



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA – UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

JOANES VIEIRA DA SILVA

**CUIDADOS DOMICILIARES DE ENFERMAGEM
A UM PACIENTE AMPUTADO POR DIABETES**

**CAMPINA GRANDE
DEZEMBRO 2010**

JOANES VIEIRA DA SILVA

**CUIDADOS DOMICILIARES DE ENFERMAGEM
A UM PACIENTE AMPUTADO POR DIABETES**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC
apresentado ao curso de enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba para
apreciação e aprovação, em cumprimento
às exigências para obtenção do diploma
de graduação em enfermagem pela
referida instituição.

ORIENTANDORA: Profa. Fabíola de Araújo Leite Medeiros

**CAMPINA GRANDE – PB
2010**

S586c.....Silva, Joanes Vieira da.¶
.....Cuidados domiciliares de enfermagem a um paciente amputado por diabetes [manuscrito] / Joanes Vieira da Silva. -- 2010.¶
40 f. : il. color.¶
Digitado.¶
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) -- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2010.¶
"Orientação: Profa. Ma. Fabíola de Araújo Leite Medeiros, Departamento de Enfermagem".¶
1. Diabetes. 2. Enfermagem. 3. Amputação. 4. Enfermagem no Lar. I. Título.¶

JOANES VIEIRA DA SILVA

CUIDADOS DOMICILIARES DE ENFERMAGEM
A UM PACIENTE AMPUTADO POR DIABETES

Banca Examinadora

Data da aprovação: 13 / 12 / 10.

Fabíola de Araújo Leite Medeiros

Prof^a. Fabíola de Araújo Leite Medeiros
Orientadora (1^o membro)
Universidade Estadual da Paraíba

Maria José Gomes Morais

Prof^a. Maria José Gomes Morais
(2^o Membro)
Universidade Estadual da Paraíba

Catyanne Maria de Arruda Ferreira

Prof^a. Catyanne Maria de Arruda Ferreira
(3^o Membro)
Universidade Estadual da Paraíba

Dedicatória

Dedico este estudo,

Primeiramente a deus por se mostrar sempre presente nas horas difíceis;

Aos meus pais, José Teles da Silva e Francisca Vieira da Silva;

As minhas irmãs Lucrecia e Lucicleide;

Aos meus tios Francisca (Paraibana) e Francisco (Totô);

A minha avó Sebastiana (Sofia) por me apoiar nesta jornada. A vocês o meu amor e a minha trajetória de vida;

Aos meus colegas de estágios Érika, Mellissa e Kleiton por me incentivarem sempre;

Aos meus professores por todo o ensinamento que me transmitiram.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos os que colaboraram diretamente ou indiretamente para a formação dessa pesquisa. Sendo assim a ordem em que vou agradecer não corresponderá á ordem de importância e sim a ordem de raciocínio;

Primeiramente quero agradecer a Deus por permitir a realização dessa conquista e por ser um grande amigo durante essa trajetória, por ser a fonte inacabável de força e fé sempre presente em minha vida;

Aos meus pais que se mantiveram sempre firme nos seus trabalhos para financiar os meus estudos e conseguíssemos alcançar a conclusão desse objetivo.

As minhas irmãs Lucrecia Vieira de Silva e Lucicleide Vieira da Silva por torcerem pelo o meu sucesso e pela minha felicidade;

A minha avó materna pelo apoio dado desde que sai pela primeira vez de casa, até hoje ajuda com ensinamento e financiamentos durante a conclusão dessa jornada;

Aos meus avôs paternos e meu avô materno (in memoriam) que estão torcendo por mim em outras vidas, deixando lembranças inesquecíveis por toda a minha vida;

Aos meus tios, em especial, os meus tios Francisca Rufino Pereira (Paraibana) e Francisco Vieira Lins (Totô) por me ajudarem coletivamente com palavras de incentivos durante todo esse período de universidade e principalmente Totô por ser o meu segundo pai, atuando com ensinamentos adequados que contribuíram para a minha formação;

A minha namorada por ter me incentivado durante esse período de conclusão de curso, com palavras encorajadoras e acolhimento;

Aos meus amigos por serem simples como são e terem me ajudarem com as dificuldades relevantes que apareceram durante o curso;

Aos colaboradores desse trabalho em especial meu grupo de estágio Érika, Mellissa, Kleiton e minha querida professora Fabíola, por me oferecer oportunidade em desenvolver essa pesquisa;

Ao paciente A.F.N. por permitir que seu tratamento fosse acompanhado por uma equipe de acadêmicos do curso de enfermagem da U.E.P.B. e a partir do mesmo poderia ser realizado um trabalho de conclusão de curso ou uma pesquisa em nível acadêmico;

A minha orientadora professora Fabíola de Araújo Leite Medeiros, que me proporcionou apoio e confiança com sua paciência, atenção e solidariedade sempre, contribuindo diretamente na realização desse trabalho;

Aos membros da banca examinadora que aceitaram com firmeza a participação e a apreciação de mais um trabalho acadêmico produzido nessa instituição;

Aos amigos de apartamento Caio, Ricardo, Lafitt por terem tornado-se uma segunda família em minha vida durante esse tempo em que passamos juntos em Campina Grande PB;

A todo o pessoal que compõem o departamento de enfermagem em especial a professora Deinha por sempre ter me ajudado com os problemas em nível de coordenação. Dedé e Guia por estarem presentes nos momentos difíceis;

Peço desculpa se esqueci de anunciar a presença de alguém que contribuiu, diretamente ou indiretamente, para o alcance dessa vitória. Obrigado a todos e que Deus nos abençoe.

Epígrafe

“Determinação coragem e auto confiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho...”

