



5 CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROVAB

INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 PARA EVITAR O PÉ DIABÉTICO

ALUNO: YOENDRY LAZARO GONZALEZ OLMO

ORIENTADORA: Profa. Dra. RAQUEL MACHADO CAVALCA COUTINHO

FRANCISCO MORATO - SP

2015

Sumário

1.	Introdução.....	3
2.	Objetivos.....	4
2.1	Objetivo Geral	5
2.2	Objetivos específicos	5
3.	Revisão Bibliográfica.....	5
4.	Metodologia	6
5.	Resultados esperados	7
6.	Cronograma	7
7.	Referências.....	8

1. INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crônicas, mas frequentes na atualidade é considerada um problema da saúde pública em muitos países. Sua prevalência mundial tem se elevado e a predição é que vai continuar incrementando se ^{1,2}. Na América Latina espera se que supere os 60 milhões de indivíduos vivendo com diabetes nas próximas duas décadas. Só no Brasil a estimativa é de que chegue a 11 milhões devido ao envelhecimento populacional e a obesidade fundamentalmente ^{2,3,4}. É associada a grandes cargas socioeconômicas para a sociedade e os sistemas de saúde pelos altos custos do tratamento e a reabilitação ^{2,3,4}.

A evolução desfavorável da DM com frequência deixa seqüelas que incapacita fisicamente a quem a padece. Uma das complicações mais freqüentes é o Pé Diabético. Comumente consiste em ulcerações que surgem nos pés e que antecedem aproximadamente 85% das amputações em membros inferiores das pessoas diabéticas³. Além disso, é a principal causa de amputações não traumáticas em membros inferiores. Pacientes diabéticos evoluem a neuropatias periféricas silenciosas no decorrer do tempo ^{5,6}. Apresenta diminuição da sensibilidade e ao sofrer pequenos traumatismos na pele dos pés causados por calçados inadequados, caminhar descalços ou procedimentos impróprios de pedicure não percebem o que esta acontecendo e não tomam cuidados. Esta condição associada a estados de controle irregular da doença, abandono do tratamento e alimentação indevida aumenta neles potencialmente o risco de apresentar estas lesões ⁷.

Sujeitos doentes em estados subclínicos mais o fato de não apreciar os riscos aos que estão expostos são resistentes a fazer mudanças no estilo de vida. Estudos com vistas a dar resolutividade a tais problemáticas têm sinalado que a avaliação da qualidade de vida em indivíduos com DM acompanhados por equipes de saúde da família é positiva. Autores ressaltam que portadores de DM e seus familiares quando conhecem sobre a doença tem melhor adesão aos tratamentos e às recomendações médicas e embora não possa se evitar, tendem a diminuir os índices de ocorrência e recorrência das úlceras neuropáticas ^{7,8}.

O município Francisco Morato da microrregião de Franco da Rocha, na região metropolitana de São Paulo, tem ínfimo desenvolvimento econômico. A falta de empregos qualificados faz que parte da população seja muito carente. A Unidade de Saúde da Família (USF) Parque 120, localizada no município acima aludido, é responsável pelos cuidados dispensados a 8354 pessoas que residem em sua área de abrangência. Dessas 69,6 % (5816) dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde. Observou se que até o ano 2014, 5.69 % (476) da população tivemos o diagnóstico de DM e dessas, 21.9% (26) teve de alguma maneira ulcerações em membros inferiores. Achamos que isso constitui um real problema de saúde, já que a quantidade de pessoas com DM e com pé diabético na área está acima de média nacional para o ano 2014. Esta circunstância induziu à reflexão sobre quais ações de saúde poderiam ser desempenhadas com a população diabética da faixa entre 40 e 60 anos na área adstrita da USF que pudessem evitar a aparição do pé diabético nelas. A escolha desta faixa etária foi porque é predominante dentro da população da área, pessoas ainda jovens, necessitadas ou desprovidas, que sustentam no aspecto financeiro as suas famílias e na prática diária por estarem ocupados com horários laborais, cargas no lar e responsabilizados com crianças ou idosos não dão prioridade a cuidar de seu estado de saúde.

