



Câmara Municipal de Varginha

Indicação Nº 82/2022

Exma. Sra. Presidente da Câmara Municipal de Varginha.

O Vereador que abaixo subscreve vem, na forma regimental, solicitar de Vossa Excelência que encaminhe a presente Indicação ao Senhor Prefeito Municipal e ao Secretário Municipal de Saúde solicitando que **verifiquem a viabilidade da ampliação do laboratório de feridas complexas no município de Varginha.**

JUSTIFICATIVA

Este Vereador reuniu-se com o médico cirurgião vascular que juntamente com uma enfermeira atuam no tratamento de feridas complexas que indicou a necessidade de ampliar o número de atendimentos para suprir a crescente demanda no Município de forma a garantir um fluxo direto entre hospital e ambulatório.

O aumento da expectativa de vida e a prevalência das doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares e o *diabetes mellitus* são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesões crônicas e suas recidivas, caracterizadas por disfunções no processo de cicatrização.

Essas feridas estão associadas com o aumento da mortalidade e morbidade afetando diretamente a qualidade de vida dos pacientes. Além de causar um significativo impacto socioeconômico, pois demandam tratamento ambulatorial prolongado, internações, pagamento de benefícios por prazos prolongados e aposentadoria precoce.

Atualmente o tratamento de feridas complexas é realizado na Policlínica Central por uma equipe composta por apenas dois profissionais, uma enfermeira estomaterapeuta e um médico cirurgião vascular. No entanto, este serviço não está sendo suficiente para suprir a demanda do município, sendo necessário ampliar o número de atendimentos, de salas e colaboradores.



Câmara Municipal de Varginha

Sugere-se ainda o acréscimo à equipe do ambulatório de profissionais que possam atuar no atendimento domiciliar dos pacientes de baixa renda e acamados ou com grande dificuldade de mobilidade que não sejam atendidos pelo Programa Saúde da Família.

Por todo o exposto, buscando ampliar o tratamento de feridas complexas ofertado pelo Município para que este serviço esteja disponível a todos os munícipes que dele necessitem, apresenta-se esta Indicação e solicita o imprescindível apoio do Executivo Municipal para o seu atendimento.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Varginha, em 16 de março de 2022.

RODRIGO SILVA NAVES
Vereador

Indicação Nº 82/2022





PREFEITURA MUNICIPAL DE VARGINHA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
POLICLÍNICA CENTRAL LÉA FERREIRA TEIXEIRA

**PROJETO: IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE FERIDAS COMPLEXAS NO
MUNICÍPIO DE VARGINHA**

Segundo o Ministério da Saúde, as feridas crônicas constituem um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2002). O aumento da expectativa de vida e a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as cardiovasculares e o *diabetes mellitus* (DM), são os principais fatores de risco para o desenvolvimento das lesões crônicas na população (FREITAS, 2011). As alterações no processo fisiológico do envelhecimento e a dificuldade de controle das doenças associadas favorecem a ocorrência das lesões crônicas e as suas recidivas (DANTAS, 2017).

Feridas podem ser definidas como rupturas da estrutura e função anatômicas normais da pele, decorrentes de processos de doenças ou traumas, que resultam em quebras na integridade epitelial da pele. Elas podem ser classificadas de acordo com a sua duração, em aguda e crônica. Feridas agudas geralmente se curam dentro de 3 semanas, o processo de cicatrização ocorre de maneira ordenada. Enquanto nas crônicas, a cura ocorre no prazo de cerca de três meses ou mais e o processo de cicatrização não se dá de forma ordenada, ocorrendo alteração não fisiológica (KORTING; SCHÖLLMANN; WHITE, 2011).

No entanto, o processo cicatricial, independentemente do agente causal, é sistêmico, dinâmico e complexo, composto de uma série de estágios, interdependentes e simultâneos, envolvendo fenômenos químicos, físicos e biológicos, diretamente relacionados às condições gerais do organismo (BORGES *et al.*, 2010). E, na ferida crônica ocorre uma disfunção caracterizada por inflamação crônica, níveis elevados de citocinas e proteases que destroem componentes essenciais da matriz extracelular, baixa atividade mitogênica e células senescentes (MORTON; PHILLIPS, 2016).

O processo de cicatrização de feridas pode ser prejudicado por fatores sistêmicos ou fatores locais. No grupo dos fatores sistêmicos destacam-se o tabagismo, idade, estado nutricional (desnutrição e obesidade), algumas doenças crônicas como insuficiência cardíaca, doença do tecido conjuntivo, doenças vasculares, DM e uso de medicamentos, principalmente os que atuam no sistema imunológico (corticoides e imunossupressores). E dentre os fatores locais, apresentam-se infecção, trauma repetitivo, corpos estranhos, tecido necrótico, tensão excessiva na ferida,

ressecamento ou excesso de umidade e tratamento tópico inadequado (MORTON; PHILLIPS, 2016).

Feridas crônicas estão associadas com aumento da mortalidade e morbidade substancial devido a infecção, dor, limitação das atividades diárias e consequências psicossociais, as quais afetam diretamente a qualidade de vida (KIRSNER; VIVAS, 2015). A situação também causa impacto socioeconômico, que contribui para onerar os cofres públicos com tratamento ambulatorial prolongado, internações, pagamento de benefícios por longo período de tempo e aposentadoria precoce (MENDES, 2013).

Dentre as feridas crônicas, as mais comuns são lesão por pressão, úlcera venosa, úlcera arterial e úlceras decorrentes DM, popularmente denominadas de pé diabético. Outras etiologias, porém menos comuns são: vasculites, pioderma gangrenoso, úlceras de tecido conjuntivo, úlceras decorrentes de coagulopatias, úlcera por anemia falciforme, úlcera de Marjolin, úlceras hipertensivas, infecciosas e necrose lipóidica (KIRSNER; VIVAS, 2015).

