantos percalços de idas e vindas do trabalho que parecia não acabar mais, uma coisa valeu a pena. Aprendi muito com a professora.

“Só se sabe a dor de uma ferida aberta quem nunca
teve uma cicatrizada”.

Mayane Gabrielly

RESUMO

Diabetes mellitus é uma doença crônica que pode acarretar lesão de órgãos alvo, dentre eles o sistema vascular, onde a microcirculação é prejudicada levando a processos isquêmicos que podem ser os responsáveis pelo surgimento de lesões de pele denominadas “lesões diabéticas”. Tais complicações têm sido onerosas ao sistema de saúde e requerem planejamento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas gerando melhor qualidade de vida. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo estudar o perfil epidemiológico e a qualidade de vida das pessoas diabéticas com lesão atendidas em um ambulatório de feridas, alocado em uma Clínica Escola de uma Universidade do Sul Catarinense. Trata-se de um estudo descritivo realizado com 54 pessoas com lesão diabética atendidas no referido ambulatório no período de cinco meses. Os dados foram coletados através de questionário contendo informações demográficas, socioeconômicas e de saúde. Para avaliar a qualidade de vida das pessoas, foi aplicado o questionário WHOQOL-BREF que avaliou os domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente. A digitação dos dados foi realizada no Microsoft Excel 2010. Para a realização das análises foi utilizado o programa Stata versão 12.1. Observou-se que a principal causa da lesão entre as pessoas estudadas foi trauma e neuropatia diabética (40,7%), grande parte das lesões está localizada nos dedos dos pés (31,5%) e metade das pessoas referiu que a causa da lesão iniciou de forma desconhecida (47,9%). Em relação à qualidade de vida, o domínio ambiente apresentou o maior valor (69,0; intervalo interquartil: 63-75) e que os menores valores foram observados nos domínios psicológico (56,0; intervalo interquartil: 50-69) e de relações sociais (56,0; intervalo interquartil: 56-69). É importante destacar que um dos maiores desafios na saúde coletiva é diagnosticar risco de lesões em pessoas diabéticas. Desta forma, torna-se fundamental a prevenção do pé diabético, através de cuidados básicos que precisam se tornar rotina entre os profissionais da área da saúde. Além disso, faz-se necessária a orientação e a sensibilização dos profissionais da saúde para que estejam aptos a realizarem o diagnóstico precoce das lesões a fim de evitar complicações mais graves, que podem levar até à amputação de membros.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Diabetes Mellitus, Prevenção.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic disease that can cause damage to target organs, including the vascular system, where microcirculation is impaired leading to ischemic processes that may be responsible for the appearance of skin lesions called "diabetic lesions". Such complications have been costly to the health system and require planning of actions to promote, prevent and recover the health of people, generating a better quality of life. In this way, the present study aims to study the epidemiological profile and the quality of life of diabetics with lesions treated in a wound clinic, allocated in a Clinic School of a University of South Catarinense. This is a descriptive study carried out with 54 people with diabetic lesion treated at the outpatient clinic in the five-month period. Data were collected through a questionnaire containing demographic, socioeconomic and health information. To evaluate people's quality of life, the WHOQOL-BREF questionnaire was applied, which evaluated the physical, psychological, social and environmental domains. The data was entered in Microsoft Excel 2010. Stata version 12.1 was used to perform the analyzes. It was observed that the main cause of the lesion among the persons studied was trauma and diabetic neuropathy (40.7%), most of the lesions were located in the toes (31.5%) and half reported that the cause of the injury The lesion started unknown (47.9%). Regarding quality of life, the environment domain presented the highest value (69.0; interquartile range: 63-75) and the lowest values were observed in the psychological (56.0, interquartile range: 50-69) and social relations (56.0; interquartile range: 56-69). It is important to highlight that one of the greatest challenges in collective health is to diagnose the risk of injury in people with diabetes. In this way, the prevention of diabetic foot becomes essential, through basic care that needs to become routine among health professionals. In addition, it is necessary to provide guidance and awareness to health professionals so that they are able to perform the early diagnosis of the lesions in order to avoid more serious complications, which may lead to limb amputation.

Keywords: Quality of Life, Diabetes Mellitus, Prevention.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Sistematização da abordagem realizada a pessoas com diabetes mellitus, de acordo com a classificação da infecção no pé diabético, adaptado por Lipsky, 2012.....	17
Quadro 2. Sistematização da abordagem realizada a pessoa com diabetes mellitus, de acordo com a classificação do grau de risco para o desenvolvimento de úlceras nos pés, recomendado pelo Ministério da Saúde, 2013.	200

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas, socioeconômicas e de saúde dos indivíduos estudados. Criciúma, SC, 2018. (n=54)	30
Tabela 2 - Características das lesões dos indivíduos estudados. Criciúma, SC, 2018. (n=54)	31
Tabela 3 - Avaliação neurológica dos indivíduos estudados. Criciúma, SC, 2018. (n=54)	32
Tabela 4 - Tipo de tratamento recebido pelos indivíduos estudados Criciúma, SC, 2018. (n=54)	32
Tabela 5 - Mediana e intervalo interquartil dos domínios de qualidade de vida dos indivíduos estudados. Criciúma, SC, 2018. (n=54).....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NPH	Neutral Protamine Hagedorn
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 FISIOPATOLOGIA DA LESÃO DIABÉTICA.....	16
2.2 LESÕES EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS	17
2.3 ATENÇÃO À PESSOA DIABÉTICA COM FERIDA.....	18
2.4 QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM LESÃO DIABÉTICA.....	21
3 OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GERAL.....	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4 MÉTODOS	25
4.1 HIPÓTESES	25
4.2 DESENHO DO ESTUDO	25
4.3 VARIÁVEIS.....	25
4.4 LOCAL DO ESTUDO	26
4.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO	26
4.5.1 Critério de inclusão	26
4.5.2 Critério de exclusão	27
4.6 AMOSTRA.....	27
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	27
4.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA	27
4.9 INSTRUMENTOS DE COLETA	27
4.10 RISCOS DE BENEFÍCIOS.....	28
4.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	28
5 RESULTADOS	30
6 DISCUSSÃO	34
7 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	48
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	49
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DOS DADOS	52
APÊNDICE C – CARTILHA PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA DIABÉTICA	59
ANEXOS	60
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	60
ANEXO B – CARTA DE ACEITE	61

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é definido como uma condição caracterizada pela hiperglicemia crônica, consequente de um distúrbio da secreção de insulina em exercer seus efeitos no organismo resultando em falência de vários órgãos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013, p.03), e está relacionada a vários fatores, como hereditário, comportamental e socioeconômico, que podem contribuir para o aparecimento da doença e suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

A compreensão da doença é fundamental para um tratamento adequado e uma maior expectativa de vida (MENEZES et al, 2014; VINHOLES; BITTENCOURT, 2013). Existem três tipos diferentes da doença: tipo 1, tipo 2 e diabetes gestacional (forma da doença detectada durante a gestação). Na do tipo I (que atinge 10% da população dos diabéticos e é também chamada de juvenil ou insulino dependente), ocorre a destruição autoimune das células beta pancreáticas responsáveis pela produção da insulina). A do tipo II (que atinge, aproximadamente, 90% da população diabética) é caracterizada pela produção deficiente de insulina e tem relação com hábitos inadequados de vida e excesso de peso (MAZZINI et al., 2013; VINHOLES; BITTENCOURT, 2013; CORREA et al., 2017).

A prevalência do diabetes mellitus na população brasileira aumentou 61,8%, passando de 5,5% no ano de 2006 para 8,9% em 2016 (BRASIL, 2016). Segundo dados de pesquisa brasileira, há uma relação direta com a idade, e a prevalência é quase três vezes maior entre os indivíduos com menor escolaridade (BRASIL, 2016). Além disso, a maior ocorrência é encontrada nas mulheres (9,9% vs 7,8%) (BRASIL, 2016).

O diabetes mellitus é uma doença limitante que prejudica a autonomia e a qualidade de vida do indivíduo (HIROTA; HADDAD; GUARIENTE, 2008). É importante ressaltar, que a qualidade de vida das pessoas com feridas crônicas em membros inferiores as torna mais vulnerável, implicando em efeitos negativos para os projetos de vida, sendo esse um fenômeno relevante para o cuidado em saúde (DIAS, COSTA, MELO, 2014). As complicações mais comuns do diabetes mellitus são: a neuropatia periférica (90% dos casos), doença arterial periférica e deformidades e comprometimento da função imune (PACE; NUNES; VIGO, 2003). Além disso, outra consequência do diabetes mellitus é o pé diabético, considerado um problema grave e com sérias consequências que pode implicar em amputação de membros inferiores (HIROTA; HADDAD; GUARIENTE, 2008).

Desde os primórdios da humanidade até os dias atuais, as feridas se constituem em um problema de saúde e podem acarretar diversas consequências, dependendo da gravidade da

lesão de pele (SANTOS; MELLO, 2016). Essas lesões têm interferência direta na dor, imobilidade, incapacidade, reações psicoemocionais relacionadas à autoestima, autoimagem, qualidade de vida e afastamentos sociais (JESUS, 2014).

Estima-se que no Brasil, de uma população de 7,12 milhões de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, 484.500 pessoas apresentam lesões diabéticas, resultando em 169.600 admissões hospitalares e 80.900 amputações efetuadas, das quais 21.700 evoluíram para morte (BRASIL, 2015).

Os custos anuais hospitalares são estimados em 461 milhões de dólares, onerando os gastos públicos e prejudicando a qualidade de vida da população com lesões de pele (BRASIL, 2015).

O desenvolvimento de uma lesão de pele pode ocorrer devido a causas externas, que resultam em graves danos teciduais com ferimentos decorrentes de acidentes, de agressões por armas de fogo e armas brancas. Destacam-se também as feridas crônicas de etiologia vasculares e neuropáticas, que geralmente são agravadas por doenças como o diabetes (MONTOVANI; FONTELLES, 2003; PRAZERES; SILVA, 2009).

Diante do exposto, conhecer as características de diabéticos com lesão, além de avaliar a qualidade de vida dessas pessoas, permitirá o desenvolvimento de ações direcionadas a esse público, visando buscar maior expectativa de vida e melhoria da qualidade de assistência à saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FISIOPATOLOGIA DA LESÃO DIABÉTICA

As lesões diabéticas geralmente surgem nos pés de pessoas com Diabetes mellitus e complicam com gangrena e infecção, ocasionadas por falhas no processo de cicatrização (NASCIMENTO; NAVARINE; ANIZIO et al., 2014).

