

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO
EDUCATIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

TÍTULO

**Estratégia educativa para o pé diabético e a prevenção como enfermidade
incapacitante**

AUTOR: Dra. Yurina Castillo Bejerano

TUTORA: Dra. Ana Maria Rojas Carrasco

2015

Centro de Saúde de São Vicente, Campinas

SUMÁRIO

1. Introdução	3
2. Objetivos	6
2.1 Objetivo Geral	6
2.2 Objetivos Específicos	6
3. Metodologia	6
3.1 Cenário do estudo	6
3.2 Sujeitos da intervenção	6
3.3 Estratégias e ações	7
3.4 Avaliação e monitoramento	7
4 Resultados Esperados	8
5 Cronograma	8
6 Referências	9

1. INTRODUÇÃO:

A Diabetes Mellitus ocupa o primeiro lugar entre as enfermidades crônico- degenerativas, de acordo com a OMS, hoje, mais de 200 milhões de pessoas são afetadas pelo diabetes, e a Diabetes ocupa também o terceiro lugar entre as causas de morbidade, sendo superada apenas pelas enfermidades cardiovasculares e oncológicas (Tooms Robert Campbell,1996)

O pé diabético é umas das complicações mais freqüentes e importantes nas pessoas com Diabetes Mellitus, destas pessoas, aproximadamente 15% desenvolvem uma úlcera no pé ou na perna no curso da enfermidade, o que pode levar a uma amputação ou a um mau prognóstico, pois as maiorias dos Diabéticos que sofrem amputações maiores, pouco tempo depois, sofrem amputação do membro contralateral e um terço falece dentro de dois meses. (Mac Graw Hell 1999)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o pé diabético como a infecção, ulceração e destruição de tecidos profundos da extremidade inferior, associados com alterações neurológicas e diversos graus de enfermidade vascular periférica. Atualmente é considerado como uma síndrome clínica e uma complicação crônica grave da diabetes mellitus (DM), etiologia multifatorial, que inclui a presença de neuropatia sensitivo-motora, angiopatia, edema e afeta a imunidade, que origina infecção, ulceração e na maioria das vezes internação prolongada com a amputação da extremidade. (Castro, G. 2009)

Ainda que as lesões de pé diabético possam ser diferentes, a via fisiopatológica para a aparição da úlcera e suas complicações é muito similar e está determinada por diversas condições. Esquemáticamente existem fatores de predisposição que incluem a neuropatia, macro e microangiopatia e artropatia; fatores precipitantes que incluem os traumas mecânicos e a higiene local, por último, fatores agravantes como a infecção que ocasiona maior extensão de dano tissular e determina o prognóstico da extremidade. (Antonucci, R.2009)

A neuropatia está presente em mais de 90% das úlceras e desempenha o papel principal no desenvolvimento e progressão do pé diabético (Lozano, F. 2011)

A forma mais comum de neuropatia é a polineuropatia metabólica, uma condição caracterizada por disfunção sensitivo-motora e autonômica de localização, distal, simétrica, crônica e de inicio insidioso (Lozano, F. 2011)

A neuropatia sensitiva se comporta como desencadeante das lesões devido a perda de sensibilidade a estímulos químicos, térmicos e mecânicos.

A neuropatia motora produz debilidade muscular com atrofia dos músculos interósseos e tibial anterior, ocasionando deformidade dos dedos (dedos em garra ou em martelo), hiperqueratose e calosidades na região plantar com maior frequência nos pontos de apoio (cabeça de metatarsianos) (Bruges, J. 2010)

Por último, a neuropatia autonômica condiciona uma pele fina, seca, atrofiada, com fissuras, que facilita o ingresso de germens e com eles o desenvolvimento da infecção. (Bruges, J. 2010)

A macroangiopatia diabética em conjunto com a polineuropatia diabética, faz com que a evolução de lesões seja mais entorpecida e de difícil manejo. Aparece de forma precoce com distribuição multissegmentária, bilateral e distal. Existem controvérsias sobre a importância da microangiopatia na fisiopatologia do pé diabético, contudo, esta produz alteração na regulação do fluxo sanguíneo, aumento do fluxo microvascular e da pressão capilar, disfunção endotelial, esclerose microvascular, hialinose arteriolar, alteração nas respostas vasculares, diminuição da tensão transcutânea de oxigênio e ainda, isquemia, com aparição de úlceras e defeitos na cicatrização e cura da mesma (Castro, G.2009)

A osteoartropatia neuropática (Pé de Charcot) é uma condição progressiva caracterizada por luxação articular, fraturas patológicas e destruição severa da arquitetura do pé. Esta condição resulta em uma deformidade debilitante e até mesmo em amputação. (PETROVA, NL.; EDMONDS, ME. 2008)

Quando observamos em uma das extremidades inferiores do diabético, a presença de edema unilateral profundo, aumento da temperatura, eritema, efusão articular e reabsorção óssea em um pé com perda de sensibilidade e pele intacta (PETROVA, NL.; EDMONDS, ME. 2008)