As úlceras venosas afetam significativamente o paciente, em decorrência de dor crônica ou desconforto, depressão, perda de autoestima, isolamento social, incapacidade para o trabalho e, frequentemente, hospitalizações ou visitas clínicas ambulatoriais (BORGES, 2011). A ocorrência da referida lesão apresenta um grande impacto socioeconômico associada a elevados índices de sua incidência, à cronicidade, custos terapêuticos, de acompanhamento clínico, à complexidade do cuidado e alterações nas relações afetivas familiares e ao alto índice de recidiva (JOAQUIM *et al.*, 2018). E se torna um desafio aos serviços públicos a fornecerem um tratamento padronizado para o usuário do sistema. Inúmeras são as barreiras que impedem a implementação das melhores práticas e, por conseguinte, os pacientes ficam sujeitos a terapêutica ineficiente.

A discussão atual no contexto da úlcera venosa deve ser direcionada para o tratamento de uma doença que tende a cronicidade e a sua evolução e regressão depende de fatores orgânicos gerais, portanto, é relevante que se tenha uma visão holística das condições clínicas gerais, e a cura clínica é apenas uma fase do seu tratamento e não o fim (THOMAS, 2011).

Insuficiência arterial é a forma mais comum de isquemia e é responsável por até 25% das úlceras de perna. Aterosclerose progressiva é a etiologia mais comum, em que as artérias tornam-se estenóticas como resultado da deposição lipídica nas paredes dos vasos arteriais, muitas vezes devido a níveis elevados de colesterol ou triglicerídeos circulantes e agravados pelo tabagismo, hipertensão mal controlada e DM. Entre os fatores de risco, os mais comuns, citados anteriormente, são DM, tabagismo, hiperlipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade e aumento da idade (MORTON; PHILLIPS, 2016; KIRSNER; VIVAS, 2015).

O Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético, *International Working Group on the*

Diabetic Foot, conceitua pé diabético como sendo infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associadas a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica nos membros inferiores. Em países desenvolvidos, a doença arterial periférica é o fator complicador mais frequente, enquanto nos países em desenvolvimento, a infecção é a complicação comum das úlceras de pés diabéticos, principal causa de amputações. A incidência de úlceras de pés diabético cumulativas ao longo da vida é de 25%, e essas lesões precedem 85% das amputações (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Pessoas com diabetes são mais propensas a serem hospitalizadas por complicações associadas à úlcera do que qualquer outra complicação do diabetes, e a hospitalização é o aspecto mais oneroso do gerenciamento (HURLOW *et al.*, 2018). Nos Estados Unidos o pé diabético é a causa mais comum de internações prolongadas, compreendendo 25% das admissões hospitalares, com custos de 28 mil dólares a cada admissão por ulceração (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Recentemente foi publicado estudo no Brasil intitulado *Annual Direct Medical Costs of Diabetic Foot Disease in Brazil: A Cost of Illness Study*, o qual estimou os custos médicos diretos do “pé diabético” na perspectiva do sistema público, contabilizando para todas as hospitalizações R\$ 48,4 milhões, no período de 2014.

Em um estudo realizado no âmbito do Sus, através de registro documental de 21 pacientes, foi feita uma análise financeira comparativa das internações de pacientes diabéticos submetidos a amputação. Foi identificado uma média de 14 dias de internação por paciente, com custo para o hospital de R\$ 99.455,74; sendo o valor médio por paciente de R\$ 4.735,98. O valor total, repassado ao hospital pelo SUS foi de R\$ 27.740,15, valor 3,6 vezes menor que os as despesas do hospital (SILVA *et al.*, 2017).

A ulceração no pé advém de uma tríade composta pela neuropatia, deformidade e traumatismos. A neuropatia diabética está presente em 50% dos pacientes com DM tipo 2 acima de 60 anos. A insensibilidade resulta do agravo às fibras nervosas finas pela exposição prolongada à hiperglicemia associada a fatores cardiovasculares. Há comprometimento das fibras grossas, com perda da propriocepção, do movimento articular e do *feedback* da percepção de posição pelos receptores nas pernas e nos pés. Em estágios avançados, também há fraqueza muscular e alterações estruturais dos pés pelo comprometimento motor, favorecendo quedas. Clinicamente, observam-se deformidades neuropáticas como dedos em garra ou em martelo, proeminências de metatarsos e acentuação do arco plantar (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Os traumas são causados, frequentemente, por calçados inapropriados, caminhar descalço, objetos dentro dos sapatos, dentre outros. A insensibilidade associada à limitação de mobilidade articular resulta em alterações biomecânicas, com aumento da pressão plantar e nas regiões dorsais.

A anidrose (pele seca), é resultante da desautonomia periférica, e os calos favorecem o aumento da carga, ocorrendo hemorragia subcutânea e ulceração pelo trauma repetitivo (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Os pacientes com neuropatia podem desenvolver a artropatia de Charcot, conhecida como pé em Charcot. Sua fisiopatologia está relacionada com a perda da sensibilidade protetora do pé, levando ao estresse mecânico repetitivo e a lesões capsulo ligamentares e osteoarticulares. A artropatia é caracterizada pela desarrajo articular, fraturas patológicas e destruição da arquitetura do pé, resultando em um colapso longitudinal do arco médio do pé, e essas áreas passam a ter grande risco de ulcerações (BORGES, 2011).