A hiperglicemia prolongada resulta na insensibilidade das fibras nervosas, e, com o comprometimento dessas fibras, há perda da propriocepção, a insensibilidade associada à limitação de mobilidade articular resulta em alterações biomecânicas (DE ALENCAR; TORRES; SANTOS et al., 2014).

Neuropatia diabética, doença arterial periférica e infecções são as principais complicações crônicas da pessoa com diabetes mellitus e ocorrem, em média, dez anos após o aparecimento da doença e, associadas às infecções, podem evoluir para amputações não traumáticas de membros inferiores (BARBUI; COCCO, 2002).

O acometimento dos nervos periféricos na pessoa diabética faz com que haja uma diminuição da sensibilidade dos membros inferiores causado por níveis elevados de glicemia que levam a complicações neurológicas e vasculares. Com a piora da circulação, aumenta a possibilidade de infecção, especialmente no diabético descompensado (BAUM; ARPEY, 2005).

A doença arterial periférica, outra complicação do Diabetes mellitus, resulta em uma redução no fluxo sanguíneo para a extremidade inferior, levando ao descontrole no processo de cicatrização das úlceras dos pés e, conseqüentemente, a amputações das extremidades inferiores e mortalidade prematura (HINCHLIFFE, BROWNRIGG, APELQVIST, 2015).

A infecção é definida pela presença de secreção purulenta ou sinais e sintomas precursores de infecção (eritema, calor e dor), incluindo necrose e gangrena e, às vezes, com evidência de resposta inflamatória sistêmica, o diagnóstico evidenciado é clínico (GARIANI; LIPSKY; UÇKAY, 2014; LIPSKY et al, 2012).

As lesões diabéticas infectadas devem ser classificadas quanto à gravidade da infecção, para um melhor planejamento de seu tratamento (MILLS; CONTE; ARMSTRONG et al., 2014). O Quadro 1 apresenta de forma resumida o manejo indicado, segundo a classificação da infecção no pé diabético.

Quadro 1. Sistematização da abordagem realizada a pessoas com diabetes mellitus, de acordo com a classificação da infecção no pé diabético, adaptado por Lipsky, 2012.

Grau de infecção	Manifestações clínicas
Sem infecção	Sem sinais de inflamação. Úlcera sem exsudato purulento.
Infecção leve	Presença de exsudato purulento e/ou dois ou mais sinais de inflamação. Quando há celulite ou eritema, eles não ultrapassam 2 cm do bordo da úlcera. A infecção é limitada à pele ou aos tecidos subcutâneos superficiais. Não há outras complicações locais ou acometimento sistêmico.
Infecção moderada	Presença de exsudato purulento e/ou duas ou mais manifestações de inflamação (ver acima) em paciente sem complicações sistêmicas e metabolicamente estáveis. Além disso, deve apresentar pelo menos um dos seguintes: Celulite ultrapassando 2 cm do bordo da úlcera. Presença de linfangite. Acometimento abaixo da fáscia superficial. Abscesso de tecidos profundos. Abscesso de tecidos profundos. Gangrena. Envolvimento de músculo, tendão, articulação ou osso.
Infecção grave	Exsudato purulento e/ou sinais de inflamação em paciente com toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica (febre, calafrios, taquicardia, hipotensão, confusão mental, vômitos, leucocitose, hiperglicemia grave, azotemia).

Fonte: Adaptado de Lipsky et al., 2012.

2.2 LESÕES EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

A fim de prevenir complicações a pessoa diabética, os pés devem ser avaliados pelo menos uma vez por ano e, mais frequentemente, naquelas pessoas com alto risco de amputação. É sabido que problema nos pés de pessoas diabéticas pode evoluir para condições mais graves mesmo na ausência de sintomas (FAJARDO, 2006).

A avaliação adequada pode reduzir sequelas e complicações de extremidades inferiores que são um crescente e significativo problema de saúde pública. Essas complicações se associam com neuropatia e doença arterial periférica que predisõem ou agravam as lesões nos pés, levando subsequentemente à infecção e amputação (SANTOS, 2006; OGENG'O; OBIMBO; KING'ORI, 2009).

É importante destacar que os fatores de risco para a ocorrência do pé diabético são: “a neuropatia diabética – sensorio-motor, as doenças arteriais periféricas, as alterações

anatômicas dos pés, bolhas e calos em área de pressão, infecção, tabagismo, glicemia mal controlada, história recente de lesão, e desinformação” (SADER; DURAZZO, p. 61-66, 2003).

Estima-se que, apenas 12% dos médicos examinam os pés dos diabéticos sem que estes tenham queixas a apresentar no momento da consulta (MACEDO, 1999, p.484-89). Outro dado preocupante é que cerca de 50% das pessoas submetidas à amputação tinham exames incompletos dos pés. Além disso, evidenciou-se que 22 de 23 amputações abaixo do joelho foram realizadas em pessoas que nunca haviam recebido informações sobre medidas preventivas (SANTANA NETA, 2012).

Segundo De Albuquerque e colaboradores (2017), buscar a objetividade e eficiência nas avaliações para identificar e classificar a pessoa em risco de ulceração dos pés garante a prevenção da amputação dos membros inferiores em diabéticos com feridas, além de tratamento precoce e adoção de medidas educativas (ALBUQUERQUE MELLO; PIRES; KEDE, 2017; FAJARDO, 2006).

O reconhecimento do pé em risco e com lesões em fase inicial fazem parte de programas de prevenção (FAJARDO, 2006). A pessoa precisa identificar o problema na fase inicial e participar do tratamento. Assim, as ações de educação permitirão mudança e estimularão o autocuidado, possibilitando maior adesão ao tratamento (FAJARDO, 2006).

Apresentar recomendações por meio de folhetos ou cartilhas além de estimular o autocuidado, é uma abordagem educativa e uma estratégia para a prevenção da ocorrência de ulcerações nos pés das pessoas com diabetes mellitus, (DUNCAN; GOLDRAICH; CHUEIRI, 2013).

2.3 ATENÇÃO À PESSOA DIABÉTICA COM FERIDA

Segundo Franco e Gonçalves (2008), uma forma de tratamento para feridas cutâneas são os curativos, sendo que sua realização depende de fatores intrínsecos e extrínsecos. Existem inúmeras opções de curativos para atender a necessidade de cada tipo de ferida e da fase de cicatrização em que se encontra. Para a escolha adequada é necessário considerar a natureza, a localização e o tamanho da ferida, além da situação financeira da pessoa ou da unidade de saúde, avaliando custos e benefícios bem como a necessidade de visitas domiciliares (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

O cuidado humanizado deve ser prestado de forma integral, mais abrangente e personalizado, vislumbrando uma assistência de qualidade (OLIVEIRA; CASTRO; ANDRADE, 2005). Todavia, "as ações de enfermagem só têm significado quando o cuidado é

resultante de um processo interativo, no qual a intencionalidade do agir e o conhecimento do que se espera de cada um no processo de cuidar sejam manifestadas" (OLIVEIRA; CASTRO; ANDRADE, 2005, p. 57-62).

Para Santos e colaboradores (2008), o cuidado de enfermagem no âmbito do tratamento de feridas deve estar embasado em evidências científicas, para que esta assistência propicie resultados eficazes e qualificados. O enfermeiro deverá investigar o histórico da ferida, inspecionar e diagnosticar a mesma. Assim, o gerenciamento do cuidado será desenvolvido com planos, metas e resultados esperados, relacionados à gravidade e ao tipo de ferida (SANTOS et al., 2008). A sistematização da assistência de enfermagem deve ser realizada pelo profissional visando qualificar o cuidado, a eficácia no tratamento, com redução do tempo de hospitalização e no planejamento da alta. O enfermeiro assume um importante papel na orientação dos cuidados a pessoa e à família (CASTRO et al., 2007).

Portanto, o profissional de saúde deve obter o maior número de informações possíveis durante a avaliação de uma lesão, prestando assim um cuidado humanizado, com visão ampla da evolução da pessoa (OLIVEIRA; CASTRO; ANDRADE, 2005). Para avaliação e tratamento de uma ferida, o cuidado não se limita à realização do curativo e, sim, envolve as condições clínicas, psicossociais e financeiras (OLIVEIRA; CASTRO; ANDRADE, 2005).

Um importante procedimento na avaliação de lesões tissulares é a técnica de aferição de feridas associada à avaliação de outros fatores (OLIVEIRA; CASTRO; ANDRADE, 2005). O curativo deixou de ser o único tratamento para as lesões tissulares; o enfermeiro deve incorporar todas as novas tecnologias da assistência avaliando o estado geral da pessoa, etiologia da lesão, cobertura indicada, escolha de tratamento, e realizar o registro de enfermagem (OLIVEIRA; CASTRO; ANDRADE, 2005).

O monitoramento e a avaliação de uma ferida são tarefas complexas que exigem do profissional a observação do maior número de informações possíveis para adequação do cuidado (ALMEIDA et al., 2002a). Todos os métodos de avaliação devem ser utilizados em combinação para que se tenha uma visão mais acurada da evolução da pessoa a fim de monitorar a velocidade de cicatrização (ALMEIDA et al., 2002a).

De acordo com Santos e colaboradores (2008), o cuidado de enfermagem pode ser definido como um fenômeno resultante do processo de cuidar, assim, pode-se descrevê-lo como o desenvolvimento de atitudes, ações e comportamentos no sentido de promover, manter ou recuperar a dignidade e a totalidade humana, devendo essas ações ser fundamentadas no conhecimento científico, na experiência, na intuição e no pensamento crítico (SANTOS et al., 2008).

A enfermagem, como profissão da área de saúde que permanece mais tempo ao lado da pessoa, tendo como objeto de trabalho o cuidado que procura estabelecer vínculo, promover o encontro, construir relações e conhecer o outro, deve ser uma facilitadora na promoção da saúde e do bem-estar biopsicosocioespiritual e emocional, conduzindo a pessoa às melhores formas de enfrentamento do processo de doença e hospitalização (FONTES; ALVIM, 2008).

Para detectar alterações durante o exame dos pés na pessoa diabética, o profissional de saúde enfermeiro pode realizar a avaliação sistematizada, abordando o escore de classificação de acordo com o grau de risco para o desenvolvimento de úlceras nos pés, seguindo as diretrizes do programa de prevenção e avaliação do pé em risco proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Sistematização da abordagem realizada a pessoas com diabetes mellitus, de acordo com a classificação do grau de risco para o desenvolvimento de úlceras nos pés, recomendado pelo Ministério da Saúde, 2013.

