

Paula Pens Alves
Renato Santos de Oliveira Filho
Vanessa Yuri Suzuki
Leila Blanes
Lydia Masako Ferreira

**MANUAL SOBRE
CUIDADO NUTRICIONAL
EM PACIENTES COM
FERIDAS CRÔNICAS
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

1ª EDIÇÃO

**SÃO PAULO
2019**

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte. Não é permitida a comercialização.

Elaboração:

Paula Pens Alves
Renato Santos de Oliveira Filho
Vanessa Yuri Suzuki
Leila Blanes
Lydia Masako Ferreira

Este manual foi desenvolvido durante o programa de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Gestão aplicadas à Regeneração Tecidual, da Universidade Federal de São Paulo - Unifesp.

Manual sobre cuidado nutricional em paciente com feridas crônicas para profissionais de saúde. Paula Pens Alves/ Renato Santos de Oliveira Filho/ Vanessa Yuri Suzuki/ Leila Blanes/ Lydia Masako Ferreira, 2019.

ISBN: 978-65-00-06920-4
35 p.

1. Manual de referência. 2. Cicatrização. 3. Ferimentos e lesões. 4. Terapia nutricional.
5. Educação em saúde.

I Alves, Paula Pens. II Filho, Renato Santos de Oliveira. III Suzuki, Vanessa Yuri. IV Blanes, Leila. V Ferreira, Lydia Masako.

1ª EDIÇÃO

**SÃO PAULO
2019**



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1. FERIDAS CRÔNICAS.....	12
2. NUTRIÇÃO E CICATRIZAÇÃO.....	13
3. O CUIDADO NUTRICIONAL.....	15
3.1. TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL.....	16
3.2. CLASSIFICAÇÃO DE NÍVEL DE ASSISTÊNCIA.....	17
3.3. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL.....	18
3.4. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL.....	23
3.5. INTERVENÇÃO NUTRICIONAL.....	24
3.6. ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL.....	31
4. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	32
5. MITOS E VERDADES SOBRE ALIMENTAÇÃO E CICATRIZAÇÃO.....	33
6. REFERÊNCIAS.....	34

APRESENTAÇÃO

O acompanhamento nutricional de pacientes com feridas crônicas é fundamental, uma vez que o processo de cicatrização é complexo e dependente do estado nutricional.

A cicatrização ocorre em fases denominadas inflamatória, proliferativa e de remodelação. Cada fase possui um tempo e são caracterizadas por um conjunto de eventos fisiológicos que dependem de nutrientes específicos.

Nesse sentido, o fornecimento adequado de calorias e proteínas é fundamental para reverter os déficits em pacientes com feridas crônicas. Assim como o consumo de alimentos fonte de vitaminas A e C, que estimulam a síntese de colágeno e contribuem na função imunológica, e de zinco, micronutriente essencial para o corpo humano e têm baixos níveis associados à diminuição da proliferação de fibroblastos e à síntese de colágeno.

O presente manual foi desenvolvido com o objetivo de apoiar os profissionais de saúde nas orientações e decisões e elaboração de orientações relacionadas aos cuidados nutricionais destinados aos pacientes portadores de feridas crônicas.



1. FERIDAS CRÔNICAS

As feridas crônicas podem originar-se quando a cicatrização não progride normalmente, ou seja, prolonga-se por um período superior a 4 semanas, devido à presença de complicações, principalmente a infecção, que representa um ônus significativo tanto para o paciente quanto ao sistema de saúde.

Os tipos mais comuns são: Lesão por Pressão (LP), Úlcera Diabética (UD) e Úlcera Venosa (UV) e variam de acordo com condições e etiologias, como insuficiência venosa, má perfusão arterial, diabetes ou hipertensão.

São consideradas um grave problema de saúde pública devido à alta morbidade e custos terapêuticos, bem como pela diminuição da qualidade de vida associada.

A prevalência de LP está relacionada ao aumento da expectativa de vida da população. Um dos fatores de risco para o seu desenvolvimento é a idade, principalmente em pacientes com 65 anos ou mais. No Brasil, a prevalência de LP varia entre 21,7 e 23,5%.

O desenvolvimento UD é uma das complicações mais comuns e desafiadoras do diabetes, afetando até 25% a 35% dos pacientes ao longo da vida. A incapacidade de cicatrizar está associada à morbidade significativa, incluindo infecções recorrentes e hospitalização.