O entendimento da busca pelo tratamento adequado da população afetada deve perpassar não somente pela redução de custos, mas a melhora da qualidade de vida, redução de impacto causado no indivíduo e família. E nessa perspectiva da melhora da qualidade de vida do paciente com ferida crônica, o acesso desses indivíduos aos serviços de saúde deveria ser garantido por Políticas Públicas Nacionais de Saúde, vinculadas às políticas de Atenção Primária e ou Secundária, haja vista que no Brasil ainda não existe políticas específicas neste assunto (FREDERICO *et al.*, 2018).

JUSTIFICATIVA

O atual serviço oferecido pelo município, localizado na Policlínica Central Léa Ferreira Teixeira, é composto de uma equipe de dois profissionais, uma enfermeira Estomaterapeuta e um médico cirurgião vascular, com uma sala de curativo, já demonstrou uma busca pela excelência nos cuidados à população. No entanto, o serviço está se tornado deficitário para suprir a demanda do município, de forma a garantir um fluxo direto entre hospital e ambulatório (altas hospitalares de cirurgia vasculares de amputações abertas, manutenção de cuidados complexos de feridas pós desbridamentos cirúrgicos). É necessário ampliar o número de atendimentos, salas apropriadas para o serviço, como colaboradores .

Outra demanda importante que destacamos está relacionada a assistência domiciliar para os pacientes de baixa renda e acamados ou com grande dificuldade de mobilidade que necessita de atendimento relacionado a lesão crônica, principalmente em área de não abrangência de PSF, cuja assistência se torna deficitária. Sugerimos acrescentar a equipe do ambulatório, profissionais que possam atuar no atendimento domiciliar destes pacientes, voltado especificamente para os cuidados com a lesão.

Destaca-se que os cuidados direcionados a quaisquer tipos de ferida crônica devem ser de

responsabilidade de uma equipe multiprofissional, cuja participação de todos é indispensável nesse processo, exigindo-se desses profissionais capacitação, envolvimento e visão global do paciente e do meio em que ele está inserido (ALBUQUERQUE; ALVES, 2011).

Quadro 1 abaixo demonstra o número de atendimento desde o início do serviço na Policlínica Central. No ano de 2019 foram realizadas **176** consultas multidisciplinar (cirurgião vascular e enfermeira), destes **88** pacientes foram contemplados com avaliação dos especialistas, e **85** consultas de retorno por acompanhamento regular, com total de **1198** curativos. No ano de 2020, um total de **164** consultas multidisciplinar, **51** pacientes novos foram contemplados com avaliação dos especialistas e **113** consultas de retorno por acompanhamento regular, com total de **1223** curativos. Já no ano de 2021, visto a crescente demanda por parte das UBS's e PSF's houve necessidade de aumentar a oferta de vagas para pacientes portadores de lesões, com um total de **323** consultas multidisciplinar, **86** pacientes novos foram contemplados com avaliação dos especialistas e **237** consultas de retorno por acompanhamento regular, com total de **1526** curativos. Realizado no total cumulativo **3947** atendimentos no ambulatório e **225** pacientes.

ANO	Multidisciplinar	Nº Pacientes Novos	Consultas de acompanhamento	Curativos
2019	176	88	88	1198
2020	164	51	113	1223
2021	323	86	237	1526
Acumulativo	663	225	438	3947

Quadro 1: Geral de atendimento do ambulatório de feridas.

Este dado não contempla os atendimentos realizados pela enfermeira vinculados as assistências às UBS por visitas presenciais e domiciliares, ou pacientes que foram contemplados com necessidade de material especial (coberturas) e não foi avaliado diretamente na Policlínica Central. Reforço que o atendimento seguiu mesmo mediante ao estado de Pandemia Covid-19.

Atualmente a captação dos pacientes são originários das UBS's e ESF. O fluxo encontra-se no Anexo 1. Todas as equipes, enfermeiros responsáveis e técnicos receberam treinamento quanto ao fluxo do funcionamento do serviço e cuidados básicos com a lesão.

Os pacientes encaminhados são avaliados pelos especialistas e conforme gravidade são selecionados para manter o tratamento na Policlínica Central ou sob supervisão das Unidades de Saúde.

A seguir, tem-se a exposição do perfil geral dos pacientes encaminhados pelas unidades e atendidos no ambulatório de feridas.

Na tabela 1 segue os dados relacionados a distribuição dos pacientes quanto a sexo, idade e tempo de lesão.

Tabela 1: Distribuição de sexo, idade e tempo de lesão de 2019 a 2021 (N=225)

		N	%
SEXO	MASCULINO	115	48,8
	FEMININO	110	51,2
IDADE	20 – 39 ANOS	11	4,8
	40 – 59 ANOS	62	27,5
	60 – 79 ANOS	113	50,3
	80 - 99 ANOS	39	17,4
TEMPO DE LESÃO	MENOR DE 1 ANO	162	72
	ENTRE 1 E 2 ANOS	35	15,5
	ENTRE 2 E 5 ANOS	5	2,3
	ENTRE 5 E 10 ANOS	5	2,3
	ENTRE 10 E 20 ANOS	10	4,4
	ACIMA DE 20 ANOS	8	3,5

Não identifica-se diferenças quanto a quantitativo masculino e feminino, porém em conformidade com a literatura, encontramos uma percentagem de mais de 50% na faixa etária de idosos (acima de 60 anos), corroborando com a prevalência das lesões crônicas com o avançar da idade. Destaca-se ainda que nesta faixa etária, encontra-se os pacientes mais fragilizados e com agravante de perda da resposta cicatricial em decorrência do processo do envelhecimento.