Manifestações clínicas	Grau de risco	Abordagem
Neuropatia ausente	Grau 0	Educação terapêutica Avaliação anual
Neuropatia presente Sem deformidades	Grau 1	Educação terapêutica Uso de calçados adequados. Avaliação semestral.
Neuropatia presente. Deformidades ou doença vascular periférica	Grau 2	Educação terapêutica. Uso de calçados adequados e especiais, palmilhas e órteses. Avaliação trimestral.
Úlcera/amputação prévia	Grau 3	Idem ao risco 2. Avaliação bimestral.

Fonte: BRASIL, 2013.

Outro fator que interfere no cuidado de enfermagem a pessoa com lesões de pele refere-se ao uso das novas tecnologias, que além de favorecer o processo de cicatrização das feridas, contribuem para a redução no número de trocas dos curativos (PRAZERES; SILVA, 2009). Na história do tratamento das feridas, os avanços científicos multidisciplinares resultaram na inovação tecnológica, que qualificou o atendimento holístico às pessoas com lesões de pele, reduzindo a dor, o número de trocas de curativos e acelerando a cicatrização (PRAZERES; SILVA, 2009). Nesse contexto, são vários os produtos disponíveis no mercado, dentre os quais se destacam: os alginatos de cálcio e sódio, hidrofibra com prata, ácidos graxos essenciais, ácidos graxos insaturados, papaína, hidrogéis e tela de poliamida com silicone (PRAZERES; SILVA, 2009).

Atualmente, não existe um produto ideal para o tratamento da ferida em todas as fases do processo de cicatrização (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003; DOMANSKY, 2012). Os principais critérios que definem a escolha do que será utilizado são: a avaliação, o leito da ferida e a fase de cicatrização (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003; DOMANSKY, 2012). Além disso, é necessário conhecer os benefícios de cada cobertura, acompanhar as etapas do processo terapêutico e as questões que envolvem o custo-benefício (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003; DOMANSKY, 2012).

Outro fator que convém destacar neste contexto é a questão da criação e implementação de um protocolo para o acompanhamento da pessoa com lesão crônica, que é essencial, pois representa um instrumento seguro para a prevenção, acompanhamento e controle dos casos (FERREIRA; PÉRICO, 2002).

Ainda com relação ao tratamento da pessoa com diabetes mellitus, a escolha do melhor medicamento varia conforme a condição geral da pessoa. O acompanhamento da glicemia de jejum e pós-prandial é parte fundamental no tratamento, visando observar a necessidade de aumentar a dosagem medicamentosa ou acrescentar outros fármacos para controle da doença (BRASIL, 2006). As insulinas e os medicamentos antidiabéticos orais fazem parte do tratamento medicamentoso mais utilizado quando algumas mudanças nos hábitos de vida como, por exemplo, alimentação adequada e prática regular de atividade física, já não controlam mais os níveis glicêmicos no organismo (BRASIL, 2006).

Atualmente, existem vários tipos de insulina para o tratamento de diabetes que se diferenciam pelo tempo em que fica ativa no corpo, pelo tempo que leva para começar a agir e pela situação do dia em que são mais eficientes (BRASIL, 2006).

2.4 QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM LESÃO DIABÉTICA

A presença de ferida crônica influencia na vida da pessoa, tanto no aspecto físico quanto no psicossocial. Autoestima, autoimagem, autonomia, autocuidado são fortemente influenciados pela crença, que interfere na disposição e na confiança das pessoas de executar uma ação específica e persistir na realização da ação de maneira consciente (RIEGEL; JAARSMA; STRÖMBERG, 2012).

As lesões repercutem em perda da autoestima e podem desencadear constrangimento, tristeza, autoimagem negativa e vergonha, que se configuram como sentimento presente na vida dessas pessoas repercutindo na sua vida social (SALOMÉ, 2010).

Além disso, o meio social no qual a pessoa está inserida exerce influências significativas na imagem que ele constrói da doença e de si mesmo (SOUZA; GOMES; BARROS, 2009).

Para a sociedade, os corpos dos sujeitos portadores de feridas, em particular aquelas crônicas como as grandes úlceras de perna (varicosa, arterial ou mista), as neoplasias e as agudas, como as amputações (membros inferiores e dedos, por exemplo), são corpos que não agradam, não encantam, não incitam admiração e contemplação – são tratados como aberrações, mas que precisam ser incluídos, conduzidos para o meio (MEIRELES; FIGUEIREDO; SILVA, 2009). Esses problemas são intimamente ligados à capacidade que as feridas têm de mexer com a subjetividade (MEIRELES; FIGUEIREDO; SILVA, 2009).

De acordo com Waidman e colaboradores (2011), no cotidiano de pessoas com feridas há presença de sofrimento; a ferida fragiliza e, muitas vezes, incapacita o ser humano para diversas atividades, em especial as laborativas, além de interferir na qualidade de vida da população. Frente às observações realizadas e queixas ouvidas das pessoas com esses problemas que chegam ao serviço especializado, faz-se pensar que esta doença acomete a pessoa como um todo (WAIDMAN et al., 2011).

Assim, além dos tratamentos fisiológicos, há uma grande preocupação com a qualidade de vida das pessoas com algum tipo de patologia dolorosa, pois, como no caso da lesão diabética, a pessoa pode permanecer com a mesma durante meses ou anos (SOUZA; et al., 2013).

Por este motivo ocorre uma grande mudança na qualidade de vida das pessoas, uma vez que nosso corpo é um sistema integrado, e o problema interfere no conjunto, afetando a vida social e econômica do acometido (FARIA et al., 2011). Sendo assim, a preocupação está em garantir o bem estar da pessoa, holisticamente, a cicatrização (FARIA et al., 2011).

A conceitualização de qualidade de vida é uma tarefa difícil, tendo em vista seu caráter subjetivo, sua complexidade e suas várias dimensões, pois depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, variando de pessoa para pessoa e estando sujeita à influência do cotidiano, hábitos e estilo de vida (SOUZA et al., 2013). É uma condição dinâmica que responde a eventos de vida: perda de emprego, doença ou outros transtornos podem mudar a definição de qualidade de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é "a percepção da pessoa de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (THE WHOQOL GROUP, 1994). Assim, foi construído, um questionário denominado World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) que avalia qualidade de vida levando em

consideração sua definição. O WHOQOL foi desenvolvido de forma colaborativa em um número de centros em todo o mundo, e tem sido amplamente testado em pesquisas (THE WHOQOL GROUP, 1995).

O instrumento WHOQOL-BREF é composto de 26 itens, que medem os seguintes domínios gerais: saúde física, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-BREF é uma versão mais curta do instrumento original que pode ser mais conveniente para o uso em grandes estudos de investigação ou clínica (THE WHOQOL GROUP, 1998).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estudar o perfil epidemiológico e a qualidade de vida das pessoas diabéticas com lesão atendidas em um Ambulatório de Feridas de uma Universidade do Sul Catarinense.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os indivíduos com lesão diabética de acordo com variáveis demográficas e socioeconômicas (idade, sexo, cor da pele, escolaridade), tempo do diagnóstico e uso de insulina.
- Identificar a etiologia e o local da lesão diabética.
- Avaliar o grau de risco para o desenvolvimento de lesões recorrentes.
- Avaliar a sensibilidade tátil da pessoa.
- Avaliar o comprometimento vascular da pessoa.
- Avaliar a classificação da lesão e da gravidade da infecção.
- Verificar as características da lesão diabética.
- Verificar o tempo entre o surgimento da lesão e o encaminhamento ao ambulatório de feridas.
- Verificar o tipo de tratamento instituído.
- Avaliar a qualidade de vida das pessoas de acordo com os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

4 MÉTODOS

4.1 HIPÓTESES

- A grande maioria das pessoas estudadas é do sexo masculino, de cor da pele branca e com 40 anos ou mais de idade.
- A média do tempo de diagnóstico é de 3 anos.
- A maioria das pessoas realiza tratamento com insulina.
- A maioria dos entrevistados tem até 8 anos de escolaridade.
- A etiologia da lesão mais predominante entre as pessoas é a neuropatia diabética.
- O local da lesão mais prevalente é o dedo dos pés.
- A maioria das pessoas apresenta grau de risco 3 para lesões recorrentes.
- Maior parte dos entrevistados apresenta sensibilidade tátil dolorosa.
- Grande parte das pessoas apresenta classificação de Wagner em grau 1 e 2.
- A classificação da gravidade da infecção mais prevalente é infecção leve.
- O comprometimento vascular é mais elevado nos pulsos pediosos.
- A maioria das lesões é caracterizada pela amputação dos membros.
- O tempo entre o surgimento da lesão e o encaminhamento ao ambulatório de feridas é de, aproximadamente, 8 meses.
- O tipo de tratamento mais utilizado é a placa antimicrobiana e a pielsana gaze de rayon.
- Os quatro domínios de qualidade de vida apresentam baixos escores nos indivíduos com lesões diabéticas.

4.2 DESENHO DO ESTUDO

Estudo descritivo.

4.3 VARIÁVEIS

As variáveis estudadas são: sexo (masculino/feminino), idade (em anos), cor da pele (branca/preta/outras), escolaridade (não alfabetizado/ensino fundamental incompleto/ensino fundamental completo/ensino médio incompleto/ensino médio completo/ensino superior incompleto/superior completo), tempo entre surgimento da lesão e encaminhamento (em meses), etiologia da lesão (trauma/neuropatia diabética/outra), características da lesão diabética

(deformidade/amputação dos dedos/amputação dos pés/isquemia), local da lesão (dedos do pé/antepé/região plantar/outro), avaliação do grau de risco para o desenvolvimento de úlceras (risco 0/risco 1/risco 2/risco 3), classificação da lesão (grau1/grau2/grau 3/grau 4/grau 5), avaliação da sensibilidade tátil (percepção de pressão - sensibilidade protetora/percepção de vibração - sensibilidade vibratória/ discriminação - sensibilidade dolorosa/sensação tátil - sensibilidade tátil/reflexo Aquileu), comprometimento vascular (pulso pedioso/pulso tibial posterior), uso de insulina (sim/não), tempo do diagnóstico (em meses), classificação da gravidade da infecção (sem infecção/infecção leve/infecção moderada/infecção grave) e o tipo de tratamento (hidrogel/pielsana gaze de rayon/papaína/ácidos graxos essenciais/placa antimicrobiana) e domínios da qualidade de vida (em escore).

4.4 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Feridas localizado nas Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma-SC.

O Ambulatório de Feridas da UNESC, em parceria com a Secretaria Municipal, foi inaugurado no ano de 2016, com propósito de atender a demanda crescente da cidade de Criciúma as pessoas com lesões complexas que requerem cuidados especiais, com orientações e métodos específicos. A iniciativa desse projeto é atender as pessoas com lesões provenientes da Rede de Atenção em Saúde da cidade.