No ocidente a prevalência de UV é estimada em 1% e pode chegar a 3% nos idosos com mais de 70 anos. No Brasil ainda são escassos estudos epidemiológicos sobre UV. Em Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, a prevalência de feridas crônicas encontrada por pesquisadores foi de 1,64% e a UV representa 50% das lesões investigadas.

2. NUTRIÇÃO E CICATRIZAÇÃO

O processo de cicatrização de feridas é influenciado significativamente pelo estado nutricional, uma vez que a reparação tecidual depende do aporte calórico, de proteínas, carboidratos, lipídios, vitaminas e minerais.

PROTEÍNAS

As proteínas participam da proliferação de fibroblastos, revascularização e da síntese de colágeno. Portanto, garantir a ingestão adequada é essencial.

CARBOIDRATOS

Os carboidratos, fonte primária de energia ao organismo, participam da atividade fagocitária, proliferação celular e função fibroblástica. Na ingestão insuficiente deste nutriente, o organismo utiliza a proteína para formar glicose (gliconeogênese), desviando-a da sua função construtora.

LIPÍDEOS

Os lipídios são fundamentais na oferta de energia, no transporte das vitaminas lipossolúveis (vitaminas A, D, E e K), no fornecimento de ácidos graxos essenciais, entre outros. Tanto as deficiências de ácidos graxos essenciais quanto o excesso podem estagnar o processo cicatricial. A deficiência dos ácidos graxos acarreta aumento da fragilidade das hemácias, aumento da permeabilidade e fragilidade dos capilares e diminuição da aglutinação das plaquetas.

VITAMINA A

A vitamina A aumenta a resposta inflamatória nas feridas através de uma maior capacidade de membrana lisossômica, aumento do influxo de macrófagos e ativação e estimulação da síntese de colágeno. Contudo, super-

doses de vitamina A não melhoram a cicatrização de feridas e a ingestão excessiva e prolongada pode ser tóxica.

VITAMINA C

A vitamina C é importante para a função imunológica e sua deficiência pode resultar na incapacidade de combater infecções. Doses adequadas devem ser obtidas de fontes como frutas e hortaliças. No entanto, trata-se de uma vitamina solúvel em água, por isso não é armazenada no corpo e requer uma ingestão diária.

ZINCO

O zinco é um mineral necessário para a formação de colágeno e síntese de proteínas. Sua deficiência reduz a migração epitelial e impacta negativamente na força do tecido. Além disso, pode resultar em função anormal das células brancas, o que aumenta o risco de infecção da ferida.

3. O CUIDADO NUTRICIONAL



O cuidado nutricional e a educação nutricional tem efeito positivo no processo de cicatrização, visto que a desnutrição tem sido associada a problemas nesse processo, além de ser preditora de mau prognóstico.

De uma forma geral, o cuidado nutricional inclui:

- 3.1 TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL
- 3.2 CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ASSISTÊNCIA
- 3.3 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL
- 3.4 DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
- 3.5 INTERVENÇÃO NUTRICIONAL
- 3.6 ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

3.1 TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL

A triagem identifica o risco nutricional com o objetivo de realizar intervenção precoce. A aplicação é indicada em até 24h da admissão do paciente em nível hospitalar e na primeira consulta em nível ambulatorial e domiciliar.

Há vários instrumentos para realização da triagem. No Brasil, não há consenso sobre o melhor método a ser utilizado, mas destacam-se:

- *Mini Nutritional Assessment (MNA)* - Miniavaliação Nutricional (MAN®) – por ser considerada padrão ouro para idosos.

Disponível em:

<http://sociedadeferidas.pt/documentos/Mini_Avaliacao_Nutricional_-_MNA_Portuguese_Nestle_Nutrition_Services.pdf>.

- *Nutritional Risk Screening (NRS 2002)* - por detectar a desnutrição ou o risco de desenvolvê-la durante a internação hospitalar e ser recomendado pela European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN).

Disponível em:

<<http://espen.info/documents/Screening.pdf>>.

3.2 CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ASSISTÊNCIA

Determinar o nível de assistência possibilita priorizar o cuidado nutricional daqueles pacientes que requerem maior cuidado e atenção.