No entanto, quando observamos a tabela 2 desfecho clínico, identificamos mais de 50% de taxas de cicatrização completa. Dado este de suma importância, visto a gravidade das lesões, comorbidades associadas e idade avançada dos pacientes.

Cerca de 60% dos pacientes possuem três ou mais comorbidades associadas, sendo que 72% relatam serem hipertensos, 51,1% diabéticos, 39% possuem doença cardiovascular. Na avaliação somente de tabagismo, sem outro fator de risco associado, 32% relata tabagismo ativo ou ser ex tabagista, quando associado o tabagismo à HAS e ou DM, sobe para 57,4% a taxa total de paciente, elevando o risco de complicações e piores desfechos clínicos.

A etiologia de maior prevalência é a insuficiência venosa crônica (IVC), com 16,9%, quando associada a outras etiologias tem-se quase 30% do total. As feridas de origem diabética correspondem a 12,4 %, e Doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) 6,7%. Quando associado

ambas etiologias, ou seja, o paciente apresenta as duas etiologias concomitantes há maiores riscos de amputações e piores desfechos clínicos, cerca de 10% do total. Do número total de atendimentos, apenas 4,4% dos pacientes foram redirecionados para Upa e/ou cirurgias. Considerando, taxas de abandono (2,2%), pacientes que optaram pelo acompanhamento no serviço particular (2,2%) , e redirecionamento para Upa (4,4%), a taxa de resolutividade encontra-se em 91,2% do atendimento. Os óbitos foram considerados todos os pacientes que já passaram em atendimento e foi à óbito por causas não relacionadas a lesão e estavam em acompanhamento no serviço.

Tabela 2: Distribuição de comorbidades, etiologia e desfecho clínico de 2019 a 2021 (N=225)

		N	%
NÚMERO DE COMORBIDADES	0	14	6,2
	1	31	13,8
	2	47	20,9
	3	64	28,4
	4	44	19,6
	>5	25	11,1
TIPO DE COMORBIDADE	HAS	162	72,0
	DM	115	51,1
	DCV	88	39,1
	TABAG/EX TABAG	72	32
	HAS/DM	104	46,2
	HAS/DM/TABAG	36	16
	HAS/TABG	53	23,6
	DM/TABAG	40	17,8
ETIOLOGIA	IVC	38	16,9
	DM	28	12,4
	DAOP	15	6,7
	DAOP/DM	24	10,7
	IVC/ASSOCIAÇÕES	61	27,1
	OUTRAS	59	26,2
DESFECHO CLÍNICO	CICATRIZAÇÃO	119	52,9
	ACOMPANHAMENTO	70	31,1
	ÓBITO	16	7,1
	CIRURGIA	10	4,4
	PARTICULAR	5	2,2
	ABANDONO	5	2,2

Em 2019, foi realizado pela enfermeira Cristiene Nunes Tadeu, como Trabalho de Conclusão de Curso em Estomaterapia, pela Universidade Federal de Minas Gerais, um estudo de estimativa de prevalência de feridas crônicas abrangendo as Unidades de Saúde do Município de Varginha, contemplaram na época, 21 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 05 equipes de Unidades tradicionais (UBS's). Neste estudo foi identificado 61 pessoas com ferida crônica, sendo a prevalência de 1,49/1000habitantes.

Este dado corrobora com nossos atendimentos, visto que a média de atendimentos foi de 73,6 pacientes/ano sendo o número crescente ano a ano, conforme Quadro 1. E considerando que as lesões cronificam com a idade e comorbidades, podendo ocorrer recidivas frequentes, o nosso serviço deve ser ampliado de forma a ter perspectiva de ofertar mais vagas.

Consolidado por Quadrante.

Quadrante I	Nº	Quadrante II	Nº	Quadrante III	Nº	Quadrante IV	Nº
Bom Pastor	18	Barcelona	13	Santana	18	Fátima I	11
Mont Serrat	12	Caic II	14	Pe Vitor	9	Canaã	23
Jardim Aurea	3	Vargem	8	Sion	22	Fátima II	4
Girassol	7	Novo Tempo	8	José Justiniano	17	Imaculada	14
Vila Mendes	3	Zona Rural	5	Centenário	4	Rio Verde	3
Pinheiros	6						
Corcetti	3						
Total	52		48		70		55
%	23,1		21,3		31,1		24,4

Quadro 2: Consolidado de atendimento por Quadrantes – 2019 a 2021.

Observa-se no quadro 2 acima, o quadrante que gerou maior demanda corresponde ao quadrante III, 31,1%.

Dentre as Unidades de Saúde, as maiores demandas encontram-se nas unidades tradicionais, Bom Pastor, Barcelona, Caic II, Santana, Canaã. As demandas de Unidades com mais de um Psf no mesmo local, quando somadas, equiparam-se as Unidades tradicionais (Sion/Florescer; Damasco/St Mônica; Imaculada/Pró-saúde/Caic I). Com este dado, observamos que em áreas onde há carência de visitas domiciliares ao paciente idoso, temos a maior demanda de tratamento de lesões crônicas. Corroborando com a necessidade de instituir uma equipe de atendimento domiciliar especializada.