4.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Pessoas diabéticas com lesões atendidos no Ambulatório de Feridas da referida Universidade.

4.5.1 Critério de inclusão

Ser portador de lesão diabética e aceitar participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

4.5.2 Critério de exclusão

Não ter condições de responder o questionário devido incapacidade de compreensão das perguntas.

4.6 AMOSTRA

Foram estudadas todas as pessoas atendidas neste ambulatório no período de maio a setembro de 2018. Considerando o número de pessoas atendidas por mês, estimava-se estudar 54 pessoas com lesões diabéticas.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada digitação dos dados no programa Microsoft Excel 2010.

Para a análise descritiva das variáveis qualitativas, foram apresentadas as frequências absolutas (n) e relativas (%). Já, as variáveis quantitativas, a média e o desvio padrão foram apresentados para as variáveis com distribuição simétrica, e a mediana e o intervalo interquartil para as variáveis com distribuição assimétrica.

Para a realização das análises foi utilizado o programa Stata versão 12.1.

4.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

Após o participante assinar o TCLE aceitando participar do estudo, foi aplicado, por entrevistadora treinada, um questionário contendo as informações necessárias para a realização da pesquisa. A coleta dos dados foi feita na sala de atendimento do ambulatório.

4.9 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário contendo informações socioeconômicas, demográficas, de saúde e qualidade de vida dos participantes (Apêndice B).

A avaliação da sensibilidade foi realizada usando monofilamento ou agulha em pontos dos pés.

Para avaliar a classificação da lesão, foi realizado exame físico e consulta de enfermagem. A classificação de Wagner é bastante utilizada na literatura para estratificar as

úlceras do pé diabético de acordo com a profundidade, presença de infecção e isquemia. As lesões são classificadas em Grau 0, Grau 1, Grau 2, Grau 3, Grau, 4 e Grau 5. (GHOTASLOU, MEMAR, ALIZADEH, 2018).

A avaliação do grau de risco para o desenvolvimento e recorrência de úlceras foi realizada com base no exame físico e utilizando monofilamento ou agulha em pontos dos pés dos indivíduos. Os mesmos são classificados em risco 0, risco 1, risco 2 ou risco 3 (BAKKER, APELQVIST, LIPSKY, 2016).

O comprometimento vascular foi verificado através do exame físico e a classificação da gravidade da infecção foi avaliada através do aspecto da lesão, sintomas e exame físico.

Para a avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o questionário WHOQOL-BREF, versão abreviada do WHOQOL-100. Este questionário contém 26 questões referentes aos seguintes domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. No domínio físico, há sete perguntas, com pontuação máxima de 35 pontos. O domínio psicológico contém seis perguntas, totalizando 30 pontos. No domínio relações sociais, o qual é composto por três perguntas, a pontuação máxima é de 15 pontos. Por fim, o domínio ambiente, com oito perguntas, possui pontuação máxima de 40 pontos. Quanto maior o escore obtido melhor a qualidade de vida (WHOQOL GROUP, 1998).

4.10 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os possíveis riscos da pesquisa são a quebra de sigilo dos dados, porém os autores garantirão confidencialidade dos dados dos participantes. Os benefícios do estudo são que, através do conhecimento do perfil dos indivíduos com lesão diabética, é possível implementar ações de prevenção e promoção da saúde a grupos específicos, sendo consideradas medidas de baixo custo. Além disso, estudou-se a qualidade de vida dos participantes permitindo a realização de ações visando sua melhoria.

4.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UNESC sob protocolo nº 2.621.078 (Anexo A) e autorização do Ambulatório de Feridas da Universidade, onde se realizou a pesquisa, mediante apresentação do projeto e Carta de Aceite (Anexo B), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe

sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os indivíduos que aceitaram participar autorizaram sua realização por meio do TCLE.

5 RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 54 pessoas diabéticas com lesão.

As características demográficas e socioeconômicas das pessoas são apresentadas na Tabela 1. Observa-se que as pessoas possuíam, em média, 61,1 anos de idade ($\pm 11,5$). A maioria da amostra era do sexo masculino (66,7%), apresentava cor da pele branca (81,5%) e possuía ensino fundamental incompleto (51,7%). Mais da metade das pessoas usa insulina (63,0%), sendo que as mais utilizadas são a Regular juntamente com a *Neutral Protamine Hagedorn* (NPH) (67,7%). Além disso, o tempo médio do diagnóstico de diabetes foi de 13,0 anos ($\pm 8,6$).

Tabela 1 - Características demográficas, socioeconômicas e de saúde das pessoas estudadas. Criciúma, SC, 2018. (n=54)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	36	66,7
Feminino	18	33,3
Idade (em anos)		
Média	61,1	
Desvio padrão	11,5	
Cor da pele		
Branca	44	81,5
Preta	10	18,5
Escolaridade		
Não alfabetizado	2	3,7
Ensino fundamental incompleto	28	51,7
Ensino fundamental completo	13	24,1
Ensino médio incompleto	3	5,6
Ensino médio completo	6	11,1
Ensino superior incompleto	1	1,9
Ensino superior completo	1	1,9
Tempo do diagnóstico de diabetes (em anos)		
Média	13,0	
Desvio padrão	8,6	
Uso de insulina		
Não	20	37,0
Sim	34	63,0
Tipo de insulina		
NPH	9	26,5
Regular	1	2,9
NPH e regular	23	67,7
Lantus	1	2,9
Tempo entre o surgimento da lesão e o encaminhamento ao ambulatório (em meses)		
Mediana	3	
Intervalo interquartil	2-12	

NPH: *Neutral Protamine Hagedorn*

Fonte: Dados obtidos pela pesquisa.

A Tabela 2 apresenta as características das lesões. Observa-se que a principal causa da lesão das pessoas estudadas são trauma e neuropatia diabética (40,7%) e que grande parte

das lesões está localizada nos dedos dos pés (31,5%). Quanto à característica da lesão, metade das pessoas referiu causa desconhecida (47,9%). Além disso, verifica-se que a grande maioria das pessoas apresenta lesões em graus 1 e 2 (79,6%) e que 1/3 deles apresenta risco 3 para desenvolvimento de novas ulcerações (29,7%) e infecção leve (37,0%).

Tabela 2 - Características das lesões das pessoas estudadas. Criciúma, SC, 2018. (n=54)

Variáveis	n	%
Etiologia da lesão		
Trauma	22	40,7
Neuropatia diabética	22	40,7
Exérese de lesão tumoral	1	1,9
Cirúrgica	4	7,4
Lesão venosa	4	7,4
Síndrome de Fournier	1	1,9
Local da lesão		
Dedos dos pés	17	31,5
Região plantar dos pés	4	7,0
Antepé	4	7,4
Dorso do pé direito	2	3,7
Calcâneo	6	11,1
Hálux	1	1,9
Perna direita	9	16,7
Perna esquerda	5	9,3
Pernas esquerda e direita	1	1,9
Braço esquerdo	1	1,9
Tórax	1	1,9
Abdômen	1	1,9
Genitália	1	1,9
Face	1	1,9
Característica da lesão		
Deformidade	1	1,9
Amputação dos dedos do pé	13	24,1
Amputação transfemural	1	1,9
Lesão de causa desconhecida	26	47,9
Deiscência	1	1,9
Lesão vegetante	1	1,9
Osteomielite	2	3,7
Fissura	3	5,6
Unha encravada	2	3,7
Debridamento	2	3,7
Cirúrgica	2	3,7
Classificação de Wagner		
Grau 0	0	0,0
Grau 1	43	79,6
Grau 2	10	18,5
Grau 3	1	1,9
Grau 4	0	0,0
Grau 5	0	0,0
Risco para desenvolvimento de nova úlcera		

Risco 0	24	44,4
Risco 1	12	22,2
Risco 2	2	3,7
Risco 3	16	29,7
Característica da infecção		
Sem infecção	25	46,3
Infecção leve	20	37,0
Infecção moderada	8	14,8
Infecção grave	1	1,9

Fonte: Dados obtidos pela pesquisa.

As avaliações neurológicas podem ser evidenciadas na Tabela 3. Evidencia-se que, aproximadamente, 1/4 das pessoas não tem percepção de pressão (27,8%), de vibração (25,9%) e de sensibilidade dolorosa (25,9%), além de não apresentarem sensação tátil (25,9%) e reflexo Aquileu (25,9%).

Tabela 3 - Avaliação neurológica das pessoas estudadas. Criciúma, SC, 2018. (n=54)

	n	%
Percepção de pressão		
Percebe	39	72,2
Não percebe	15	27,8
Percepção de vibração		
Presente	33	61,1
Diminuída	7	13,0
Ausente	14	25,9
Percepção da sensibilidade dolorosa		
Presente	32	59,3
Diminuída	8	14,8
Ausente	14	25,9
Sensação tátil		
Presente	32	59,3
Diminuída	8	14,8
Ausente	14	25,9
Reflexo Aquileu		
Presente	32	59,3
Diminuído	8	14,8
Ausente	14	25,9

Fonte: Dados obtidos pela pesquisa.

O tipo de tratamento recebido pelos participantes pode ser demonstrado na Tabela 4. Verifica-se que mais da metade deles utiliza Hidrogel ou Placa antimicrobiana e bota de Unna (64,8%).

Tabela 4 - Tipo de tratamento recebido pelas pessoas estudadas Criciúma, SC, 2018. (n=54)

	n	%
--	---	---

Hidrogel	26	48,1
Pielsen gaze de rayon	7	13,0
Hidrogel e pielsen gaze de rayon	1	1,9
Ácidos graxos essenciais	6	11,1
Hidrogel e ácidos graxos essenciais	2	3,7
Placa antimicrobiana	2	3,7
Placa antimicrobiana e bota de Unna	9	16,7
Pielsen gaze de rayon e bota de Unna	1	1,8

Fonte: Dados obtidos pela pesquisa.

A Tabela 5 apresenta a mediana e o intervalo interquartil dos quatro domínios de qualidade de vida. Evidencia-se que o domínio ambiente apresentou o maior valor (69,0; intervalo interquartil: 63-75) e que os menores valores foram observados nos domínios psicológico (56,0; intervalo interquartil: 50-69) e de relações sociais (56,0; intervalo interquartil: 56-69).