Tem como objetivos padronizar os procedimentos, otimizar o tempo e aperfeiçoar a qualidade dos serviços.

Os critérios para a classificação são:

NÍVEL	DESCRIÇÃO
PRIMÁRIO	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes cuja a doença de base ou problema não exija cuidados dietoterápicos específicos (pneumonia, gripe, conjuntivite, varicela).• Pacientes que não apresentam risco nutricional.
SECUNDÁRIO	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes cuja a doença de base ou problema não exija cuidados dietoterápicos específicos, porém apresentam riscos nutricionais.• Pacientes cuja a doença de base ou problema exija cuidados dietoterápicos específicos, mas não apresentam risco nutricional (disfagia, diabetes, alergia à proteína do leite de vaca, hipertensão).
TERCIÁRIO	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes cuja a doença de base ou problema exija cuidados dietoterápicos especializados (prematuridade, baixo peso ao nascer, erros inatos do metabolismo).• Pacientes que apresentam risco nutricional.



A resposta ao critério de risco nutricional deve ser resultante de algum instrumento de triagem de risco nutricional.

3.3 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional identifica situações e condições associadas à seleção de alimentos, à ingestão, à absorção, ao metabolismo e à excreção de nutrientes. O objetivo é identificar a ocorrência, a natureza e a extensão das anormalidades nutricionais.

Pode ser organizada em:

- Dietética
- Exame físico nutricional
- Antropometria/composição corporal
- Exames bioquímicos

Dietética

Os métodos de avaliação dietética são classificados em:

- Retrospectivos: recordatório de 24 horas, questionário de frequência alimentar, frequência alimentar quantitativa e história dietética.
- Prospectivos: registro alimentar estimado e registro alimentar pesado. Independente do método escolhido pelo nutricionista, a habilidade do avaliador e do avaliado será decisivo para a validade e a reprodutibilidade desse tipo de informação. Portanto alguns cuidados devem ser tomados ao coletar informações sobre o consumo alimentar, tais como:
 - evitar questionar sobre alimentos específicos;
 - evitar qualquer sinal de surpresa, aprovação ou desaprovação do padrão alimentar do indivíduo;

- insistir nos detalhes sem induzir, principalmente, a forma como os alimentos são preparados;
- não esquecer de questionar sobre ingestão de bebida alcoólica, bala, pipoca, sorvete, café, suplementos vitamínicos e consumo de alimentos a noite;
- verificar se o consumo daquele dia não foi atípico;
- não comunicar com antecedência o dia do inquérito;
- persistência do avaliador.



O método dietético apresenta as dificuldades inerentes ao comportamento humano, à tendência natural de um indivíduo variar a ingestão no dia a dia e às limitações dos bancos de dados de composição química de alimentos.

Há necessidade de tempo para aplicação.

Os avaliadores devem ser treinados.

O entrevistado deve ser cooperativo e ter capacidade de recordar a dieta usual.

Exame físico nutricional

O exame físico baseia-se nas habilidades do profissional em olhar, ouvir e sentir, ou seja, utiliza todos os sentidos do profissional para distinguir variações do usual.

Os sinais são os resultados do exame físico, sendo definidos como observações feitas por um profissional qualificado, da cabeça aos pés, sem que nenhuma região do corpo seja deixada de fora.

De forma resumida, o quadro a seguir indica alguns sinais físicos que podem estar relacionados a deficiências nutricionais.

PARTES DO CORPO	SINAIS ASSOCIADOS À DESNUTRIÇÃO	DOENÇA POSSÍVEL OU DÉFICIT NUTRICIONAL
FACE	(a) Seborreia nasolabial (b) Palidez	(a) Vitamina A e zinco (b) Ferro
OLHOS	(a) Conjuntiva pálida (b) membranas vermelhas e manchas de Bitot	(a) Anemia ferropriva (b) Vitamina A
GENGIVAS	Esponjosas, sangrando, gengiva vazante	Vitamina C
PELE	(a) Xerose (secura), hiperqueratose folicular (pele em papel de areia) (b) Petéquias (pequenas hemorragias na pele)	(a) Vitamina A (b) Vitamina C
UNHAS	(a) Coinolíquia (forma de colher) (b) Quebradiças e rugosas	(a) Ferro (b) Proteínas
TECIDO SUBCUTÂNEO	(a) Gordura abaixo do normal (b) Gordura acima do normal	(a) Inanição (b) Obesidade



Os tecidos de regeneração rápida, como cabelos, pele, lábios, olhos e língua, são mais prováveis de refletir deficiências nutricionais antes do que os outros.