Consolidado de atendimento – 2019

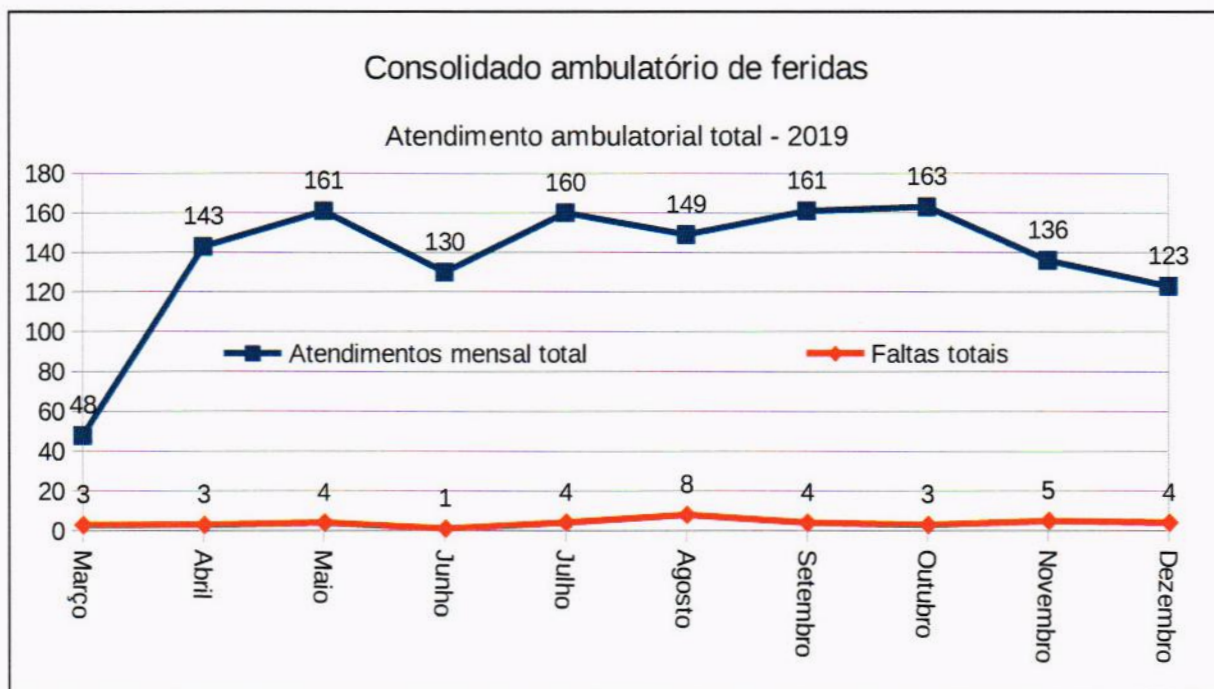


Gráfico 1: Consolidado de atendimento mensal do ano de 2019 - Ambulatório de feridas

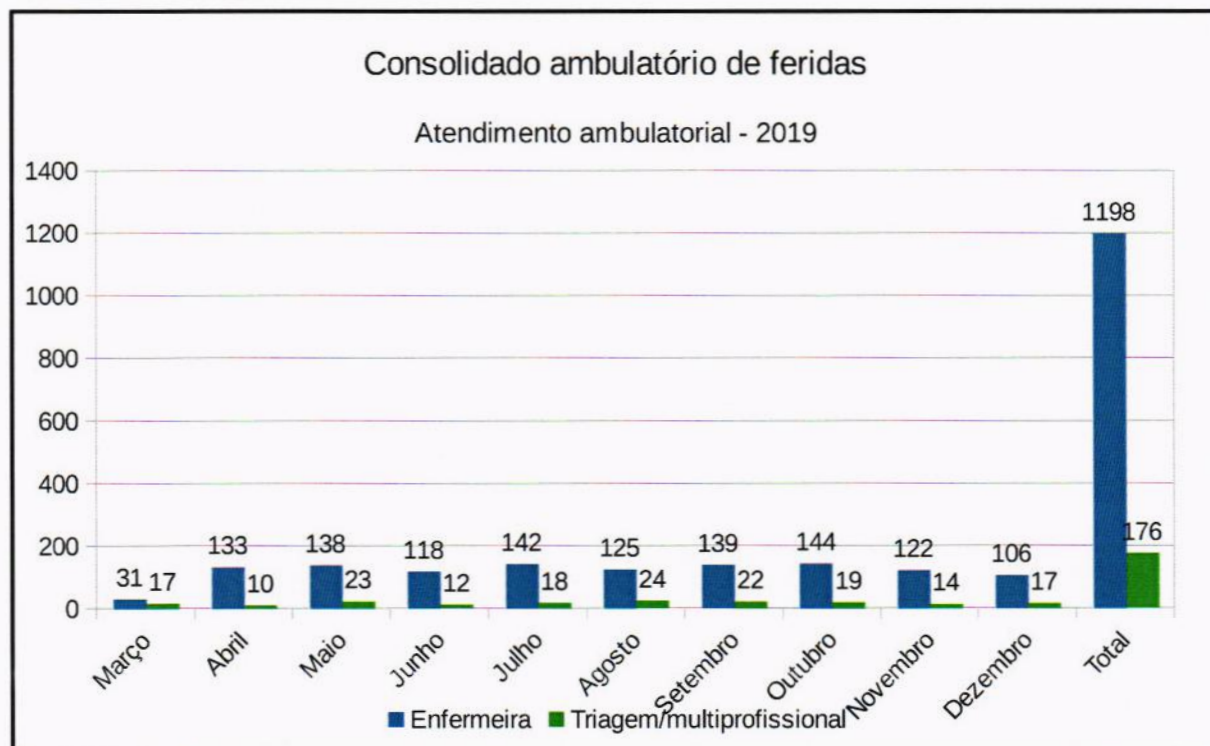


Gráfico 2: Consolidado de atendimento ambulatorial multidisciplinar – Ano 2019.