Tabela 5 - Mediana e intervalo interquartil dos domínios de qualidade de vida das pessoas estudadas. Criciúma, SC, 2018. (n=54)

Domínios	Mediana	Intervalo interquartil
Físico	59,5	38-63
Psicológico	56,0	50-69
Relações sociais	56,0	56-69
Ambiente	69,0	63-75

Fonte: Dados obtidos pela pesquisa.

6 DISCUSSÃO

Um dos resultados evidenciados no presente estudo em relação aos aspectos sociodemográficos das pessoas, é que a média de idade deles foi, aproximadamente, 60 anos e a maioria era do sexo masculino. Resultados similares foram encontrados por outros autores. Melo et al. (2011) estudando pessoas com pé diabético evidenciaram predomínio do sexo masculino, sendo que a faixa etária predominante foi a de 50 a 79 anos (MELO et al., 2011). Estudo recente realizado no serviço terciário de referência do estado do Espírito Santo mostrou que a maioria das pessoas era homem (58,7%) e que a idade média deles foi de 64 anos (BASSATI, 2018). Além disso, pesquisa realizada na Estratégia Saúde da Família em Recife-PE observou maior ocorrência do pé diabético com o aumento da idade, sendo que a prevalência mais elevada foi encontrada nas pessoas maiores de 60 anos. Os autores não encontraram diferença entre as prevalências de homens e mulheres no estudo (VIEIRA-SANTOS et al., 2005).

A magnitude do Diabetes mellitus e suas complicações, especificamente o pé diabético, é um problema de saúde pública e a amputação está entre os piores desfechos (HINGORANI et al., 2016). De acordo com Vieira-Santos et al. (2008), o aumento da ocorrência de pé diabético com o passar da idade está relacionado ao aumento da expectativa de vida no Brasil e também às ações de prevenção, controle e assistência das complicações. Além disso, o fato de ter sido observado maior percentual de homens no presente estudo pode ser devido à falta de cuidado em relação à saúde, o que faz com que procurem os serviços de saúde somente quando a doença já está apresentando complicações (PERDOMO; 2008). Segundo Pizzato (2018), mesmo com diagnóstico de doença crônica, os homens não buscam por assistência médica e tem como principal justificativa a falta de tempo devido à jornada de trabalho, incompatibilidade entre seu horário e o atendimento dos serviços de saúde e a ausência de sintomas graves (PIZZATO, 2018).

Importante destacar que muitas pessoas vivem com Diabetes mellitus tipo 2 por muito tempo sem que tenham ciência da sua condição e, quando recebem o diagnóstico, as complicações provocadas pela doença podem já estar presentes (MEGERSSA; GEBRE; BIRRU et al., 2013).

Outro achado evidenciado no presente estudo é o predomínio de pessoas com a cor de pele branca. Resultado similar foi encontrado por um estudo descritivo realizado em uma Unidade Ambulatorial do Hospital Universitário em São José do Rio Preto-SP (LAURINDO et al., 2005). Por outro lado, de acordo com a pesquisa de Lucoveis et al. (2018), a frequência no

grau de risco para lesões no pé foi maior entre indivíduos de cor de pele parda quando comparados aos de pele clara.

É importante ressaltar que a condição socioeconômica e a escolaridade repercutem diretamente na utilização de serviços públicos de saúde, uma vez que se associam ao nível de conhecimento sobre saúde e à adoção de comportamentos mais saudáveis (PAVÃO et al., 2012). Segundo Arruda, Mathias, Marcon (2017), as pessoas da cor da pele branca frequentam mais os serviços de saúde, o que pode explicar o resultado evidenciado no presente estudo.

Em relação à escolaridade, a maioria das pessoas do presente estudo estudou até o ensino fundamental incompleto, o que corrobora com os resultados de outros trabalhos (BOAS et al., 2011; BARBUI e COCCO, 2002). De acordo com Boas et al. (2011), pessoas com baixo grau de escolaridade apresentam menor compreensão de sua patologia, baixa adesão ao tratamento e autocuidado e, conseqüentemente, desconhecem os mecanismos que desencadeiam complicações. Outros autores ainda reforçam que a compreensão da doença é fundamental para um tratamento adequado e uma maior expectativa de vida (MENEZES et al., 2014; VINHOLES; BITTENCOURT, 2013).

De acordo com os resultados do presente estudo, grande parte das pessoas fazia uso da insulina, corroborando com os achados de Pontes (2019). No entanto, estudo realizado em Goiânia-GO observou que mais da metade das pessoas não utilizavam insulina (OLIVEIRA et al., 2018). Brunton, Kruger e Funnel (2016) destacam que, para a maior parte das pessoas, a adesão à terapia com insulina é deficiente, sendo que essa baixa adesão está relacionada a questões psicológicas, as quais incluem preocupações com a segurança e eficácia da insulina. Destaca-se ainda que, em torno do quinto ano de aparecimento do Diabetes mellitus, o controle glicêmico inadequado predispõe ao surgimento de complicações crônicas (SAKAY et al., 2010).

Em relação ao tipo de insulina utilizada, em um estudo realizado em Londrina-PR, constatou-se que mais da metade das pessoas diabéticas usavam insulina regular associada à NPH (ALMEIDA et al., 2002b), o que vai ao encontro dos resultados evidenciados no presente estudo. Ressalta-se que há mais de duas décadas, a mistura das insulinas é um esquema que vem sendo utilizado com o objetivo de melhorar e manter o controle glicêmico das pessoas diabéticas (LEAL et al., 2018; DORCHY; ROGGEMANS; WILLEMS, 1997).

Outro resultado encontrado no presente estudo foi o tempo entre o surgimento da lesão até o encaminhamento ao ambulatório de feridas, que mostrou que metade das pessoas levaram três anos para chegar ao ambulatório. Resultados de um estudo realizado no Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário em Niterói-RJ mostraram que 30%

dos casos já tinham um tempo de evolução da lesão de um a quatro anos antes de iniciar o tratamento no ambulatório (OLIVEIRA; CASTRO; ANDRADE, 2005). Ainda, segundo os autores, esses resultados preocupam, já que a lesão mais frequente em pessoas com diabetes mellitus é o pé diabético, que pode se tornar uma lesão crônica, demorando mais tempo que o habitual para cicatrizar (OLIVEIRA; CASTRO; ANDRADE, 2005).

O tempo entre o surgimento da lesão até o encaminhamento a um serviço especializado em feridas indica a dificuldade que a pessoa tem em perceber o início de uma lesão, então acaba não procurando por atendimento especializado. Segundo Oliveira et al., (2018), a intervenção terapêutica tardia resulta em desfechos preocupantes, como a amputação, prejudicando o tratamento conservador.

No presente estudo foram evidenciadas que as principais causas da lesão dos diabéticos foram neuropatia diabética (40,7%) e trauma (40,7%), o que corrobora com os achados de Oliveira et al. (2018), que verificou que 69% das causas foi neuropatia, seguida de causa traumática (47,6%). A severidade da neuropatia periférica frequente em diabéticos está relacionada a fatores como o controle glicêmico e duração da doença, além de hábitos de vida que podem agravar a progressão do processo patológico ao colaborar com o decréscimo do fornecimento de oxigênio aos tecidos (BRIL e PERKINS, 2002).

É sabido que a identificação precoce e o exame periódico dos pés propicia o tratamento oportuno das alterações encontradas, possibilitando a prevenção de um número expressivo de complicações do pé diabético (FAJARDO, 2006).

No presente estudo, o local mais acometido pela lesão foi o dedo dos pés. De acordo com alguns autores, a complicação no pé inicia com uma lesão e a consequência em longo prazo é a amputação, ocorrendo, muitas vezes, da pessoa desconhecer o fator causal da lesão (SILVA et al., 2012).

Estudos realizados com pessoas internadas em hospitais apresentando lesões de membros inferiores relacionadas ao Diabetes mellitus observaram que as lesões de grau 4 foram as mais frequentes (OLIVEIRA et al., 2018; MILMAN et al., 2001). No entanto, a presente pesquisa verificou que a grande maioria das pessoas apresentou lesões de graus 1 e 2 (79,6%).

De acordo com Barbui e Cocco (2002), uma das estratégias recomendadas para evitar risco de desenvolvimento de lesões na pessoa diabética é a realização de uma boa avaliação, que começa por uma anamnese adequada.

Outros achados do presente estudo é que, aproximadamente, um terço dos diabéticos apresentou risco alto para o desenvolvimento de novas lesões e cerca da metade deles apresentou risco 0, para recorrência de nova lesão. Segundo Silva (2012), o percentual de

reaparecimento de lesões no pé do diabético é de 44% em 1 ano, 61% em 3 anos e 70% em 5 anos. Para Fajardo (2006), a abordagem da pessoa quanto à necessidade precoce do diagnóstico do Diabetes mellitus visa prevenir esta tão temida complicação.

Em um centro de referência em Diabetes, localizado no Sul do Ceará, foi encontrado resultado similar, ou seja, 27% das pessoas apresentaram pés de alto risco para o desenvolvimento de ulcerações e amputações (MORENO; PARENTE, 2009). De acordo com Duarte e Gonçalves (2011), o risco de um diabético desenvolver úlcera de pé ao longo da vida pode chegar a 25%, sendo, na sua grande maioria, acompanhada de graves complicações como as infecções, o que aumenta o número de internações e reinternações nos hospitais e, em longo prazo, resulta em aumento da morbimortalidade.

Segundo Lipsky e colaboradores (2012), fatores como a cronicidade e a ausência de cuidados em geral, além da diminuição da eficácia do mecanismo de defesa da imunidade, fazem com que 40 a 80% das lesões do pé diabético progridam para infecção embora o grau de gravidade seja bastante variado.

Estudo recente realizado por Gibala (2018), desenvolvido no ambulatório de feridas do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais-PR com pessoas apresentando feridas diabéticas, observou que as lesões estudadas indicavam mínima ou discreta presença de infecção. Este achado vai ao encontro do evidenciado no presente estudo que mostrou que um terço das pessoas não tinha infecção.

A respeito da avaliação dos exames neurológicos, Nascimento et al. (2004) encontraram baixos percentuais de anormalidade no exame físico dos pés, similarmente aos resultados evidenciados no presente estudo. O estudo mostra que dos 250 indivíduos, 76% tinham sensibilidade tátil, 80% sensibilidades vibratória, 76% sensibilidade dolorosa e, em 89% deles, o reflexo de Aquileu estava presente.

Número alarmante foi evidenciado em um estudo realizado em Belo Horizonte com indivíduos portadores de Diabetes mellitus tipo 2 da rede pública e privada que mostrou que a grande maioria deles (67%) nunca tiveram seus pés examinados. O estudo revela também que a especialidade que apresentou o maior percentual de indivíduos que nunca tiveram seus pés examinados foi a cardiologia (86,6%) Tais resultados reforçam que mais incentivos precisam ser feitos na área da saúde para reverter esse quadro (FERRAZ et al., 2007).