Antropometria / composição corporal

A antropometria e a avaliação da composição corporal servem para medir as dimensões do corpo. As medidas da composição corporal incluem dados da antropometria, mas também de vários outros instrumentos, como a bioimpedância e a densitometria. Os resultados são comparados aos valores de referência, obtidos de dados de grande número de indivíduos.

A antropometria é simples, fácil, prática, não invasiva e de baixo custo. Inclui a aferição de peso, estatura, circunferências e pregas cutâneas.

A composição corporal é a soma dos componentes do corpo humano e sua respectiva distribuição, que totalizam o peso corporal. Pode ser usada para monitorar as alterações da massa gorda e massa magra.

O quadro a seguir apresenta o protocolo para acompanhamento antropométrico:

PARÂMETRO	FREQUÊNCIA	JUSTIFICATIVA
PESO	Diariamente, se houver preocupações quanto ao equilíbrio de fluidos, caso contrário, semanalmente e reduzir para mensal	Para avaliar e acompanhar o estado nutricional, determinar se os objetivos nutricionais estão sendo atingidos. Leve em conta tanto a gordura corporal quanto a massa muscular
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)	Na avaliação inicial e depois mensal	
CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO	Mensalmente, se o peso não puder ser obtido ou se for difícil de interpretar	
PREGA CUTÂNEA TRICIPITAL	Mensalmente, se o peso não puder ser obtido ou se for difícil de interpretar	

Fonte: Adaptado de National Institute for Health and Care Excellence, 2017.

Exames bioquímicos

Os exames bioquímicos desempenham um papel importante na avaliação do estado nutricional. Podem ser úteis para detectar precocemente as deficiências nutricionais, inclusive antes que as medidas antropométricas alterem e que os sinais físicos apareçam.

O quadro a seguir apresenta o protocolo para acompanhamento de exames bioquímicos no cuidado nutricional:

3.4 DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

PARÂMETRO	FREQUÊNCIA	JUSTIFICATIVA	INTERPRETAÇÃO
SÓDIO, POTÁSSIO, UREIA E CREATININA	Diariamente até estabilizar. Depois 1 a 2 vezes/semana.	Avaliação da função renal, estado do fluido e estado de sódio e potássio.	Interpretar com conhecimento do equilíbrio de fluidos e medicação.
GLICOSE	1 ou 2 vezes por dia até estabilizar. Depois semanalmente.	A intolerância à glicose é comum.	Bom controle glicêmico é necessário.
MAGNÉSIO E FOSFATO	Diariamente se houver risco de síndrome de realimentação. 3 vezes/semana até estabilizar. Depois semanalmente.	Depleção comum.	Baixas concentrações indicam um prognóstico ruim.
CÁLCIO E ALBUMINA	Semanalmente.	Hipo ou Hipercalemia.	A hipocalcemia pode ser secundária à deficiência de magnésio. A albumina baixa reflete doença e não o status de proteína.
PROTEÍNA C REATIVA (PCR)	2-3 vezes por semana até estabilizar.	Auxilia na interpretação de resultados de proteínas, vitaminas e minerais.	Avaliar a presença de uma reação de fase aguda.
ZINCO E COBRE	A cada 2 a 4 semanas, dependendo dos resultados.	Deficiência comum, especialmente quando aumenta a perda.	Reação de fase aguda causa diminuição de zinco e aumento de cobre.
HEMOGRAMA COMPLETO	1 ou 2 vezes por dia até estabilizar. Depois semanalmente.	Anemia por deficiência de ferro ou folato é comum.	Efeitos da sepse podem ser importantes.
FERRO E FERRITINA	A cada 3 a 6 meses.	Deficiência de ferro comum em nutrição parenteral a longo prazo.	Reação de fase aguda causa diminuição de ferro e aumento de ferritina.
FOLATO E B12	A cada 2 a 4 semanas.	Deficiência comum.	Folato sérico e B12 suficiente, com hemograma completo.
MANGANÊS	A cada 3 a 6 meses se nutrição parenteral domiciliar.	Provisão em excesso deve ser evitada, mais provável se doença hepática.	Glóbulos vermelhos ou sangue total melhor medida de excesso do que o plasma.
25-OH VIT D	A cada 6 meses.	Níveis baixos em pacientes domiciliares.	Requer função renal normal para efeito.
SELÊNIO*	Se houver risco de depleção.	Deficiência provável em doença grave e sepse.	Reação de fase aguda causa diminuição de selênio.