Consolidado atendimento - 2020

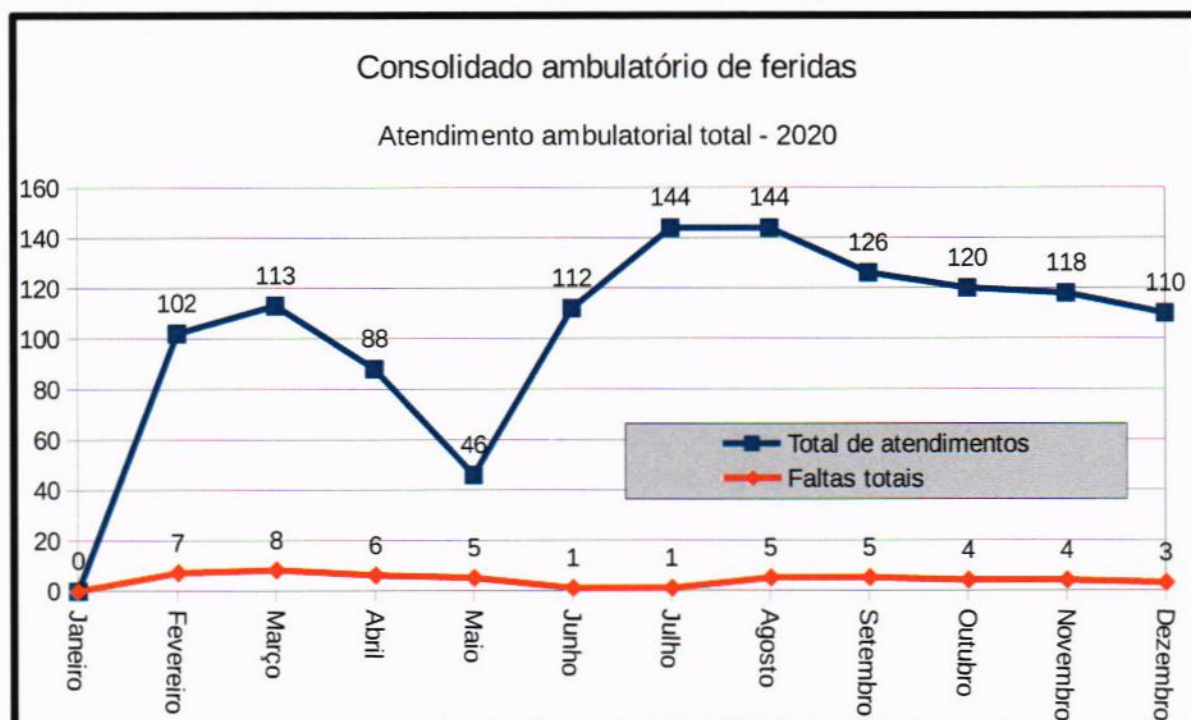


Gráfico 3: Consolidado de atendimento mensal do ano de 2020 - Ambulatório de feridas

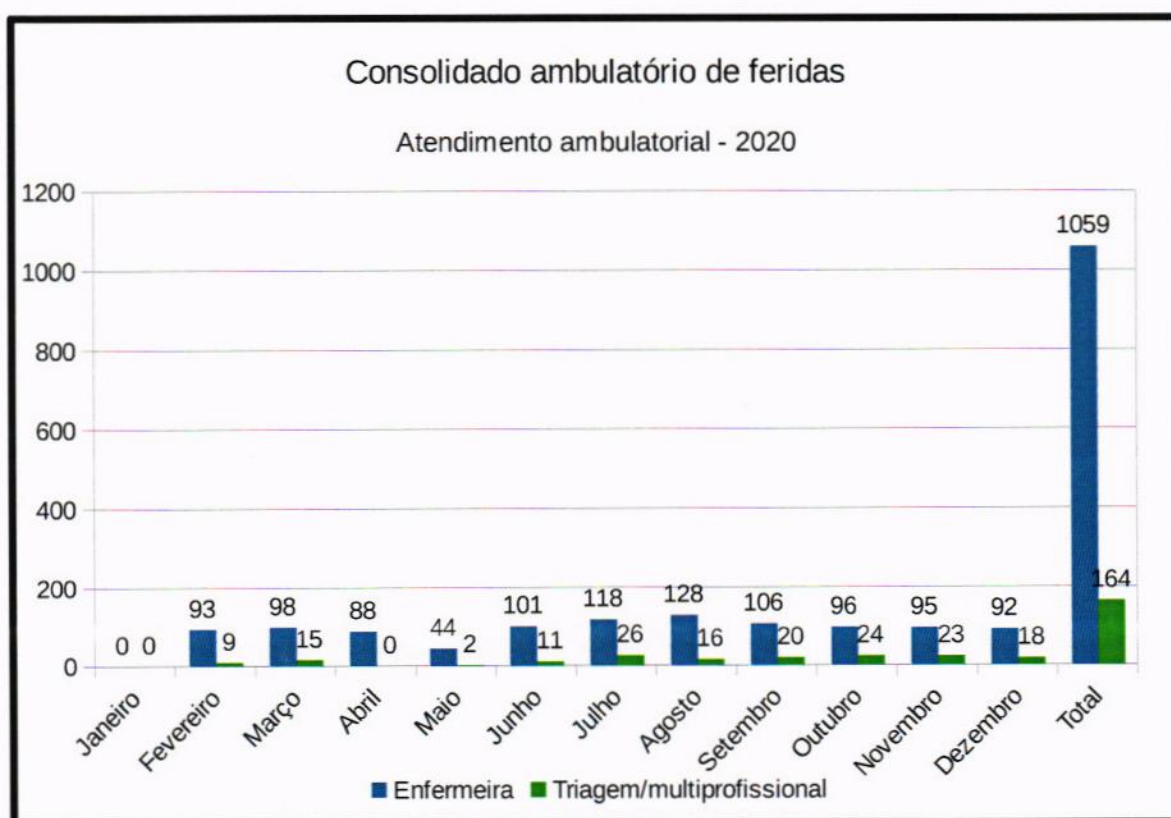


Gráfico 4: Consolidado de atendimento ambulatorial multidisciplinar – Ano 2020.