Controlar a carga microbiana, manter a umidade do meio a fim de favorecer a multiplicação celular e estimular a epitelização, são os principais objetivos escolhidos em um produto no tratamento de feridas (SQUIZATTO et al., 2017). Um gel muito utilizado no tratamento das feridas é o hidrogel, pois promove a remoção de tecido morto apresentando

sinais de infecção ou não, além de promover hidratação, cicatrização e proteção da pele (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

Cerca da metade das pessoas do presente estudo utilizaram o hidrogel como cobertura para o tratamento das lesões. Esse achado foi similar a um estudo realizado no interior de São Paulo– SP que tinha como propósito caracterizar o perfil das pessoas atendidas em um Ambulatório de Feridas, o qual mostrou que a cobertura mais utilizada foi o hidrogel (SQUIZATTO et al., 2017). Em outro trabalho realizado no estado do Rio de Janeiro, além do hidrogel (32% das pessoas usavam), outra cobertura utilizada foi os ácidos graxos essenciais (26% das pessoas utilizavam) (OLIVEIRA; ABREU; GRANJEIRO, 2014). Segundo os autores, o uso de ácidos graxos essenciais traz resultado benéfico no tratamento das feridas de bom aspecto, que tenha pouca exsudação, tecido de granulação presente e sem sinais de infecção, auxiliando no processo de reparação tecidual (OLIVEIRA; ABREU; GRANJEIRO, 2014).

Segundo Magela (2010), diante da complexa realidade que envolve uma pessoa com feridas, é importante que o profissional da área da saúde amplie sua visão a respeito da qualidade de vida da pessoa, prestando uma assistência individualizada e sistematizada, desenvolvendo uma profunda habilidade empática e uma atitude de escuta.

Trabalho realizado em Sorocaba – SP com as pessoas diabéticas com e sem lesão no pé concluiu que aqueles com lesão no pé apresentaram alterações na qualidade de vida, repercutindo nos domínios físico, social e psicoemocional (ALMEIDA et al., 2013), o que corrobora com os achados do presente estudo.

As lesões em geral resultam em insatisfação da pessoa, impossibilita-o de realizar atividades e tarefas diárias, afetando negativamente sua vida social e sua qualidade de vida (FARIA et al., 2011). Os mesmos autores ainda relatam que as pessoas diabéticas com ulceração nos pés apresentaram pior qualidade de vida em todos os domínios avaliados (FARIA et al., 2011). Já, o estudo de Shukla et al. (2005) encontrou que os domínios comumente afetados foram o físico (87%) e o de relações sociais (50%). Segundo os autores, controlar a dor da ferida crônica pode desempenhar um papel importante na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

7 CONCLUSÃO

Diante dos resultados evidenciados, pode-se concluir que a média de idade das pessoas diabéticas com lesão é 60 anos, a maioria deles é do sexo masculino, de cor da pele

branca e não concluiu o ensino fundamental. Além disso, mais da metade das pessoas usa insulina, e as mais utilizadas são a regular juntamente com a NPH. Evidenciou-se, ainda, que a maior causa da lesão das pessoas estudadas são trauma e neuropatia diabética e que grande parte das lesões está localizada nos dedos dos pés. Quanto à qualidade de vida das pessoas, os domínios psicológico e de relações sociais foram os que apresentaram menores escores.

É importante destacar que um dos maiores desafios na saúde coletiva é diagnosticar risco de lesões em pessoas diabéticas. Desta forma, faz-se necessária a orientação e a sensibilização dos profissionais da saúde para que estejam aptos a realizarem o diagnóstico precoce a fim de evitar complicações mais graves, que podem levar até à amputação de membros.

Cabe ressaltar também que é fundamental a prevenção do pé diabético, através de cuidados básicos que precisam se tornar rotina entre os profissionais da área da saúde. Os diabéticos também devem ser encorajados acerca da importância de verificar regularmente os pés quanto ao aparecimento de calos, rachaduras, fissuras, bolhas e feridas. Considerando esse fato, como produto da dissertação, elaborou-se uma cartilha sobre o autocuidado do indivíduo com diabetes (APÊNDICE C).

Por fim, é importante destacar a importância dos ambulatórios especializados em feridas com atuação e acompanhamento rotineiro das lesões por enfermeiro estomaterapeuta.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. E.; NASCIMENTO, C. C.; BRANDÃO, E. S.; PEREIRA, E. P.; DAVIDSON, E.; RODRIGUES, F. R. **Manual para realização de curativos**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002a.
- ALMEIDA, H. G. G. D.; CAMPOS, J. J. B.; KFOURI, C.; TANITA, M. T.; DIAS, A. E.; SOUZA, M. Profile of patients with diabetes type 1: insulino therapy and self-monitoring. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.48, n.2, p. 151-155, 2002b.
- ALMEIDA, S. A. D.; SILVEIRA, M. M.; SANTO, P. F. D. E.; PEREIRA, R. D. C.; SALOMÉ, G. M.. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 28, n. 1, p.142-6, 2013.
- ARRUDA, G. O. D.; MATHIAS, T. A. D. F.; MARCON, S. S. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1 p. 279-290, 2017.
- BAKKER, K., APELQVIST, J., LIPSKY, B. A., VAN NETTEN, J. J., SCHAPER, N. C., International Working Group on the Diabetic Foot. **Diabetes/metabolism research and reviews**, v. 32, p. 2-6, 2016.
- BARBUI, E.C.; COCCO, M. I. M. Conhecimento do cliente diabético em relação os cuidados com os pés. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.36, n.1, p. 97-103, 2002.
- BASSETI, B. **Impactos socioeconômicos da Infecção do Pé Diabético**. 77f. 2018. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018.
- BAUM, C. L.; ARPEY, C. J. Normal cutaneous wound healing: clinical correlation with cellular and molecular events. **Dermatologic surgery**, Nova York, v.31, n. 6, p. 674-86, 2005.
- BOAS, L. C. G. V.; FOSS, M. C.; FOSS FREITAS, M. C.; TORRES, H. D. C.; MONTEIRO, L. Z.; PACE, A. E. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n.2, p. 272-279, 2011.
- BRASIL. **VIGITEL BRASIL 2016 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.
- BRASIL. **VIGITEL BRASIL 2016 - Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.
- BRASIL. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.
- BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**.

Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRIL, V.; PERKINS, B. A. Validation of the Toronto clinical scoring system for Diabetic polyneuropathy. **Diabetes Care**, Alexandria, v.25, p. 2048-52, 2002.

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

BRUNTON, S. A.; KRUGER, D. F.; FUNNELL, M. M. Role of emerging insulin technologies in the initiation and intensification of insulin therapy for diabetes in primary care. **Clinical Diabetes**, Nova York, v.34, n.1, p. 34-43, 2016.

CARMO, S.; DE CASTRO, C. D.; RIOS, V. S.; SARQUIS, M. G. A *et al.* Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 506- 517, 2007.

CORREA, K.; GOUVÊA G. R.; SILVA M. A. V.; POSSOBON R.; BARBOSA L. F. L. N; PEREIRA A. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 921-930, 2017.

DE ALENCAR, L. L., TORRES, M. V., SANTOS, A. M. B., SANTOS, M. B., SANTIAGO, A. K. C., BARBOSA, A. P. B. Perfil epidemiológico de idosos com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na estratégia saúde da família. **Revista Eletronica Gestão e Saúde**, v.5 n.5, p. 2972-2989, 2014.

DIAS, T. Y. A. F., COSTA, I. K. F., MELO, M. D. M., SIMÕES, S. M. D. S. G., MAIA, E. M. C., DE VASCONCELOS T. G. (2014). Avaliação da qualidade de vida de pacientes com e sem úlcera venosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 576-581, 2014.

DOMANSKY, R. C. Elaboração de protocolos. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, Eline Lima. **Manual para prevenção de lesões de pele recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, p.187-223.

DORCHY, H.; ROGGEMANS, M. P.; WILLEMS, D. Glycated hemoglobin and related factors in diabetic children and adolescents under 18 years of age: a Belgian experience. **Diabetes Care**, Alexandria, v.20, n.1, p.2-6, 1997.

DUARTE, N.; GONÇALVES, A. Pé diabético. **Angiologia e cirurgia vascular**, Lisboa, v.7, n.2, p. 65-79, 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.

FAJARDO, C. A importância do cuidado com o pé diabético: ações de prevenção e abordagem clínica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.2 n. 5, p. 43-58, 2006.

FARIA, E.; BLANES, L.; HOCHMAN, B.; MESQUITA FILHO, M.; FERREIRA, L. Health-related quality of life, self-esteem, and functional status of patients with leg ulcers. **Wounds**, King of Prussia, v. 23, n. 1, p. 4-10, 2011.

FERRAZ, D. P.; ALMEIDA, M. A. S.; PAPAZOGLU, M.; CRISPIM, P.; SILVA, T. F. Aplicabilidade do conhecimento dos médicos no cuidado do pé diabético em Belo Horizonte. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v.17, p. 17-22, 2007.

FERREIRA, S. R. S; PÉRICO, L. A. D. Assistência de enfermagem à pacientes com feridas em serviços de atenção primária à saúde. **Revista Técnico Científica Grupo Hospitalar Conceição**, Porto Alegre, v.15 n.1, p. 5, 2002.

FONTES, C. A. S; ALVIM N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.1, p 77-83, 2008.

FRANCO, D.; GONÇALVES, L. F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 35, n.3, p. 203-2066, 2008.

GIBALA, D. **Avaliação do efeito do selênio no processo de reparação tecidual em pacientes com pé diabético**. 79f. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, 2018. Disponível em: <http://sites.uepg.br/ppgcs/dissertacoes/2018/21-2018.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2019.

GARIANI, K; LIPSKY, B. A; UÇKAY, I. Managing diabetic foot infections: a review of the new guidelines. **Acta chirurgica belgica**, v. 114, n. 1, p. 7-16, 2014.

HINCHLIFFE, R. J., BROWNRIGG, J. R. W., APELQVIST, J., BOYKO, E. J., FITRIDGE, R., MILLS, J. L., International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). IWGDF guidance on the diagnosis, prognosis and management of peripheral artery disease in patients with foot ulcers in diabetes. **Diabetes/metabolism research and reviews**, v.32, p.37-44, 2016.