Segundo a revista Diabetes Voice de Junho de 2005, a cada 30 segundos em algum lugar do mundo, ocorre uma amputação devido ao diabetes, situação que absorve 40% dos recursos sanitários disponíveis nos países em desenvolvimento (Situacion Mundial de la diabetes mellitus, 2013)

A diabetes está crescendo em grande velocidade no mundo, em 1985 a diabetes a nível mundial ocupava a cifra de 30 milhões de enfermos, para 2030 a previsão é que existam 300 milhões de pessoas. Hoje sabemos que a diabetes é a causa mais comum de

amputações de pernas e pés, cerca de 60% de todas as amputações estão relacionadas com diabetes e não com acidentes de trânsito e de trabalho como a sociedade imaginava. (Situacion mundial de la diabetes mellitus, 2013)

Os Estados Unidos reportou em 2009, 68.000 amputações devidas ao pé diabético, na Espanha por sua vez, existem 3.249.500 diabéticos e 72% da população diabética está com pé diabético e entre 25.000 e 50.000 estão amputados (Situacion mundial de La Diabetes Mellitus, 2013)

Estima-se que o índice de amputações no Brasil seja de 42.000 ao ano. No Rio de Janeiro, a incidência anual de amputações de membros inferiores alcança a cifra de 180 a 100.000 habitantes. (STAMBOVSKY SHICHLER, ER. Noviembre 2009)

É por isso que a prevenção mediante o diagnóstico precoce e o seguimento metabólico da enfermidade pode diminuir a incidência do pé diabético e das amputações.

Ministério da Saúde pretende unir esforços para reduzir as incapacidades por pé diabético

1.1 Justificativa

A amputação de MMII na população diabética é um grande problema de saúde, porque está associada a altos índices de incapacidade funcional, perda da qualidade de vida, morbidade e mortalidade. Porém tal realidade pode ser evitada. Estima-se que 50% das amputações podem ser prevenidas através do trabalho de uma equipe multidisciplinar como: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais conforme a necessidade do paciente e implantação de ações educativas, no processo de informações a familiares e pacientes. Além disso, a abordagem multidisciplinar é de grande importância pelas necessidades físicas, emocionais e socioeconômicas que a pessoa diabética apresenta e que interferem no tratamento.

tentar prever esta complicação com estratégias educativas é o que este estudo pretende, intensificando as informações sobre o tema, para assim diminuir a incidência de dicha complicação

Essa é minha motivação para a realização deste estudo e assim proporcionar que as pessoas da comunidade melhorem seus conhecimentos na saúde do pé quanto os fatores de risco desta doença.

2. OBJETIVOS.

2.1 Objetivo Geral.

Elevar o nível de conhecimento na população diabética sobre fatores de risco que produzem precocemente o diagnóstico de pé diabético e sua complicação incapacitante.

2.2 Objetivos Específicos.

2.2.1 Determinar o nível de conhecimento na população diabética sobre a sintomatologia do pé diabético para a prevenção de incapacidade por amputação, assim como as medidas de prevenção da doença.

2.2.2 Aplicar a estratégia na população objeto de estudo e avaliar o grau de satisfação

2.2.3 Avaliar o impacto provocado pelas ações educativas sobre o nível de conhecimento da população diabética

3. METODOLOGIA

3.1 Cenário de intervenção:

O cenário da intervenção será a UBS do Jardim São Vicente, e o trabalho será realizado com a equipe de saúde da família. Os dados serão coletados durante consultas médicas, atividades de grupo, e as visitas domiciliares com o apoio da equipe de Enfermagem, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Será elaborado um questionário para coleta de dados sobre diferentes variáveis. O período para aplicação do questionário será de 60 (sessenta) dias, correspondendo aos meses de novembro e dezembro de 2014.

3.2 Sujeitos da intervenção:

O pessoal – alvo deste projeto de intervenção é a população do bairro de São Vicente, pacientes identificados com diabetes mellitus com prévio consentimento informado também contaremos com outros recursos humanos, ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros, moradores do bairro, familiares dos diabéticos em estudo, médica da equipe de saúde e outros que se fizer necessário durante a intervenção de saúde onde a intervenção será encaminhada para pesquisar o grau de conhecimento sobre o pé diabético.

3.3 Estratégias de ações:

Com apoio dos ACS aumentará a pesquisa dos casos de diabetes mellitus na comunidade, para lograr diagnóstico oportuno do pé diabético e evitar incapacidade motora por amputação.

Será aplicado um questionário para avaliar o nível de conhecimento sobre o referido pé diabético, sintomatologia e as complicações que poderiam aparecer com o pé diabético assim como as medidas de prevenção. Serão realizadas as seguintes perguntas: você sabe o que é a diabetes mellitus? Você sabe o que é o pé diabético? Você conhece os sintomas do pé diabético? Poderia mencionar qual e o primeiro problema que aparece no pé? E de seu conhecimento a complicação que esse problema pode trazer a seu pé? Que medidas preventivas devem ser aplicadas para evitar essa complicação.

Conjuntamente com enfermeiras e agentes comunitários de saúde, implantaremos um sistema de consultas para a elaboração do questionário e preenchimento da ficha de avaliação do pé diabético.