Consolidado de atendimento - 2021

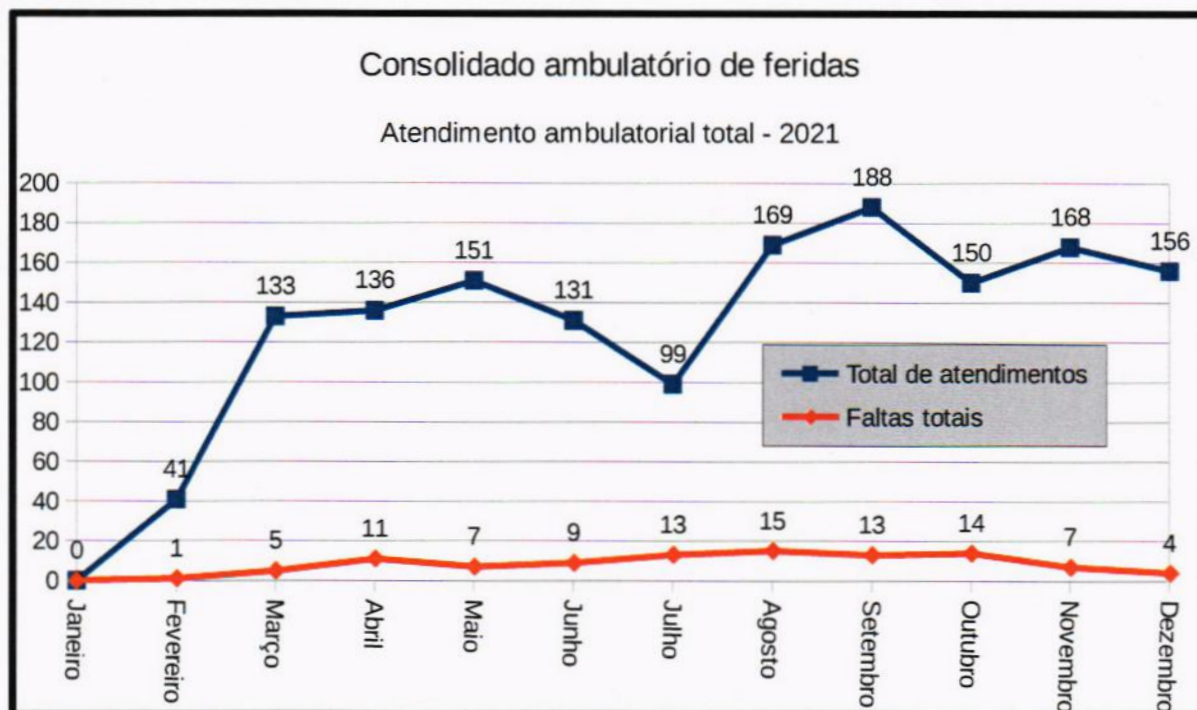


Gráfico 5: Consolidado de atendimento mensal do ano de 2021 - Ambulatório de feridas

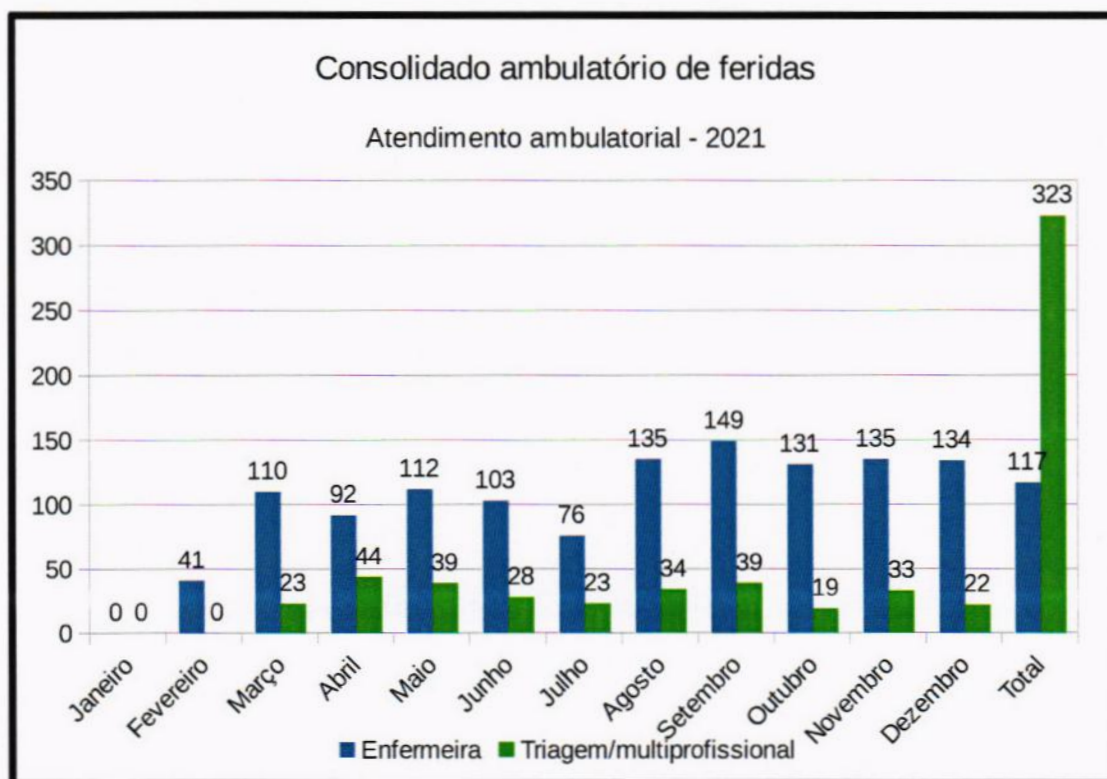


Gráfico 6: Consolidado de atendimento ambulatorial multidisciplinar – Ano 2021.