Autor Dalai Lama

SILVA, Joanes Vieira da. **Cuidados domiciliares de enfermagem a um paciente amputado por diabetes.** 2010. 40fl. Monografia (Graduação em Enfermagem) Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. 2010.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo descrever o processo de cuidados de enfermagem domiciliar junto a um paciente diabético que se submeteu a um processo cirúrgico, levantando dados teóricos sobre a diabete, discorrendo sobre a assistência da enfermagem domiciliar, refletindo todos os aspectos físicos, sociais e psíquicos que envolvem o cuidar do cliente e expondo como os profissionais de enfermagem atuam junto ao paciente diabético com risco de amputação. Tratou-se de um relato de experiência tipo estudo de caso, descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, apoiado nos recursos literários pertinentes ao tema. A diabetes mellitus é um dos grandes problemas da Saúde Mundial, visto que provoca conseqüências irremediáveis, como a depredação de um órgão, entre eles o pé, refletindo de uma maneira muito fiel, todo o sofrimento causado pela doença. Nesses casos de amputação são necessários cuidados extremos devidos á alta complexidade do momento que passa o doente. Cuidados que ultrapassa o ambiente hospitalar e se faz conveniente e necessário à atenção dirigida ao universo em que vive o paciente, especialmente quando esse cuidado domiciliar se trata de um paciente amputado por diabetes. Na ocasião a enfermagem passa a ser de grande valia nessa modalidade, a fim de que o doente acometido pela diabete se sinta assistido por um profissional que irá se voltar exclusivamente para um único paciente, visando acompanhar e buscar um novo sentido para a vida do amputado. No relato, observou-se que o assistido ao mesmo tempo em que recebia os cuidados do profissional de enfermagem, também aprendia como assumir a responsabilidade de se autocuidar. Tudo transcorrendo de uma maneira bem fraterna, criando entre paciente e profissional um vínculo afetivo caracteristicamente familiar. Com isso o assistido se sentia seguro e estimulado em voltar à rotina, à vida. Apesar de ser amputação um momento de dor e sofrimento, como em toda situação de morbidade, o que marcou o processo da assistência domiciliar foi o conhecimento relacionado á nossa responsabilidade, técnica e também a responsabilidade social, visto que a diabetes é uma doença que deixa o ser humano susceptível a outras morbidades, tirando-o, muitas vezes do convívio social. Conclui-se, pois, que a humanização seja vivenciada em situação mútua, onde o profissional se sinta também parte do universo em que a fragilidade humana não polpa ninguém das morbidades e fatalidades a que todos estão sujeitos.

Palavras-chave: Cuidados domiciliares. Enfermagem. Diabetes mellitus.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01** – Foto do pé amputado de Noel (18/09). Foto autorizada pelo Paciente.....25
- Figura 02** – Medição das bordas mais distantes da ferida de amputação para avaliação do processo de cicatrização. Dia: 18/09 – 7 cm de largura por 17 cm de comprimento..... 26
- Figura 03** – Foto do pé amputado de Noel após quinze dias de tratamento domiciliar (02/10). Foto autorizada pelo paciente.....27
- Figura 04** – Medição das bordas mais distantes da ferida de amputação para avaliação do processo de cicatrização quinze dias após cuidados domiciliares Presença de tecido de granulação (cor rosa)
Dia: 02/10 – 6,5 cm de largura por 14,5 cm de comprimento.....27
- Figura 05** – Visita ao ambulatório de pé diabético para reavaliação da equipe médica. Foi realizado mais desbridamento mecânico. (07/10)28
- Figura 06** – Visita ao ambulatório de pé diabético para reavaliação da equipe médica. Foi realizado mais desbridamento mecânico. (22/10) 29
- Figura 07** – Medição das bordas mais distantes da ferida de amputação para avaliação do processo de cicatrização quarenta e cinco dias após cuidados domiciliares Presença de tecido de granulação (cor rosa)
Dia: 22/10 – 6 cm de largura por 12 cm de comprimento.....30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	15
3.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE DIABETES, PÉ DIABÉTICOS E AMPUTAÇÕES	18
4 METODOLOGIA DE PESQUISA	20
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	20
4.2 UNIVERSO/AMOSTRA.....	21
4.3 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS.....	21
4.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	22
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
5.1 DESCRIÇÃO DO ESTUDO DE CASO.....	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
7 REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES.....	36

1. INTRODUÇÃO

O estudo sobre a diabete reveste-se de grande importância, tendo em vista a alta incidência e os elevados índices de mortalidade a ela associados. Quando não afeta de maneira trágica (em casos avançados), provocam no organismo humano em especial os sistemas cardiovascular e nervoso, inúmeros e dolorosos sintomas.

Nesse universo de perdas e danos uma das conseqüências mais comuns do diabetes é a depredação de um órgão, entre eles o pé, refletindo de uma maneira muito fiel, todo o sofrimento causado pela doença. Nesses casos de amputação é necessário cuidados extremos devido a alta complexidade do momento que passa o doente. Cuidados que ultrapassa o ambiente hospitalar e se faz conveniente e necessário à atenção dirigida ao universo em que vive o paciente, especialmente quando esse cuidado domiciliar se trata de um paciente amputado por diabetes.

Na ocasião a enfermagem passa a ser de grande valia nessa modalidade, a fim de que o doente acometido pela diabete se sinta assistido por um profissional que irá se voltar exclusivamente para um único paciente, visando acompanhar e buscar um novo sentido para a vida do amputado.

Segundo Tavares e Rodrigues (2002) diabetes mellitus se apresenta como um dos grandes problemas da Saúde Mundial. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) a Diabetes é uma das principais causas de mortalidade (27,4%), especialmente por problemas cardiovasculares.

Alguns fatores que potencializam o desencadeamento constante da doença na população e que dificultam as medidas de prevenção são o desconhecimento da patologia por parte dos pacientes portadores e comunidade em geral, a não adesão ao tratamento, dificuldades de acesso ao Centro de Saúde, falta de monitoramento dos níveis glicêmicos, entre outros.

A Diabetes Mellitus, doença endócrina, com causas multifatoriais, está relacionado diretamente à produção insuficiente de insulina, falta desta ou incapacidade da mesma de exercer sua função com êxito. Geralmente ocasiona hiperglicemia constante e outras complicações. Pode lesionar em longo prazo, o coração, os olhos, os nervos, os rins e a rede vascular, sobretudo a periférica (TUBINO, FRANKINI; 1994).