Junto a isso realizaremos capacitações e atividades educativas com o grupo utilizando como instrumentos de capacitação palestras, roda de conversas e dinâmicas de grupo no período de dois meses com encontros quinzenais de 2 horas de duração. No término das atividades e discussões das dúvidas dos participantes, finalizaremos com um café da tarde.

Este questionário será realizado de maneira informal, e os usuários não precisarão se identificar

3.4 Avaliação e monitorização:

Concluída a fase educativa, os usuários terão continuidade na avaliação. Para isso se aplicado um novo questionário com o objetivo de comparar os resultados de conhecimento da doença, após as atividades educativas.

Os dados uma vez coletados, serão processados em um computador, usando o sistema de dados baseado em Microsoft Excel, com intervalos de confiança estimados a 95%. Os resultados serão apresentados em textos e tabelas.

4. RESULTADOS ESPERADOS:

Após o termino do estudo, o objetivo é encontrar o real nível de conhecimento sobre os fatores de risco do PE diabético que proporcionara níveis mais altos de conhecimentos dentro da população diabética que desconheciam aspectos sobre essa problemática de saúde, com isso se evitará a presença de incapacidade motora por amputação e aumentara a qualidade de vida do paciente, onde se evitara encaminhamentos aos pacientes a serviço de atenção secundaria de saúde, que hoje estão sendo muito afetados os pacientes por desconhecimento e demora das datas das consultas.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Elaboração do Projeto	X					
Aprovação do Projeto		X				
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de Dados		X	X			
Discussão e Análise dos Resultados				X		
Revisão final e digitação					X	
Entrega do trabalho final						X
Socialização do trabalho						X

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Toom Robert Campbell: Cirurgia ortopédica. Amputaciones. Editorial Interamericana. Edición #633_673 edición 1996
(<http://www.monografias.com/trabajos89/pie-diabetico/pie-diabetico.shtml#ixzz3kcnb9vyr>)
- 2- Mac Graw Hell 1999
- 3- CASTRO, G.; LICEAGA, G.; ARRIOJA, A.; CALLEJA, JM.; ESPEJEL, A.; FLORES, J.; GARCIA, T.: *Guía clínica basada en evidencias para el manejo del pie diabético. Medicina Interna. México 2009* (rev. venez. endócrino.metal. vol.10no.3 Mérida oct.)
- 4- ANTONUCCI, R.; BRAVER, D.; GIRAUDO, S.; SANTILAN, C.; SOSA, A.; WAITMAN, J. et al: *Recomendaciones sobre prevención, diagnóstico y tratamiento del pie diabético. Sociedad Argentina pie diabético 2009.* (rev. venez. endócrino. metal. vol.10no.3 Mérida oct.)
- 5- LOZANO F.; CLARA, A.; ALCALÁ, D.; BLANES, JI.; DOIZ, R.; GONZALEZ DELCASTILLO; BARBERAN, J.; ZARAGOZA.
- 6- R,GARCIA, JE et al: *Consensus document on treatment of infections in diabetic foot. REV ESP quimioter 2011;24:233-262* (rev. venez. endócrino. metal. vol.10no.3 Mérida oct.)
- 7- BRUGES, J.; MARQUEZ, G.; MACEDO, G.; RAMOS, F.; VALERO, K.; CALVAGNO, M.; SCHINCA, M.; GAYOSO, R.; JUBIZ,Rivas: *Guías ALAD de pie diabético 2010* vol. VIII (no 2):73- 86 (rev. venez. endócrino. metal. vol. 10no.3 Mérida oct.)
- 8- PETROVA, NL.; EDMONDS, M.; E. *Charcot Neuro-osteoarthopathy current standards. Diabetes Metabolism research and reviews 2008; 24.* Department of Hearth Westem Austrália. PDF: Móvel of Care for the High Risk Foot, Cardiovascular and Diabetes & Endocrine Health Networks.
- 9- Situacion mundial de la diabetes melito (Hebertprot-p-cigp,edu.cu/index.php/es/2013-04-07)
- 10- StambovskyShichler ER,SpichlerDLessa Costa eForti A,Franco LI,Ela Porte R, et al noviembre 2009. Rio de janeiro Brasil ciência pura (<http://w.ciencia.pura.org>.vol.10 5 pdf

11- FIDELOS, C.: *Pé Diabético*, 2003. Angiologia e Cirurgia vascular

(www.lava.med.br)

12- Caderno de Saúde Pública: *Tendência do Diabetes Mellitus no Brasil*.

13- VAN BATTUM, P.; SCHAPER, N.; PROMPERS, L.; APELQVIST, J.; JUDE, E.; PIAGGESI, A.; BAKKER, K.; EDMONDS, M.; HOLSTEIN, P.; JIRKOVSKA, A.; MAURICIO, D.; RAGNARSON TENNVALL, G.; REIKE, H.; SPRAUL, M.; Uccioli L, Urbancic V, van Acker K, van Baal J, Ferreira I, Huijberts M. *Differences in minor amputation rate in diabetic foot disease throughout Europe are in part explained by differences in disease severity at presentation*. Diabet Med 2011; 28(2): 199-205.