* teste indicado principalmente para pacientes com nutrição parenteral

Fonte: Adaptado de National Institute for Health and Care Excellence, 2017.

Um diagnóstico nutricional é a identificação de um problema nutricional existente, cujo tratamento é de responsabilidade do nutricionista. Por definição, todo diagnóstico nutricional deve ter a possibilidade de ser resolvido. Além disso, refere-se a problemas já existentes, não ao risco ou ao potencial de ocorrerem.

No cuidado nutricional, o diagnóstico é a ligação entre a avaliação e a intervenção.

Na avaliação, os dados são reunidos e analisados para produzirem o diagnóstico nutricional. A partir daí, são planejadas as condutas e intervenções.

3.5 INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

As intervenções nutricionais são ações planejadas e desenvolvidas com a intenção de realizar mudanças em comportamentos, fatores de risco, condições do meio ambiente e aspectos do estado de saúde.

Nessa etapa, o nutricionista planeja intervenções para solucionar os problemas detectados na avaliação do estado nutricional e descritos de acordo com o diagnóstico.

Na presença de ferida crônica, as intervenções nutricionais são necessárias visando uma boa alimentação. Durante o processo de cicatrização, o corpo precisa de maiores quantidades de calorias, proteínas, vitaminas A e C e, se houver deficiência, zinco.

Recomendação energética: 30 a 35 kcal/kg/dia

Recomendação de proteínas: 1,2 a 1,5 g/kg/dia

Recomendação hídrica: 1 mL/kcal/dia ou 30 mL/kg/dia

Recomendações para orientação nutricional:

DICAS DE ALIMENTOS QUE AUXILIAM NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS

PROTEÍNA

- Carnes de todos os tipos e ovos;
- Feijão, lentilha, ervilha, grão de bico;
- Leite, iogurte ou queijos com baixo teor de gordura.

VITAMINA C

- Laranja, limão, morango, mamão, kiwi, abacaxi, goiaba, acerola;
- Brócolis, couve, repolho, salsa, tomate.

VITAMINA A

- Cenoura, batata-doce, mandioquinha (batata baroa, cenoura amarela), abóbora, vegetais de folhas verdes escuras;
- Manga, caqui, melão;
- Fígado, ovos, leite, queijos, manteiga.

ZINCO

- Carne vermelha magra, aves, peixes, fígado;
- Sementes de gergelim e abóbora;
- Castanhas;
- Grãos integrais.

SUGESTÕES DE REFEIÇÕES REGIONAIS QUE AUXILIAM NA CICATRIZAÇÃO

REGIÃO NORTE

Café da manhã: café com leite e tapioca com tucumã e queijo coalho

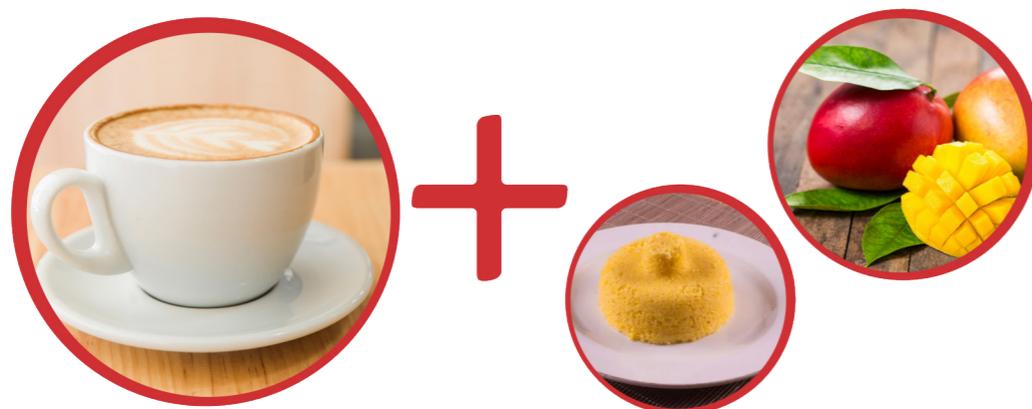


Almoço/Jantar: pirarucu grelhado, arroz, feijão, couve refogada e suco de cupuaçu