Sua classificação determina vários tipos de diabetes, como Diabetes Mellitus tipo I, tipo II, Diabete gestacional e outras formas, porém os mais conhecidos são o tipo I e II, onde o segundo demonstra maiores números, pois tem origens definidas (BRASIL, 2001).

As manifestações em longo prazo, complicações tardias que podem atingir órgãos vitais, são a Retinopatia Diabética, problemas cardiovasculares, alterações circulatórias e problemas neurológicos. Em relação à Retinopatia diabética, esta pode ir desde uma turvação da visão até a presença de catarata, descolamento da retina, hemorragia vítrea e cegueira; os problemas Cardiovasculares estão associados à obesidade, tabagismo, que pode precipitar o Infarto Agudo do miocárdio, a Insuficiência Cardíaca Congestiva e as arritmias; as alterações circulatórias podem ocasionar uma lesão no membro inferior, acarretando um problema denominado "Pé Diabético"; e, em relação aos problemas neurológicos, responsáveis pelas neurites agudas ou crônicas, podem atingir as posições articulares (TUBINO, FRANKINI; 1994).

As ações da equipe de saúde têm como meta atuar de forma integrada, mantendo um consenso no trabalho. Assim, é função do Enfermeiro, além de capacitar sua equipe de auxiliares na execução das atividades, realizarem as consultas de Enfermagem, identificar os fatores de risco e de adesão, possíveis intercorrências no tratamento e encaminhar ao médico quando necessário.

O enfermeiro deve desenvolver atividades educativas para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade, procurar contribuir para a adesão do paciente ao tratamento. Assim como solicitar os exames determinados pelo protocolo do Ministério da Saúde. Quando não existirem intercorrências, repete-se a medicação, realiza-se a avaliação do "Pé Diabético", o controle da glicemia capilar a cada consulta, além de avaliar os exames.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a importância das atividades educativas junto aos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, bem como a participação da família e da comunidade. Assim, a OMS têm proposto várias reuniões para a discussão dessa temática, procurando desenvolver métodos inovadores e mais efetivos, bem como elaborado materiais instrucionais para a educação do paciente (TAVARES E RODRIGUES 2002).

Para Tavares e Rodrigues (2002), atualmente, vivencia-se um aumento tanto na expectativa de vida, quanto na maior incidência das doenças crônicas não-

transmissíveis. Considera-se fundamental que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, direcionem a sua prática profissional para ações que levem à independência, à autonomia e à qualidade de vida dos diabéticos, como os cuidados domiciliares junto a pacientes com essa doença e principalmente quando estes sofrem com o drama da amputação.

Nessa perspectiva o presente estudo parte de uma experiência de cuidados domiciliares a um paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 que sofrera uma amputação, após o acometimento de uma neuropatia diabética. Dessa forma prefaciamos tal introdução tendo por base a justificativa para realização desse estudo: a reflexão acerca dos cuidados domiciliares prestados pela Enfermagem a um cliente que sofrera amputação de membros pela diabete, levando-nos a refletir sobre essa patologia, suas complicações e repercussões na saúde dos indivíduos, família e comunidade.

2. OBJETIVOS

Geral

- Descrever o processo de cuidados de enfermagem domiciliar junto a um paciente diabético que sofreu um processo cirúrgico de amputação.

Específicos

- Levantar dados teóricos sobre o diabetes;
- Discorrer sobre a assistência da enfermagem domiciliar, refletindo todos os aspectos físicos, sociais e psíquicos que envolvem o cuidar do cliente;
- Descrever como os profissionais de enfermagem atuam junto ao paciente diabético com risco de amputação.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE DIABETES, SOBRE PÉ DIABÉTICOS E AMPUTAÇÕES

A *diabete mellitus* é um dos mais importantes problemas mundiais de saúde da atualidade, tanto em termo de número de pessoas afetadas, incapacitação, mortalidade, como dos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações.

Em termos de números a doença já afeta cerca de 246 milhões de pessoas em todo o mundo. Até 2025, a previsão é de que esse número chegue a 380 milhões. Estima-se que boa parte das pessoas que têm diabetes, doença que pode atingir crianças de qualquer idade, desconhece a sua própria condição.

No Brasil, de acordo com o Vigitel 2007 (Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis), a ocorrência média de diabetes na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, o que representa 6.399.187 de pessoas que confirmaram ser portadoras da doença, das quais, metade desconhece o diagnóstico. Destes, a grande maioria só irá descobrir a doença na vigência de uma complicação, muitas vezes com danos irreparáveis ao organismo. Por isso, a diabete mellitus implica também em altos índices de mortalidade, sendo uma das cinco principais causas de morte no Brasil.

Os pacientes diabéticos, particularmente os de longa evolução, apresentam complicações que acometem em especial os sistemas cardiovascular e nervoso. O pé reflete de uma maneira muito fiel, todos os danos causados pela doença: vasculopatia, neuropatia sensitivo-motora crônica, deformidades e infecções. As complicações do pé diabético são de grande frequência, sendo responsabilizadas por cerca de 20% dos internamentos de pacientes diabéticos. De acordo com a alteração presente, existem três tipos básicos de pé diabético:

- Neuropático - alterações de nervos sensitivos, motores e simpáticos.
- Microangiopático – alterações da microcirculação
- Isquêmico – alterações da macrocirculação.

Dentre outros critérios, também poderá ser classificado de acordo com a presença ou não de infecção associada. Os achados clínicos presentes no pé infeccioso são: infecção de tecidos moles, associada ou não a osteomielite, gangrena úmida, celulite necrotizante e abscesso. A bactéria mais freqüentemente encontrada é o *staphylococcus aureus*, seguido por *streptococcus SP*, e *gram negativos*.

O pé diabético causa considerável sofrimento, mudanças no estilo e qualidade de vida do paciente, impedindo de suas funções normais, e finalmente, em alguns casos, amputação, com extremas conseqüências (TUBINO, FRANKINI; 1994). Os pacientes diabéticos têm em torno de quinze vezes maior risco de sofrer amputações que os não diabéticos, e que, aproximadamente 20% dos amputados morrem em dois anos.