HINGORANI, A.; LAMURAGLIA, G. M.; HENKE, P.; MEISSNER, M. H.; LORETZ, L.; ZINSZER, K. M; MILLS SR, J. L. The management of diabetic foot: a clinical practice guideline by the Society for Vascular Surgery in collaboration with the American Podiatric Medical Association and the Society for Vascular Medicine. **Journal of vascular surgery**, St. Louis, v.63 n.2, p. 3S-21S, 2016.

HIROTA, C. M. O.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M. H. D. M. Pé diabético: o papel do enfermeiro no contexto das inovações terapêuticas. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 114-20, 2008.

JESUS, A. G. D. **Prevalência e abordagem à pessoa com úlcera de perna**. 22f. 2014. Dissertação (Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual).– Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2014. Disponível em: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17106/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Alexandra%20Jesus%20\(Mar%C3%A7o%202015\).pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17106/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Alexandra%20Jesus%20(Mar%C3%A7o%202015).pdf). Acesso em: 31 mar. 2019.

LAURINDO, M. C.; RECCO, D. C.; ROBERTI, D. B.; RODRIGUES, C. D. Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés. **Arquivos de ciências da saúde**, São José do Rio Preto – SP, v.12, n.2, p. 80-4, 2005.

LEAL, C. N. S.; DA SILVA, H. R. G.; COSTA, L. S. D. M.; FARIAS, M. D. D. S. B.; PEREIRA, A. M. L.; BEZERRA, B. C. D. C.; DA SILVA, W.. Manejo da hiperglicemia na terapia intensiva: Revisão da literatura. **Revista Uningá**, Maringá – PR, v.53, n.2, p.124-127, 2018.

LIPSKY, B. A.; BERENDT, A. R.; CORNIA, P. B.; PILE, J. C.; PETERS, E. J.; ARMSTRONG, D. G.; PINZUR, M. S. Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. **Clinical Infectious Diseases**, Chicago, v.54, n.12, p. 132-173, 2012.

LUCOVEIS, S.; DO LIVRAMENTO, M.; ANTAR, G. M.; BOCCARA P. M. A., DA SILVA, M. A. B. P.. Grau de risco para úlceras nos pés por diabetes: avaliação de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71 v.6, p. 3217-3223, 2018.

MACEDO G. Conduta no pé diabético. In: Macedo G. **Endocrinologia Clínica**. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.p. 484-89

MAGELA, S. G. Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. **Saúde Coletiva**, Barueri - SP v. 7, n. 46, p. 300-304, 2010.

MANCINI, M. C.; MEDEIROS, M. M. Diabetes Mellitus. **RBM: Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.60, n.41, p. 44-54, 2003.

MANDELBAUM, S. H.; DI SANTIS, É. P.; MANDELBAUM, M. H. S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte I. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 393–408, 2003.

MAZZINI, M. C. R; BLUMER, M.G.; HOEHNE, E. L.; GUIMARÃES, K. R. L. S. L. Q; CARAMELLI, B.; FORNARI, L.. Rastreamento do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus em pais de estudantes de uma escola privada na cidade de Jundiaí, São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 136-142, 2013.

MEGERSSA, Y. C.; GEBRE, M. W.; BIRRU. S. K.; GOSHU; A. R.; TESFAYE, D. Y.. Prevalence of undiagnosed diabetes mellitus and its risk factors in selected institutions at Bishoftu Town, East Shoa, Ethiopia. **Journal of inherited metabolic disease**. Lancaster, v. 12, n. 8, p. 2-7, 2013.

MEIRELES, I. B. A.; FIGUEIREDO N. M. A.; SILVA R. C. L. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2009.

MELO, E. M.; TELES, M. S.; TELES, R. S.; Barbosa, I. V.; STUDART, R. M. B.; OLIVEIRA, M. M. D. Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. **Revista de enfermagem Referência**, Coimbra, v.3, n.5, p. 37-44, 2011.

MENEZES, T. N., SOUSA, N. D. S; MOREIRA, A. S.; PEDRAZA, D. F. Diabetes mellitus referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontológica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 829-839, 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00829.pdf>.
Acesso em: 31 mar. 2019.

MILMAN, M. H.; LEME, C.; BORELLI, D. T.; KATER, F. R.; BACCILI, E. C.; ROCHA, R.; SENGER, M. H. Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 45, n.5, p. 447-451, 2001.

MILLS, L; CONTE, M. S; ARMSTRONG, D. G; POMPOSELLI, F. B; SCHANZER, A; SIDAWY, A. N; ANDROS, G. The society for vascular surgery lower extremity threatened limb classification system: risk stratification based on wound, ischemia, and foot infection wIfI. **Journal of Vascular Surgery**, v. 59, n. 1, p. 220-234, 2014.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M.A; BUSS, P.M. Qualidade de vida e Saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MANTOVANI, M.; FONTELLES, M.J. Feridas traumáticas. In: JORGE, S.A.; DANTAS, S. R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003. cap. 12, p. 135-162.

MORENO, A. M.; PARENTE, G. A. A. M. Pés de risco para o desenvolvimento de ulcerações e amputações em diabéticos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 19-28, 2009.

NASCIMENTO O. L. M.; DAMASCENO C. M. M., MARQUES L. R. L., DA SILVA F. L.; MONTENEGRO M. R., DE ALMEIDA, P. C. Avaliação dos pés de diabéticos: estudo com pacientes de um hospital universitário. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n.1, p. 63-73, 2004.

NASCIMENTO, C. O.; NAVARINE T. C. R.; ANIZIO, B. K. F.; ANIZIO, B. F.; COSTA, M. L.; SANTOS, L. B. C. Conhecimento de pacientes com diabetes mellitus sobre lesões nas extremidades. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8 n. 7, 2014.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury**, 2016. Disponível em: <https://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>. Acesso em: 01 abr. 2019.

OGENG'O, J. A.; OBIMBO, M. M.; KING'ORI, J. Pattern of limb amputation in a Kenyan rural hospital. **International orthopaedics**, Belim, v. 33, n. 5, p. 1449-1453, 2009.

OLIVEIRA, B. G. R. B; CASTRO, J. B. A; ANDRADE, N. C. Técnicas utilizadas na aferição de feridas e avaliação do processo cicatricial. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v.2, n. 6, p. 57-62, 2005.

OLIVEIRA, B. G. R. B.; ABREU C. J. B.; GRANJEIRO, J. M. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em um ambulatório. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p. 612-617, 2014.

OLIVEIRA, J. C.; TAQUARY, C. A. S.; BARBOSA, A. M.; VERONEZI, R. J. B. Pé Diabético: Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes Hospitalizados. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v.22, n.1, p.15-20, 2018.

PACE, A. E.; NUNES, P. D.; VIGO K. O. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 312-319, 2003.

PAVÃO, A. L. B.; COELI, C. M.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; CHOR, D. Uso de serviços de saúde segundo posição socioeconômica em trabalhadores de uma universidade pública. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n.1, p.98-103, 2012.

PERDOMO, Selma Barboza. **Feridas nos pés de pessoas com diabetes e seus impactos sobre a qualidade de vida**. 100f. 2008. Dissertação (Mestrado em Patologia Tropical) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2008. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/4033/2/Disserta%20a7%20a3o%20-%20Selma%20Barboza%20Perdomo.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

PIZZATO, F. B. **Avaliação da doença arterial obstrutiva periférica como fator para o desenvolvimento de neuropatia periférica em pacientes diabéticos**. 68f. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/189037/PMED0235-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 31 mar. 2019

PONTES, D. G. **Perfil microbiológico e de resistência bacteriana no pé diabético infectado**. 2019. Dissertação (Mestrado Gestão em Serviços de Saúde de Natureza Cirúrgica), Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2019.

PRAZERES, S. J.; SILVA, A. C. B. **Tratamento de feridas teoria e prática**. Porto Alegre: Moriá, 2009.

RIEGEL, B.; JAARSMA T., STRÖMBERG; A. A Middle-range theory of self-care of chronic illness. **Advances in nursing Science**, Germantown, v. 35, n.3, p. 194-204, 2012.

SADER, H. S.; DURAZZO, A. Terapia antimicrobiana nas infecções do pé diabético. **British journal of diabetes e vascular disease**, Birmingham, v. 2, n. 1, p. 61-6, 2003.

SAKAY, B. M. S.; FERRAZ, V. D., LOURENÇO HADDAD, M. D. C.; EIKO KARINO, M. Caracterização dos portadores de diabetes submetidos à amputação de membros inferiores em Londrina, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum. Health Science**, Maringá, v. 32, n. 2, p. 205-213, 2010.

SALOMÉ, G. M. Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 7, p. 300-304, 2010.

- SANTANA NETA, A. O. D. **Abordagem da equipe de saúde na prevenção do pé diabético**. 30f. 2012. Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2012.
- SANTOS, C. G. M.; DE MELLO, S. M. B. **Comparação dos efeitos da laserterapia e corrente de alta frequência na cicatrização de lesões abertas**. 14f. 2016. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade Centro Universitário Tabosa de Almeida, Pernambuco, 2016.
- SANTOS, R. O. M.; VIEIRA, G. C.; BRANDAO, E. S; CAVALCANTI, A. C. D. Cuidados de Enfermagem no Tratamento de Feridas: Uma Pesquisa Bibliográfica. **Revista Estima**, São Paulo, v. 6, n.4, p.9, 2008.
- SILVA, C. L.; MOLETA, C.; SEVERO, E.; GASPAR, M. D. R.; CAVALHEIRO, M. A. Características de lesões de pé diabético e suas complicações. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.13 n.2, p. 445 – 53, 2012
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES Diabetes Mellitus (2013-2014). Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2013.
- SOUZA, D. M. S. T. D.; BORGES, F. R.; JULIANO, Y.; VEIGA, D. F.; FERREIRA, L. M. Quality of life and self-esteem of patients with chronic ulcers. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 283-288, 2013.
- SOUZA, J. L.; GOMES, G. C; BARROS, E. J. L. O cuidado à pessoa portadora de estomia: o papel do familiar cuidador. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 550-555, 2009.
- SQUIZZATTO, R. H.; BRAZ, R. M.; LOPES, A. D. O.; RAFALDINI, B. P.; ALMEIDA, D.; POLETTI, N. A. A. Perfil dos usuários atendidos em ambulatório de cuidado com feridas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n.1, p. 1-9, 2017.
- THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). **SpringerVerlag**, Heidelberg, p. 41-60, 1994.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science Medicine**, Nova York, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science Medicine**, Oxford, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.
- VIEIRA-SANTOS, I. C. R.; SOUZA, W. V. D.; CARVALHO, E. F. D.; MEDEIROS, M. C. W. C. D.; NÓBREGA, M. G. D. L.; LIMA, P. M. S. Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, em 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2861-2870, 2008.