REGIÃO NORDESTE

Café da manhã: café com leite, cuscuz e manga

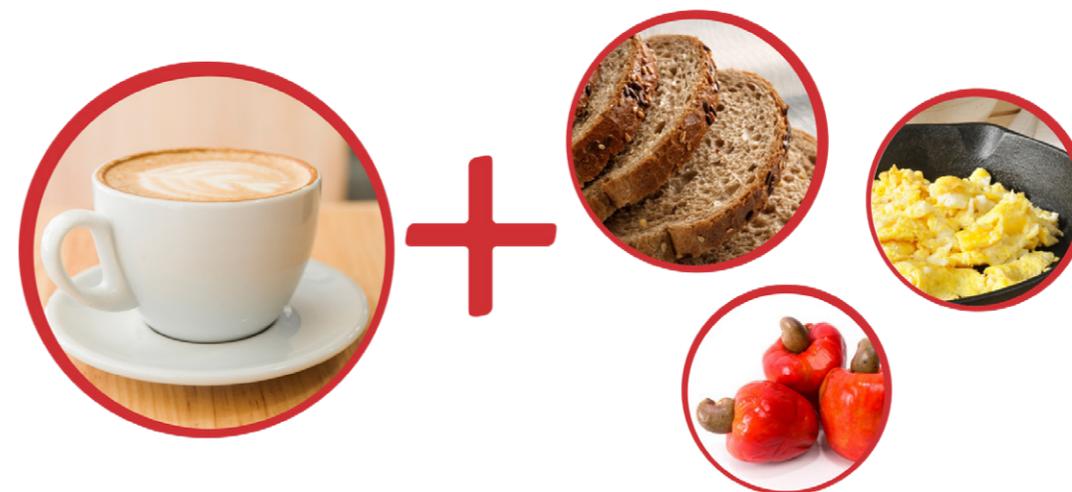


Almoço/Jantar: salada de agrião, escondidinho de carne seca com abóbora e mandioca e caju



REGIÃO CENTRO-OESTE

Café da manhã: café com leite, pão integral, ovo de galinha mexido e cajuí



Almoço/Jantar: pintado ensopado, arroz, caruru refogado e suco de maracujá



REGIÃO SUDESTE

Café da manhã: café, pão de queijo, queijo e mamão



Almoço/Jantar: salada de alface e tomate, frango com quiabo, arroz, feijão e laranja



REGIÃO SUL

Café da manhã: leite, café, pão com manteiga, queijo e tangerina



Almoço/Jantar: batata-doce, lentilha, repolho refogado, churrasco e suco de morango



DICAS PARA AJUDAR QUEM NÃO ESTÁ COMENDO BEM

1 Faça 5 ou 6 pequenas refeições por dia. Em vez de comer três grandes refeições por dia, tente fracionar e incluir lanches intermediários.

2 Alimentos ultraprocessados possuem alto valor calórico, mas baixo valor nutricional. Isso não ajudará durante a recuperação. Tente substituí-los por alimentos que contenham boas fontes de proteínas, vitaminas e minerais.

Por exemplo:

- Experimente substituir temperos prontos por ervas como salsinha, orégano, manjericão, hortelã, louro, entre outras.

- Em vez de salgadinhos, biscoitos industrializados, macarrão instantâneo, opte por pipoca caseira, torradas ou pães com fibras, bolos e biscoitos caseiros macarrão integral.

- Prefira suco de fruta natural ou polpas e água de coco a refrigerantes e sucos industrializados.

3 Se houver mudança no seu paladar ou olfato experimente alimentos que lhe pareçam ter boa aparência ou odor. Você pode achar que os alimentos frios e alimentos com pouco odor funcionam melhor. Por exemplo: queijo cottage, cereais, macarrão, laranja, limão, salada de frango ou atum.