3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A assistência domiciliar é um tema que atualmente traz muita discussão entre profissionais da área da saúde e entre administradores. Essa modalidade de assistência, também conhecida como *home care* (do inglês, cuidado do lar), pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente.

Abrangem ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção, à manutenção e à reabilitação da saúde (CARLETI, 1996).

Nos EUA (pioneiro nesta atividade), o hospital de Boston, em 1780, implantou o *home care*. Em grande parte, esses serviços foram formados por associação de enfermeiras visitadoras, fundada por mulheres, de cunho filantrópico (ALBUQUERQUE, 2001). Em 1885, com o aumento de trabalhos nessas perspectivas, houve estabelecimento da primeira Associação de Enfermeiras Visitadoras (Visiting Nurses Association - VNA) (DUARTE, DIOGO; 2000). Em 1947, o Hospital de Montefiori, em Nova York, introduziu conceitos de *home care* como sendo uma extensão do atendimento hospitalar (MENDES, 2001). O número de serviços cresceu após a Segunda Guerra Mundial. Em contrapartida, as visitas domiciliárias realizadas por médicos começaram a declinar, ressaltando trabalhos de

enfermeiras visitadoras (VNAs). Atualmente, nos EUA, a indústria de home care continua crescendo, existem dados de 18,5 mil serviços nos EUA (DUARTE, DIOGO; 2000).

Alguns estudos também se referem à existência de assistência domiciliar no sistema de saúde europeu (ALBUQUERQUE, 2001). Um dos motivos de implantação foi devido a fatores como envelhecimento, elevação de custos e novas políticas em cuidados à saúde. Mostram, também, que, entre os países europeus, há um “pacto pela saúde entre os vários atores sociais e uma integração entre as estruturas pública e privada”.

Não há muitos registros formais sobre a história da assistência domiciliar no Brasil; o que mais se encontra são depoimentos de pessoas que viveram ou estão vivendo o desenvolvimento dessa modalidade (MENDES, 2001). As primeiras atividades domiciliárias desenvolvidas no Brasil aconteceram no século XX, mais precisamente em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro (CUNHA, 1991). Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU).

Principais responsáveis por esse serviço foram os sindicatos de trabalhadores insatisfeitos com o vigente atendimento de urgência. Qualquer médico do plantão saía em ambulâncias para o atendimento. A demanda era feita via telefônica, diretamente aos postos de urgência. Havia visitas domiciliares regulares por médicos a previdenciária com doenças crônicas (MENDES, 2001).

Nos anos 60, foi observada uma valorização dos âmbitos familiares comunitários, com espaço para atendimento de saúde, tendo ocorrido, no mesmo ano, a implantação do programa pioneiro de assistência domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPESP) (ALBUQUERQUE, 2001). A partir de então, foram surgindo vários outros serviços, privados e públicos, cada qual se moldando às necessidades de sua clientela. Foi um serviço criado para atender basicamente pacientes com doenças crônicas que pudessem ser acompanhados no domicílio, convalescentes que não necessitassem de cuidados diários de médicos e enfermeiros, portadores de enfermidades que exigiam repouso. Até dezembro de 1997, já haviam sido cadastrados, neste serviço, 11.144 doentes, com predomínio de patologias como neoplasias, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica (MENDES, 2001).

A partir da década de 90, várias outras implantações de serviços de assistência domiciliar surgiram, como, por exemplo, na Volkswagen do Brasil. Ainda houve implantações em prefeituras, hospitais públicos e privados, cooperativas médicas, seguradoras de saúde, medicina de grupo, entre outros.

O que pode ser verificado é que muitos dos serviços de assistência domiciliar estão dividindo sua forma de assistência basicamente em: visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar.

Visita domiciliar pode ser entendida como atendimento realizado por profissional e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com o objetivo de avaliar as necessidades deste, de seus familiares e do ambiente onde vive para estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação. As visitas são realizadas levando-se em consideração a necessidade do cliente e a disponibilidade do serviço. São realizadas orientações às pessoas responsáveis pela continuidade do cuidado no domicílio.

Por atendimento domiciliar, compreendem-se as atividades assistenciais exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do cliente, para executar procedimentos mais complexos, que exigem formação técnica para tal. Também são realizadas orientações aos responsáveis pelo cuidado no domicílio, e a periodicidade do atendimento é realizada de acordo com a complexidade do cuidado requerido.

Internação domiciliar são atividades assistenciais especializadas, exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com oferta de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, assemelhando-se ao cuidado oferecido em ambiente hospitalar (instalação de um mini - hospital). A permanência de profissionais de enfermagem junto ao cliente é pré-estabelecida (6, 12 ou 24 horas) (ANDREONI, SILVA, FERNANDES; 1994). Também ocorre orientação ao responsável pelo cuidado no domicílio.

Independente da modalidade oferecida (visita, atendimento ou internação domiciliar), o cliente deve receber suporte de um serviço 24 horas para atendimentos de urgência e emergência, ou, até mesmo, para um transporte para exames diagnósticos ou orientação (alguns serviços contam com esse suporte). A maioria dos serviços conta com uma central telefônica 24 horas para execução desses atendimentos em qualquer horário.

As vantagens com relação a essa modalidade de assistência são várias. Há maior humanização no tratamento, diminuição de internações e tempo de permanência em hospitais (MENDES, 2001). Ainda pode ser levado em consideração outro benefício muito importante, porém de difícil mensuração, que seria a satisfação do paciente e de seus familiares ao ter seu tratamento realizado em seu lar.

Integra-se a uma boa e moderna administração hospitalar a busca por redução de custos, em conjunto com assistência mais humanizada, que proporcione melhor qualidade de vida, principalmente a pacientes crônicos, terminais e idosos (ANDREONI, SILVA, FERNANDES; 1994). A assistência domiciliar, sem dúvida, inclui-se nessa visão administrativa.

4. PROCESSOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de um relato de experiência tipo estudo de caso, descritivo e exploratório, de natureza qualitativa.

A pesquisa descritiva procura observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos ou fenômenos (variáveis), sem que o pesquisador interfira neles ou os manipule. Este tipo de pesquisa tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, isto é, aquelas que visam estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental, e outros. Procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e características (LAKATOS, 2001).

São inúmeros os estudos que podem ser classificados como pesquisa descritiva e uma de suas características mais significativas é a utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, tais como o questionário e a observação sistemática, e instrumentos como a observação e o formulário.

A pesquisa descritiva pode assumir diversas formas e, de um modo geral, assume a forma de um levantamento, sendo mais realizada por pesquisadores das áreas de ciências humanas e sociais, preocupados com a atuação prática.

O *estudo de caso* é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita a investigação de seu amplo e detalhado conhecimento. Por essa razão cabe lembrar que, embora este tipo de estudo se processe de forma relativamente simples, pode exigir do pesquisador nível de capacitação mais elevado que o requerido para outros tipos de delineamento, devido à dificuldade de generalização dos resultados obtidos, quando a unidade escolhida para a investigação for bastante anormal em relação às muitas de sua espécie (LAKATOS, 2001).

Este estudo caracterizou-se por grande flexibilidade, sendo impossível estabelecer um roteiro rígido que determine com precisão como deverá ser desenvolvida a pesquisa. Porém, na maioria dos estudos de caso, é possível

distinguir as seguintes fases: delimitação da unidade-caso; coleta de dados; análise e interpretação dos dados; e redação do relatório.

A difusão deste tipo de estudo esteve ligada à prática psicoterapêutica, caracterizada pela reconstrução da história do indivíduo, bem como ao trabalho dos assistentes sociais junto a indivíduos, grupos e comunidades. Atualmente, o estudo de caso é adotado na investigação de fenômenos das mais diversas áreas do conhecimento.

4.2 UNIVERSO/AMOSTRA

O estudo foi realizado junto a um paciente diabético submetido à cirurgia para retirada de três dedos do membro inferior esquerdo, que por voluntariedade, após toda explanação do projeto, quis participar do estudo por total voluntariedade. Durante dois a três meses, um assistente de enfermagem passou a acompanhar o caso e descreveu todo o processo (pós) cirúrgico e registrou em uma produção científica para fins de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. O universo a ser buscado, dependeu da demanda de portadores de diabetes atendidos na Clínica Escola de Enfermagem da UEPB, que por eventualidade ter sido recém submetido a uma amputação por diabetes, e procurou serviço especializado de enfermagem para efetivação de seus curativos. Dessa forma, nossa amostra é composta por um usuário da clínica Escola que se dispôs a participar da pesquisa. Nesse momento, fora-lhe assegurado que em qualquer hora o mesmo poderia deixar de participar, caso fosse de sua vontade, sem danos para sua saúde, no que regem a Resolução 196/96 sobre pesquisa com Seres Humanos.

4.3 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

Mesmo levando em consideração no item 4.1 a flexibilidade na coleta de dados, para fins do processo de avaliação da ação de enfermagem dentro da sistemática da assistência domiciliar, foram adotados alguns instrumentos a observação sistêmica e coleta de dados de enfermagem, incluindo histórico de

enfermagem e anotação de exame físico geral, anotações dos valores glicêmicos para controle da diabetes, como também registro por fotos da evolução da cicatrização da ferida cirúrgica, para servir como parâmetros avaliativos no processo de cuidar.

Segundo Lakatos & Marconi (2001) a observação sistêmica acontece quando se toma nota dos fatos, dos gestos, dos acontecimentos, dos comportamentos, das opiniões, das ações, das realidades físicas. Enfim do que se passa ou existe num dado momento, numa dada situação; variantes; a observação participante ou não participante (observação visual), a observação geográfica, a psicossociologia ou exploração no terreno.

A técnica da entrevista com roteiro prévio semi-estruturado fora de grande valia uma vez que todas as informações obtidas serviram de guia para estruturação desse trabalho. Lima (2004, p. 52) define a Técnica de Entrevista como um encontro combinado entre duas ou mais pessoas, a fim de que uma ou mais delas obtenha dados, informações, opiniões, impressões, interpretações, posicionamentos, depoimentos, avaliações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza acadêmica e/ou profissional.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos resultados foi utilizado a análise do discurso e a avaliação do processo de cicatrização e evolução domiciliar registrado pela ação da enfermagem e pelo uso da fotografia.

Maingueneau cita que o discurso é uma organização manifestada por seqüência de palavras de dimensões obrigatoriamente superiores à fala, mas que ele mobiliza estruturas de uma outra ordem que as da frase, sendo um processo orientado no tempo e concebido de uma perspectiva assumida pelo locutor, expressando uma ação, situado na inter-atividade, cuja marca nos enunciados encontra-se o binômio Eu - Você. A mesma autora diz que o discurso intervém em um contexto e é regido por normas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi registrado no SISNEP e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, observando-se à Resolução 196/96 do CNS (BRASIL, 1996) o qual foi aprovado sob protocolo de número 0326.0.133.000-10.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 DESCRIÇÃO DO ESTUDO DE CASO

A.P.S. 45 anos, sexo masculino, procurou assistência médica para cuidados com o seu pé diabético no dia 14 de Setembro, no Hospital Universitário Alcides Carneiro, o qual foi submetido a uma amputação do primeiro pododáctilo ou hálux (dedo grande do pé), segundo pododáctilo e terceiro pododáctilo localizado no Membro Inferior Esquerdo. A cirurgia aconteceu no dia 16 do mesmo mês, o pós-operatório aconteceu dentro do previsto para o caso, o cliente teve alta hospitalar nas 48 horas após a cirurgia. Nesse momento, a angústia do paciente, por se tratar de um ser humano, solteiro que morava sozinho e não tinha muita colaboração em domicílio para prosseguir com os cuidados, ele clamava por socorro à Clínica Escola de Enfermagem, para que seus cuidados domiciliares fossem supridos, pois pela própria fala do usuário este se sentia inseguro de estar no domicílio sem aparato de um profissional de saúde.