VINHOLES, D. B.; BITTENCOURT, A. Estimativa do risco para diabetes mellitus tipo 2 em bancários da cidade de tubarão, estado de Santa Catarina, Brasil. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.23, n. 2, p. 82-89, 2013.

WIDMAN, M. A. P.; ROCHA, S. C.; CORREA, J. L.; BRISCHILIARI, A.; MARCON, S. S. Daily routines for individuals with a chronic wound and their mental health. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 691-699, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico e qualidade de vida dos indivíduos com lesão diabética atendidos em um ambulatório de feridas

Objetivo: Estudar o perfil epidemiológico e a qualidade de vida dos indivíduos com lesão diabética atendidos em um Ambulatório de Feridas de uma Universidade do Sul Catarinense

Período da coleta de dados: 01/maio/2018 a 31/setembro/2018

Tempo estimado para cada coleta: 30 minutos

Local da coleta: Ambulatório de Feridas da Universidade do Extremo Sul Catarinense

Pesquisadora/Orientadora: Prof.^a Dra. Fernanda de Oliveira Meller

Telefone:(48) 34312609

Pesquisadora/Acadêmica: Aneas Mendes Belmiro

Telefone:(48) 999935168

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa a cima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
--

A coleta dos dados será realizada no Ambulatório de Feridas da Universidade do Extremo Sul Catarinense. O(A) senhor(a) responderá um questionário contendo perguntas socioeconômicas, demográficas, comportamentais, de saúde, além da qualidade de vida. Este questionário será respondido na sala de atendimento em, no máximo, 30 minutos.

RISCOS

Quebra de sigilo dos dados, porém este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgados os dados pessoais do participante.

BENEFÍCIOS

Através do conhecimento do perfil dos indivíduos com lesão diabética, é possível implementar ações de prevenção e promoção da saúde a grupos específicos, sendo consideradas medidas de baixo custo. Além disso, estudar a qualidade de vida dos participantes permitirá a realização de ações visando sua melhoria.
--

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessária, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora Aneas Mendes Belmiro pelo telefone (48) 999935168e/ou pelo e-mail anebelmiro@hotmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431 2606 e/ou pelo e-mail cética@unesc.net.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da UNESC pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo

seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário/Participante	Pesquisador Responsável
<hr/> Assinatura	<hr/> Assinatura
Nome: _____ CPF: _____	Nome: _____ CPF: _____

Criciúma (SC), ____ de _____ de 2018.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DOS DADOS

QUESTIONÁRIO	Nº _____
Data da entrevista ____/____/_____	
BLOCO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS	
A1. Qual seu sexo? (0) Masculino (1) Feminino	A1. _____
A2. Qual sua idade? _____ anos	A2. _____
A3. Qual a sua escolaridade? (0) Não alfabetizado (1) Ensino fundamental incompleto (2) Ensino fundamental completo (3) Ensino médio incompleto (4) Ensino médio completo (5) Ensino superior incompleto (6) Superior completo	A3. _____
A4. Qual a cor da sua pele? (0) Branca (1) Preta (2) Outra	A4. _____
A5. Há quanto tempo recebeu o diagnóstico de diabetes mellitus (açúcar alto no sangue)? _____ meses	A5. _____
A6. Já estava sendo acompanhado (a) neste ambulatório de feridas? (0) Não (1) Sim. Há quanto tempo? _____ meses	A6. _____
A7. Usa insulina? (0) Não (1) Sim. Qual? _____	A7. _____
A8. Tempo entre o surgimento da lesão e o encaminhamento ao ambulatório de feridas: _____ meses	A8. _____

<p>A9. Etiologia da lesão:</p> <p>(0) Trauma</p> <p>(1) Neuropatia diabética</p> <p>(2) Outra. Qual? _____</p>	<p>A9. _____</p>
<p>A10. Local da lesão:</p> <p>(0) Dedo(s) do(s) pé(s)</p> <p>(1) Região plantar</p> <p>(2) Antepé</p> <p>(3) Outro</p>	<p>A10. _____</p>
<p>A11. Característica da lesão:</p> <p>(0) Deformidade</p> <p>(1) Amputação dos dedos</p> <p>(2) Amputação dos pés</p> <p>(3) Isquemia</p> <p>(4) Outra. Qual? _____</p>	<p>A11. _____</p>
<p>A12. Avaliação da sensibilidade:</p> <p>(0) Percepção de pressão (sensibilidade protetora)</p> <p>(1) Percepção de vibração (sensibilidade vibratória)</p> <p>(2) Discriminação (sensibilidade dolorosa)</p> <p>(3) Sensação tátil (sensibilidade tátil)</p> <p>(4) Reflexo Aquileu</p>	<p>A12. _____</p>
<p>A13. Classificação da lesão:</p> <p>(0) Estágio I</p> <p>(1) Estágio II</p> <p>(2) Estágio III</p> <p>(3) Estágio IV</p> <p>(4)</p>	<p>A13. _____</p>
<p>A14. Avaliação do grau de risco para o desenvolvimento de úlceras:</p> <p>(0) Risco 0</p> <p>(1) Risco 1</p> <p>(2) Risco 2</p> <p>(3) Risco 3</p> <p>(4) NSA</p>	<p>A14. _____</p>

A15. Comprometimento vascular: (0) pulso pedioso (1) pulso tibial posterior	A15. _____					
A16. Classificação da gravidade da infecção: (0) Sem infecção (1) Infecção leve (2) Infecção Moderada (3) Infecção grave	A16. _____					
A17. Tipo de tratamento instituído: (0) Hidrogel (1) Pielsanagaze de rayon (2) Papaína (3) Ácidos graxos essenciais (4) Placa antimicrobiana (5) Outro. Qual? _____	A17. _____					
BLOCO B. QUALIDADE DE VIDA						
<p>As próximas perguntas são sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em alguma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.</p>						
B1. Como o(a) Sr.(a) avalia sua qualidade de vida? (1) muito ruim (2) ruim (3) nem ruim nem boa (4) boa (5) muito boa	B1 ____					
B2. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com a sua saúde? (1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito	B2 ____					
<p>As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.</p>						
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
B3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5	B3 —

B4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	B4 —
B5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	B5 —
B6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	B6 —
B7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	B7 —
B8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	B8 —
B9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	B9 —

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	
B10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	B10 __
B11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	B11 __
B12. Você tem dinheiro	1	2	3	4	5	B12 __







suficiente para satisfazer suas necessidades?						
B13. Quão disponíveis para você estão as informações que você precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	B13 __
B14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	B14 __

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito o(a) Sr.(a) se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom	
B15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	B15 —
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
B16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	B16 —
B17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	B17 —

B18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	B18 —
B19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	B19 —
B20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	B20 —
B21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	B21 —
B22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que o(a) você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	B22 —
B23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	B23 —

B24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	B24 —
B25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	B25 —
A questão seguinte se refere à frequência que você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
	Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre	
B26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	B26 —
Muito obrigada pela sua participação!						

APÊNDICE C – CARTILHA PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA DIABÉTICA

<p>Inspecionar os pés todos os dias, devendo ser feito em uma área com iluminação. Busque qualquer sinal de pressão como vermelhidão, bolhas, calosidades, cortes ou fendas entre os dedos, feridas ou qualquer mudança na cor habitual de seus pés, pois qualquer um desses sinais poderá ser o início de uma futura ferida.</p>	 <p>USE UM ESPELHO OU PEÇA A AJUDA DE OUTRA PESSOA PARA EXAMINAR OS PÉS.</p>
<p>Lave seus pés todos os dias usando sabão e água morna, nunca quente. Após isso, enxugue com uma toalha macia, sem esfregar a pele. Preste muita atenção e mantenha a pele entre os dedos secos.</p>	
<p>Mantenha a pele de seus pés macia, aplicando uma loção hidratante sobre os pés secos, nunca entre os dedos, feridas abertas ou rachaduras. Não aplique talco em seus pés, pois isso poderá deixar sua pele ressecada. Lembre-se pele muito úmida ou ressecada, existe a possibilidade de iniciar a lesão.</p>	<p>SECAR BEM OS PÉS PRINCIPALMENTE ENTRE OS DEDOS.</p> 
<p>Use todos os dias meias limpas, sapatos resistentes e bem adaptados, afim de evitar calosidades. Prefira usar sapatos e meias até mesmo em casa, caso contrário use chinelos resistentes, apropriados para serem usados em casa, que devem ser calçados logo após sair da cama. Nunca ande descalços. Meias sem costura são as melhores. Sacudir os sapatos antes de calçá-los é o ideal.</p>	<p>PASSE CREME, VASELINA OU GLICERINA NOS PÉS MAS NUNCA ENTRE OS DEDOS.</p>  <p>ANTES DE CALÇAR MEIAS E SAPATOS OBSERVE SE NÃO HÁ NADA DENTRO DELES QUE POSSA PREJUDICAR SEUS PÉS.</p>
<p>Preste atenção especial aos cuidados das unhas, usando sempre uma lixa apropriada e respeitando o formato quadrado. Ao cortar as unhas, se não conseguir enxergar bem, peça a alguém. Preferir cortar as unhas após o banho, quando elas estão macias, usando tesouras com pontas arredondadas. Não corte as calosidades nem unhas encravadas.</p>	 <p>NÃO TENTE RETIRAR CALOS OU VERRUGAS. NUNCA USAR TESOURA OU ESTILETE.</p>
<p>Além dessas orientações o paciente deve saber que, ao detectar um dos sintomas como: pernas frias, dormentes, coloração pálida ou azulada, dores tipo câimbras em suas pernas ao caminhar, pé de atleta (frieira), coceira, bolhas, pele descamada, você deve procurar um profissional da área da saúde imediatamente.</p>	

ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 2.621.078

CAAE: 88010618.9.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Fernanda de Oliveira Meller

Pesquisador (a): Aneas Mendes Belmiro

Título: “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS COM LESÃO DIABÉTICA ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE FERIDAS”.

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 25 de abril de 2018.



Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP

ANEXO B – CARTA DE ACEITE

Criciúma, 15 de março de 2018.

Carta de aceite

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em realizar a pesquisa intitulada “Perfil epidemiológico e qualidade de vida dos indivíduos com lesão diabética atendidos em um ambulatório de feridas” no Ambulatório de Feridas da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

A pesquisa estará sob responsabilidade da professora Fernanda de Oliveira Meller e da mestranda Aneas Mendes Belmiro, ambas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC.


Ioneia Vieira Bez Birolo
Coord. Adjunta do Curso de
Enfermagem - COREN/SC 58205
UNESC