4 Se estiver fazendo uso de suplementos nutricionais orais, saiba que todos os suplementos podem variar de gosto. Assim, se você não gostar do primeiro, tente outra marca, ou outro sabor. Desenvolver receitas com esses suplementos como preparar vitaminas adicionadas com frutas frescas e congeladas, mel ou sorvete pode melhorar a aceitação do suplemento.



Consulte sempre um nutricionista.

O paciente diabético deve ser acompanhado de perto. Ter um bom controle dos níveis de açúcar no sangue é fundamental no processo de cicatrização e pode prevenir a infecção.

3.6 ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

O acompanhamento nutricional tem o objetivo de avaliar a resposta à intervenção que aconteceu de acordo com o diagnóstico e redefinir novos diagnósticos e objetivos. Para tanto, deverá determinar o progresso, rever o estado nutricional e realizar comparação com a avaliação inicial, as metas propostas e os padrões de referência de nutrientes.

A frequência do acompanhamento deve ser estimada segundo o diagnóstico e o objetivo da intervenção de nutrição.

Algumas perguntas que o profissional pode se fazer a seguir podem ajudar na reavaliação do paciente com ferida:

- O paciente está consumindo nutrientes suficientes para ajudar na cicatrização de feridas?

- Quais parâmetros nutricionais adicionais podem ser implementados para garantir uma ingestão mais equilibrada e nutritiva?

- Quais outras questões podem ter contribuído para o consumo insuficiente do planejado?

Considere as condições socioeconômicas do paciente para avaliar o acesso à alimentação, hábitos alimentares e disfagia.

4. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A equipe multiprofissional atua para proporcionar a recuperação da saúde e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com feridas crônicas. Dentre os profissionais que irão atuar em conjunto para que a cicatrização ocorra no menor tempo possível destacam-se:

Nutricionista: exerce papel importante no tratamento de feridas, já que a desidratação e má nutrição comprometem o processo de cicatrização. O profissional avalia o estado nutricional, faz o diagnóstico nutricional, planeja a intervenção e acompanha o paciente.

Enfermeiro: é responsável pelos procedimentos de curativo. Faz a previsão e provisão dos materiais necessários, avalia a ferida, indica a terapia, realiza o curativo e acompanha a evolução da lesão. Orienta, habilita e inspeciona pacientes e cuidadores quanto a continuidade do tratamento da ferida.

Médico: avalia clinicamente o paciente com ferida, define a etiologia da ferida, solicita exames para uma melhor avaliação da situação e prognóstico, prescreve o tratamento, acompanha o quadro clínico, orienta e encaminha o paciente para a avaliação de outros profissionais.

Fisioterapeuta: atua na preservação e recuperação do local afetado, evitando a hipotrofia causada por inatividade/imobilidade devido à presença da ferida e contribui na reabilitação do paciente.

Assistente Social: avalia as condições socioeconômicas do paciente, orienta quanto ao direito a programas e benefícios assistenciais disponíveis na região, encaminha o paciente para o acesso a esses direitos e aciona familiares e a rede comunitária.

Psicólogo: oferece apoio no processo de tratamento e viabiliza o enfrentamento das limitações que a ferida causa, considerando os aspectos emocionais no contexto em que o paciente está inserido.

5. MITOS E VERDADES SOBRE ALIMENTAÇÃO E CICATRIZAÇÃO

Em relação à nutrição existem muitos mitos que permeiam o senso comum da população. Estas informações estão associadas aos alimentos que inseridos na dieta, podem provocar dificuldade de cicatrização por inflamação na pele por uma reação alérgica.

Portanto, quais são os mitos e verdades mais comuns à cicatrização?

Eu tenho ferida, não devo comer carne de porco e chocolate?



Apesar de conter alto teor de proteína e gordura, esses alimentos podem ser ingeridos com moderação.

Há alimento que provoca reação alérgica?



Os alimentos alergênicos podem provocar reações alérgicas em determinadas pessoas, como, por exemplo, coceira, ocasionadas pela liberação de histamina. A coceira pode levar ao aparecimento de traumatismos na pele pelas unhas, piorando feridas já existentes porque reativam a inflamação no local.

Existe alimento que prejudica a cicatrização?



O que prejudica a cicatrização é a reação alérgica causada pela ingestão de alimentos como: peixes, frutos do mar, ovos e amendoim, por pessoas alérgicas.