Sinto-me inseguro quanto á execução dos curativos que horas necessitarei. Como saberei se estarão feitos corretamente? Tenho medo de perder o meu pé. Sou diabético e agora?

- Noel, nome fictício escolhido pelo paciente.

O paciente teve alta hospitalar, com HGT de 190mg/dl, eupinéico, normotenso, afebril, com estado geral bom, só se queixando de dor e medo. É insulino dependente, saiu do hospital tomando os seguintes medicamentos: Vasogard@; Captopril@ e Ciprofloxacino. Foi solicitada a troca e realização de curativos diários com avaliação constante.

Na primeira visita domiciliar, aconteceu no dia 18 de setembro onde foi feita uma avaliação geral do paciente no domicílio e reconhecimento das necessidades previstas para o cuidado domiciliar.

Torna-se necessário ressaltar que a visita domiciliar com atendimento de enfermagem ela se caracteriza pela maneira singular de prestar os cuidados dentro do habitat do indivíduo, caracterizando um elo mais próximo com a realidade do paciente. Nessa primeira visita foi possível evidenciar os materiais disponíveis para manutenção do autocuidado do paciente, como também foi vista a necessidade de encontrar recursos para solução de possíveis problemas que poderiam surgir no decorrer do tratamento. Foi avaliado o paciente como um todo e também sua residência, os perigos em relação a quedas, traumas, a possibilidade de tomar banho de sol, e de higiene do pé.

Em relação á avaliação física do Paciente. Realizado Exame Físico Geral o qual determinava no dia 18 de setembro, bom estado físico, com queixas relacionadas á dor e a glicemia que se encontrava instável. O qual foi mantido o controle durante todo o processo de reabilitação domiciliar. O paciente foi mantido em repouso, sem maiores esforços, porém deambulava dentro de casa e mantinha dieta para diabéticos e hipertensão. A lesão se apresentava rósea, com secreção serosanguinolenta presente nas gazes, sem odor fétido, ausência de hiperemia marginal, foi realizado curativo com uso de soro fisiológico e Repitelin (Ácidos Graxos Essenciais – AGE). Esse tratamento e o controle da glicemia capilar foram mantidos e a ferida se manteve com o mesmo aspecto durante oito dias de tratamento (Figura 01).



Figura 01 – Foto do pé amputado de Noel (18/09). Foto autorizada pelo paciente

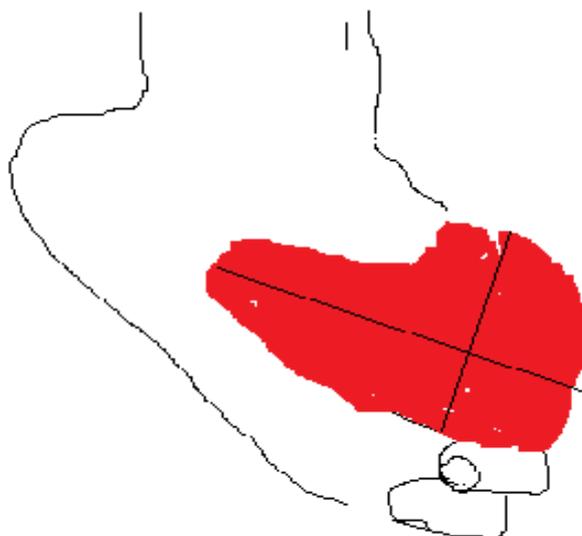


Figura 02 – Medição das bordas mais distantes da ferida de amputação para avaliação do processo de cicatrização

Dia: 18/09 – 7 cm de largura por 17 cm de comprimento

Foi realizado num período de quinze dias criterioso processo de curativos com técnicas e instrumental assépticos, vigilância na alimentação do paciente quanto às dietas propostas, e cuidado com o controle glicêmico e sinais vitais, principalmente aferição da pressão arterial e temperatura.

Passados quinze dias, com uso de fotografias e régua para medir o diâmetro da ferida, além da observação clínica rigorosa em relação á avaliação da cicatrização, o tecido de granulação aos poucos ia surgindo, já estava acontecendo á retração da ferida com repitelização de bordas, e ausência de sinais de infecção. (Figuras 03 e 04).

Nesse momento, continuaram-se fazendo uso de solução fisiológica, Repitelin e desbridamento mecânico quando havia necessidade. Curativo tipo oclusivo.



Figura 03 – Foto do pé amputado de Noel após quinze dias de tratamento domiciliar (02/10)
Foto autorizada pelo paciente

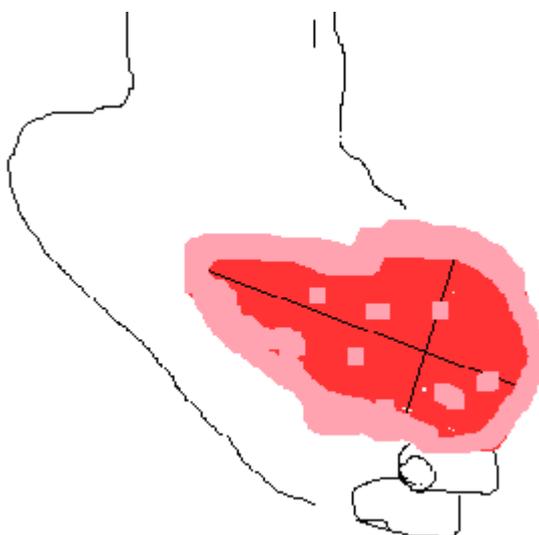


Figura 04 – Medição das bordas mais distantes da ferida de amputação para avaliação do processo de cicatrização quinze dias após cuidados domiciliares. Presença de tecido de granulação (cor rosa)
Dia: 02/10 – 6,5 cm de largura por 14,5 cm de comprimento

Após vinte dias de contínuo tratamento, o paciente foi até o serviço ambulatorial do hospital para uma reavaliação do pé, no setor de pé diabético do hospital, toda a equipe dos cuidadores domiciliares fez parte da consulta por encaminhamento do próprio paciente que exigira a presença de todos nós, sendo possível troca de informações e nesse momento fora realizado um maior desbridamento mecânico para melhor resultado do tratamento (Figura 05).