Estabelecimento Físico

Faz se necessário outro local de atendimento, com mais consultórios para atendimento do paciente, como para a realização de curativos e desta forma ofertar o tratamento com mais qualidade e eficiência.

Na Policlínica Central, mediante à necessidade de ampliação do serviço, não há estrutura física adequada para adaptar ao atendimento.

Segue abaixo o descritivo do espaço mínimo mais adequado.

Consultórios: 02

- atendimento do vascular: 01
- atendimento do enfermeiro: 01

Salas de curativo: 04

- salas para realização de curativos diários – carga horária de 8 horas/dia: total de atendimentos, considerando 1 hora cada curativo, podendo ser mais ou menos. 7 atendimentos em cada sala por dia, total de 28 atendimentos/dia.

Sala de administrativo: 01

- sala destinada a organização dos serviços administrativos da unidade.

Recepção: 01

- Atendimento do paciente, sala de espera

Banheiros:

- Na recepção para pacientes: 2 (Masculino/feminino)
- Para funcionários: 2 (Masculino/feminino)

Sala de pequenos procedimentos -

- Sala para pequenos procedimentos com equipamento e espaço adequado: 01

Almoxarifado

- Espaço com tamanho adequado para guardar equipamentos, coberturas e insumos do uso no ambulatório: 01

Copa

- Espaço destinado a lanches de funcionários: 01

Expurgo

- Área destinada a descarte de material contaminado: 01

Central de Material de Esterilização

- Área suja: 01

- Área limpa: 01
- Área de armazenamento de material esterilizados: 01

DML

- Depósito de material de limpeza: Sala destinada à guarda de aparelhos, utensílios e material de limpeza, deve ser dotado de tanque de lavagem.

Recursos humanos

- Enfermeiro Especialista - 01
- Cirurgião Vascular – 01
- Técnico de enfermagem - 1
- Outros profissionais de nível superior que se faz necessário a contemplar a equipe, entendemos podermos direcionar para o atendimento na Policlínica Central com encaminhamento referenciado: endocrinologista, nutricionista, serviço social, psicólogo, dermatologista, geriatria, clínico geral (PSF) e outros especialistas.

Para acrescentar na equipe, faz-se necessário:

- Enfermeiro generalista: 02
- Técnico de enfermagem: 05
- Auxiliar de serviços gerais: 02
- Auxiliar administrativo: 01
- Motorista: 01

Enfermeira Et. Cristiene Nunes Tadeu

Varginha, 30/12/2021

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, E. R.; ALVES, E. F. Análise da produção bibliográfica sobre qualidade de vida de portadores de feridas crônicas. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 147-152, mai./ago. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neutróficas e traumáticas**. Série J. Cadernos de Reabilitação em Hanseníase; n. 2. Brasília, DF, 2002.
- BORGES, E. L. Evolução da cicatrização. In: BORGES, E.L. *et al.* **Feridas: como tratar**. 2º ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
- BORGES, E. L. **Feridas: úlceras de membros inferiores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 25-30, 2011.
- DANTAS, R. F. B. *et al.* Caracterização das lesões crônicas nos idosos atendidos na estratégia de saúde da família. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v.11, n. 5, p.1835-1841, mai. 2017. Disponível em: <http://https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23330/18923>. Acesso em: 6 jun. 2018.
- FREDERICO, G. A. *et al.* Integrality in nursing care for people with cutaneous ulcers. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 7, p.1997-2011, jul. 2018.
- FREITAS, M. C. *et al.* Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p.143-150, mar. 2011.
- HURLOW, J.J. *et al.* Diabetic foot infection: a critical complication. **International Wound Journal**, v.15, p. 814 –821, 2018.
- JOAQUIM, F. L. *et al.* Impact of venous ulcers on patients' quality of life: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 4, p. 2021-2029, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000402021&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 29 dez. 2018.
- KIRSNER, R. S.; VIVAS, A. C. Lower-extremity ulcers: diagnosis and management. **British Journal of Dermatology**, v. 173, n. 2, p. 379-390, ago. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26257052>. Acesso em: 12 jan. 2019.
- KORTING, H. C.; SCHOLLMANN, C.; WHITE, R. J. Management of minor acute cutaneous wounds: importance of wound healing in a moist environment. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, Oxford, v. 25, n. 2, p. 130-137, fev. 2011.
- MENDES, A. The long battle for SUS funding. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 987-993, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2013.v22n4/987-993/en>. Acesso em: 20 jan. 2019.

MORTON, L. M; PHILLIPS, T. J. Wound healing and treating wounds: Differential diagnosis and evaluation of chronic wounds. **Journal of the American Academy Dermatology**, v. 74, n. 4, p. 589-605, 2016.

OLIVEIRA, J. E. P. *et al.* **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. (Org). São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SILVA, D.R.A. *et al.* Pressure ulcer dressings in critical patients: a cost analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, e03231, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100428&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2017.

THOMAS, J. B. Dificuldades cicatriciais das úlceras de estase venosa dos membros inferiores na presença da síndrome metabólica. *In*: THOMAS, J. B (ed). **Úlceras dos membros: diagnóstico e terapêuticas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.