6. REFERÊNCIAS

AlSadrah SA. Impaired quality of life and diabetic foot disease in Saudi patients with type 2 diabetes: A cross-sectional analysis. *SAGE open medicine*. 2019; 7.

Armstrong DG, Hanft JR, Driver VR, Smith APS, Lazaro-Martinez JL, Reyzelman AM, Furst GJ, Vayser DJ, Cervantes HL, Snyder RJ, Moore MF, May PE, Nelson JL, Baggs GE, Voss AC. Effect of oral nutritional supplementation on wound healing in diabetic foot ulcers: a prospective randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*. 2014; 31(9): 1069-77.

Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *N. Engl. J. Med*. 2017; 376: 2367-75.

Banks MD, Ross LJ, Webster J, Mudge A, Stankiewicz M, Dwyer K, Coleman K, Campbell J. Pressure ulcer healing with an intensive nutrition intervention in an acute setting: a pilot randomised controlled trial. *Journal of wound care*. 2016; 25(7): 384-92.

Basiri R, Spicer M, Arjmandi B. Nutrition Supplementation and Education May Increase the Healing Rate in Diabetic Patients with Foot Ulcers. 2019. (P19-005-19).

Blanes L, Ferreira LM. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. São Paulo: Atheneu, 2014.

Borges EL, Nascimento-Filho HM, Pires-Júnior JF. Prevalência de Lesões Crônicas de Município de Zona da Mata Mineira. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2018; 22: e-1143. Brasil. Ministério da Saúde. Alimentos regionais brasileiros. Ministério da Saúde, 2015. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Ministério da Saúde, 2014.

Cereda E, Klersy C, Seriola M, Crespi A, D'andrea F. A nutritional formula enriched with arginine, zinc, and antioxidants for the healing of pressure ulcers: a randomized trial. *Annals of internal medicine*. 2015; 162(3): 167-74.

Finlayson K, Miaskowski C, Alexander K, Liu WH, Aouizerat B, Parker C, Pennisi D, Edwards H. Distinct wound healing and quality-of-life outcomes in subgroups of patients with venous leg ulcers with different symptom cluster experiences. *Journal of pain and symptom management*. 2017; 53(5): 871-9.

Han G, Ceilley R. Chronic wound healing: a review of current management and treatments. *Advances in therapy*. 2017; 34 (3): 599-610.

Haughey L, Barbul A. Nutrition and Lower Extremity Ulcers: Causality and/or Treatment. *The international journal of lower extremity wounds*. 2017; 16(4): 238-43.

Langer G, Fink A. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. *The Cochrane Library*. 2014.

Lin PH, Sermersheim M, Li H, Lee P, Steinberg S, Ma J. Zinc in wound healing modulation. *Nutrients*. 2018; 10(1): 1-20.

Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição / [organizado pela] Associação Brasileira de Nutrição; organizadora: Marcia Samia Pinheiro Fidelix. – São Paulo: Associação Brasileira de Nutrição, 2014.

Moro JV, Caliri MHL. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016; 20(3): 1-6.

Morton LM, Phillips TJ. Wound healing and treating wounds: Differential diagnosis and evaluation of chronic wounds. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2016; 74(4): 589-605.

National Collaborating Centre for Acute Care (UK). Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition, 2017.

Oliveira KDLD, Haack A, Fortes RC. Nutritional therapy in the treatment of pressure injuries: a systematic review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017; 20(4): 562-70.

Parker CN, Finlayson KJ, Shuter P, Edwards HE. Risk factors for delayed healing in venous leg ulcers: a review of the literature. *International journal of clinical practice*. 2015; 69(9): 967-77.

Pieper B, Templin TN. Sleep Quality. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2016; 43(5): 471-6.

Resende NM, Nascimento TC, Lopes FRF, Júnior AGP, Souza NM. Cuidado de pessoas com feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care*. 2017; 8(1): 99-108.

Taylor C. Importance of nutrition in preventing and treating pressure ulcers. *Nursing older people*. 2017; 29(6): 33-8.

White-Chu EF, Conner-Kerr TA. Overview of guidelines for the prevention and treatment of venous leg ulcers: a US perspective. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2014; 7: 111.

ISBN: 978-65-00-06920-4

CSL



9 786500 069204

MANUAL SOBRE
CUIDADO NUTRICIONAL
EM PACIENTES COM
FERIDAS CRÔNICAS
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