Figura 05 – Visita ao ambulatório de pé diabético para reavaliação da equipe médica. Foi realizado mais desbridamento mecânico. (07/10)

Após quarenta e cinco dias de tratamento domiciliar, a ferida já se mostrava com margens de retração notável, bom processo de cicatrização e repitelização de algumas áreas. Não houve nota de infecção e todo o cuidado foi efetivado, visto que o medo emitido pela fala do paciente foi transformado em autoconfiança e aumento do autopotencial de manutenção do autocuidado pelo próprio paciente, perante sua equipe. Uma vez que após esse período a visita domiciliar foi acontecendo mais

como avaliadora do processo de autocuidado e manutenção do regime terapêutico e avaliação da ferida. O próprio paciente foi assumindo suas responsabilidades de se autocuidar e manter sua reabilitação o mais próximo da vida normal que o mesmo possuía. Recuperação registrada pelas figuras 06 e 07.



Figura 06 – Visita ao ambulatório de pé diabético para reavaliação da equipe médica. Foi realizado mais desbridamento mecânico. (22/10).

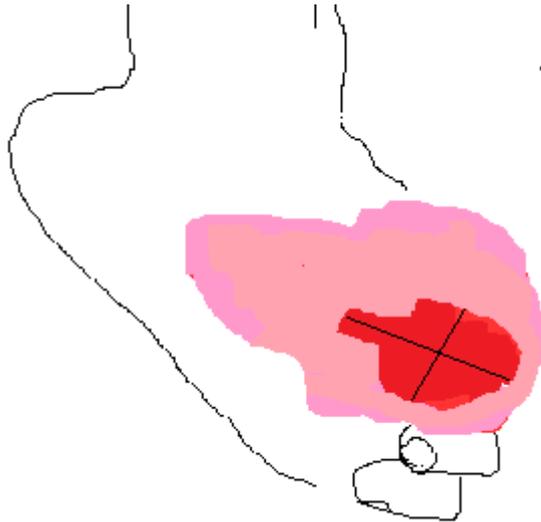


Figura 07 – Medição das bordas mais distantes da ferida de amputação para avaliação do processo de cicatrização quarenta e cinco dias após cuidados domiciliares. Presença de tecido de granulação (cor rosa)

Dia: 22/10 – 6 cm de largura por 12 cm de comprimento

É importante mencionar que o paciente registra em sua fala sua preocupação com a diabetes e seu autocuidado, uma vez que o mesmo ainda tem déficit de conhecimento sobre a patologia de base.

Eu sempre me cuidei, e agora é que estou me cobrando mais, até dobrado. Até porque não quero perder meu pé, minha perna e sei lá mais o que. Quem tem diabetes qualquer coisinha inflama, deverei me cuidar ainda mais, porque não é só tomar medicação, precisa de cuidado na alimentação e com os pés também, é muito importante um paciente ter um cuidado desse em casa, estimula ainda mais agente a se cuidar. Porque agente aprende em casa, e vocês me ensinaram.

Noel.

Questionamos sobre as dificuldades que o paciente sente em relação a ter uma neuropatia diabética, dentre essas dificuldades foram elencadas os obstáculos fora e dentro de sua casa em relação á cadeira de roda por morar em apartamento sem acesso para um cadeirante, teria que ter ajuda para subir escadas, rampas, então a maior dificuldade foi dos obstáculos encontrados por falta de acessibilidades para os deficientes. Cuidados com a alimentação para diabéticos por ter restrições de alguns alimentos principalmente doces. Na realização do autocuidado foi uma dificuldade por não poder colocar o pé no chão tive que fazer adaptações como

colocar uma cadeira no banheiro para tomar banho sem precisar de ajuda. Os obstáculos existem mais não podemos se acomodar temos que vencer barreiras

Questionamos sobre os custos do paciente nos primeiros quarenta e cinco dias (45) de tratamentos onde foi gasto com aluguel de muletas, medicamentos, compressa, ataduras, gazes, seringa para insulina, material para verificar glicose e curativos, alimentos específico para diabéticos, dentre outras coisas necessárias para o tratamento, o valor de oitocentos e cinqüenta reais (850 reais). E durante todo o período de tratamento chegou ao total de mil seiscentos e vinte um e trinta e oito centavos (1.621,38).

Torna-se necessário destacar que o atendimento a esse paciente em domicilio estimulou a elaboração de metas de controle do autocuidado, uma vez que houve o controle em domicilio de todo o processo de cura.

Os cuidados de Enfermagem devem acontecer utilizando-se de um sistema humanístico de valores que sustenta a construção da ciência do cuidado (FIGUEIREDO, MACHADO, 2004). Dentro desse enfoque, trabalhar com o aprofundamento teórico dos paradigmas que envolvem o cuidar e a Enfermagem faz com que tecnologias mais subjetivas e mais completas sejam acrescidas a rotina terapêutica e curativa exigida para o enfermeiro que atua no hospital e em domicilio.

Ao analisar o processo de cuidados prestado a esse cliente utilizando como pressuposto a Teoria de Watson, verificou-se que relacionar os problemas encontrados pela enfermagem, dentro da sistematização assistencial, requer um conhecimento e perspicácia que vão além do olhar clínico, ou seja, deve existir uma abordagem fenomenológica de causa mais profunda, para que os problemas diagnosticados sejam sanados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda pesquisa, especialmente as que têm como fonte de ensaio e conhecimento o ser humano faz-nos refletir e tirar muitas conclusões. Com essa não foi o contrário. Tendo o estudo o objetivo de descrever e relatar a experiência de cuidados domiciliares a um paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 que sofrera uma amputação, após o acometimento de uma neuropatia diabética, o que pareceu um simples exercício acadêmico, foi, na realidade um aprendizado de como nós futuros profissionais da enfermagem devemos desempenhar as nossas funções. O ser humano não necessita apenas de assistência, digamos, técnica, onde o único objetivo seja realizar os procedimentos específicos de um tratamento. Mas também, passar para o assistido a nossa preocupação com o seu bem estar geral.

No caso estudado, a angústia do paciente era clara e até comum diante da situação, pois vivia sozinho e por essa razão se sentia inseguro de estar no domicílio sem aparato de um profissional de saúde.

A intervenção da enfermagem em domicílio foi iniciada com criterioso processo de curativos com técnicas e instrumental assépticos, vigilância na alimentação do paciente quanto às dietas propostas e cuidado com o controle glicêmico e sinais vitais, principalmente aferição da pressão arterial e temperatura, além de fotografias e régua para medir o diâmetro da ferida, observando e avaliando a cicatrização. Durante todo o período da assistência o processo de revitalização foi até surpreendente; sem infecção e sem a reclamação do paciente quanto algum evento de grande doloroso.

O assistido ao mesmo tempo em que recebia os cuidados dos profissionais da enfermagem, também aprendia como assumir a responsabilidade de se autocuidar, Tudo transcorreu de uma maneira bem fraterna, criando entre paciente e profissional um vínculo afetivo caracteristicamente familiar. Com isso o assistido se sentia seguro e estimulado em voltar à rotina, à vida.

Apesar de a amputação ser um momento de dor e sofrimento, como em toda situação de morbidade, o que marcou o processo da assistência domiciliar foi o conhecimento relacionado á nossa responsabilidade, técnica e também a responsabilidade social, visto que a diabetes é uma doença que deixa o ser humano susceptível a outras morbidades, tirando-o, muitas vezes do convívio social.

Conclui-se, pois, que a humanização seja vivenciada em situações mútuas, onde o profissional se sinta também parte do universo em que a fragilidade humana não polpa ninguém das morbidades e fatalidades a que todos estão sujeitos.

7. REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, S.M.R.L. de. **Assistência domiciliar: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica.** Dissertação (Mestrado em Medicina). São Paulo: Faculdade de Medicina/USP, 2001.
- ANDREONI, S., SILVA, S.H., FERNANDES, R.A.Q. Programa de assistência domiciliar do Hospital Universitário de São Paulo. **Revista de Medicina HU-USP**, v. 7, n. 3, 1994; 4:77-85.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.** Resolução 196 de 1996. Informe Epidemiológico do SUS.v.5,n.2, 1996. p 14-41.
- _____. Ministério da Saúde (BR). Secretária de políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Hipertensão Arterial e diabetes Mellitus.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
- CARLETI, S.M.M., REJAN, I M.I. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996.
- CUNHA, I.C.K.O. **Organização de serviços de assistência domiciliária de enfermagem.** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP, 1991.
- DUARTE, Y.A.O, DIOGO, M.J.D. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000.
- FIGUEIREDO, N.M.A., MACHADO, W.C.A.M. Clientes em Re(H)Abilitação: as lesões Neurológicas e as Situações de Cuidar em Enfermagem. In: Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MIC et al. **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar.** Realidade, Questões, Soluções. (Série Atualização em Enfermagem). São Paulo: Editora Atheneu 2004; (2): 421-44.
- LAKATOS, E.M, MARCONI, M. de Andrade. **Metodologia de Trabalho Científico.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- LIMA, M. C. **Monografia: a engenharia da produção acadêmica.** São Paulo: Saraiva, 2004.

MENDES, W. **Home Care**: uma modalidade de assistência saúde. Rio de Janeiro: UERJ; UnATI, 2001.

TAVARES, D.M.S., RODRIGUES, R.A.P. Educação conscientizadora do Idoso Diabético: Uma proposta de Intervenção do Enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP, v 36, n.1, 2002. p.88-96.

TUBINO, G., FRANKINI, A. D. **Pé diabético**. Angiologia e cirurgia vascular: guia prático. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, 1994: p. 117-21.

APÊNDICES

APÊNDICE A - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO SOBRE CONDUTAS DE SAÚDE ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Eu, Fabíola de Araújo Leite Medeiros, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG:165894, declaro que estou ciente do referido Projeto de TCC que está sob minha responsabilidade de orientação, intitulado: CUIDADOS DOMICILIAR DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE AMPUTADO POR DIABETES e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Fabiola de Araújo L. Medeiros

Orientador

Joanes Vieira da Silva

Orientando

Campina Grande, 26/08/2010

**APÊNDICE B: TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO
EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS**

**Pesquisa: ESTUDO SOBRE CONDUTAS DE SAÚDE ENTRE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS**

Eu, Fabíola de Araújo Leite Medeiros, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG:165894 e CPF 996.694.714-00 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Fabíola de Araújo L. Medeiros

Pesquisadora Responsável junto ao SISNEP

Campina Grande, 26/08/2010

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa tipo estudo de caso intitulado: CUIDADOS DOMICILIAR DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE AMPUTADO POR DIABETES

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- Descrever o processo de cuidados de enfermagem domiciliar junto a um paciente diabético que sofrerá um processo cirúrgico.
- Levantar dados teóricos sobre o diabetes;
- Discorrer sobre a assistência da enfermagem domiciliar, refletindo todos os aspectos físicos, sociais e psíquicos que envolvem o cuidar;
- Descrever como os profissionais de enfermagem atuam junto a paciente diabético com risco de amputação.

Ao voluntário caberá a autorização para descrição de todo o processo de cuidados e evolução da ferida e do processo cicatricial.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem conforme preconiza a Resolução 196/96 do CNS/MS.

Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria

necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 3315-3316 com professora Fabíola de Araújo Leite Medeiros no Departamento do Curso de Enfermagem da UEPB. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador responsável

Assinatura do Participante da Pesquisa

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: *Cuidados domiciliar de enfermagem a um paciente amputado por diabetes*

Eu, (nome completo do responsável), (profissão), (cargo ou função) da Faculdade / Universidade....., portador do RG: xx.xxx.xxx-x, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientador

Orientando

Campina Grande, de de 2010.