Em presença do cenário exposto, decidiu-se junto com ao supervisor e ao orientador do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB - realizar o projeto de intervenção educativa para que a adesão dos pacientes ao tratamento e ao autocuidado dos pés aumente, com a intenção de evitar a aparição de úlceras nos pés deles e diminuir os custos no panorama sócio financeiro para os pacientes as famílias e o sistema de saúde pública.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Evitar a ocorrência e recorrência do Pé Diabético como complicação da Diabetes Mellitus Tipo 2 em adultos entre 40 e 60 anos residentes na área 010 da UBS Parque 120, do município de Francisco Morato – SP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- . Criar grupos educativos que propicie debates sobre como prevenir o Pé Diabético;
- . Identificar durante as consultas de rotina fatores de risco como diminuição da sensibilidade em membros inferiores, deformidade, calos, queratoses, verrugas, rachaduras, micoses, flictenas para oferecer oportuno tratamento especializado;
- . Capacitar os profissionais de saúde da equipe para identificar signos clínicos de neuropatia diabética;
- . Identificar transtornos circulatórios em membros inferiores para tratar precocemente.
- . Realizar palestras educativas com os usuários e suas famílias sobre importância do autocuidado dos pés;
- . Orientar sobre o uso de calçado adequado e confortável.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A diabetes mellitus (DM) é um transtorno crônico do sistema endócrino metabólico dos indivíduos. Caracterizada por alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas, de etiologia múltipla pode ser causada por fatores hereditários e ambientais e possui altas taxas de morbidade e mortalidade ^{1,2,3,4,5}.

Nos países em desenvolvimento a enfermidade acima aludida constitui um problema epidêmico na atualidade. Sua prevalência acrescenta-se rapidamente e demanda maior necessidade de cuidados médicos e recursos financeiros ⁶. Por essa razão é possível prever o impacto econômico e social que a doença vai representar para os sistemas de saúde de América Latina, nos próximos anos ⁷. Assim como no Brasil que se tem observado um aumento nas hospitalizações e na mortalidade por DM, em proporções superiores às outras causas registradas ⁸.

Os pacientes com DM precisam monitoramento constante da glicose no sangue, assim como mudanças no seu estilo de vida para manter controle metabólico acertado. Sendo imprescindíveis ações educativas que ofereçam aos usuários o conhecimento sobre seu estado de saúde e a importância do autocuidado para evitar as complicações ^{9,10,11,12,13,14,15}.

Associada à ascensão da incidência de desordens cardiovasculares cerebrovasculares, da visão e renais, suas complicações estão relacionadas com incapacitações físicas ou psíquicas, assim como alterações na qualidade de vida e a morte antecipada. Os afetados por esse agravo também podem apresentar lesões nos pés em forma de úlceras, causadas pela neuropatia na maior parte dos casos ^{16,17}. Constituindo a complicação mais habitual nestes pacientes chamado nos termos médicos Pé diabético, o qual se não tiver o seguimento adequado, pode evoluir à amputação dos membros inferiores e pode deixar deficiências físicas nestes pacientes, além da situação familiar que origina e a sobrecarga para os sistemas de saúde ^{18,19,20}.

O Pé diabético constitui um dos grandes problemas de saúde em pacientes diabéticos. Embora as complicações nos pés nestes doentes sejam preveníveis ao fazer uso de ações de mínima complexidade representa um repto para os sistemas de saúde pública, pois o desconhecimento da doença e sua evolução prevalecem na população afetada ^{21,22}. Tem sido demonstrado que em sua maioria que os pacientes diabéticos não possuem conhecimentos sobre sua doença e a importância do autocuidado para evitar o Pé diabético e que fazem uso de praticas que põem em risco seus pés ²².

Apreciar a realidade da prática dos cuidados com os pés instruídos nas intervenções educativas para diabéticos pode melhorar os resultados da educação terapêutica. Sua avaliação metódica e ordenada além de detectar precocemente possíveis os problemas e prever as lesões, permite sensibilizar as pessoas com diabetes e as famílias para o desenvolvimento de destrezas de autocuidado na prevenção da complicação ^{23,24}.

Quando as estratégias educativas são projetadas para todos os envolvidos sejam doentes familiares ou cuidadores logram se resultados favoráveis no desenvolvimento e contribui se a postergar as complicações ²⁵.

4. METODOLOGIA

4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Pacientes cadastrados com Diabetes Mellitus tipo 2, na faixa etária entre 40 e 60 anos, que não tenham complicações ao início da intervenção e que concordem em participar, e que residam no município de Francisco Morato – SP, pertencentes à área 010 da ESF, assistidos pela UBS Parque 120, bem como seus familiares.

4.2 Cenários da intervenção

O cenário da intervenção incluirá as salas da UBS Parque120 e nas casas dos pacientes, mediante visitas domiciliares.

4.3 Estratégias e ações

Apresentações educativas, conversas, realizadas pela equipe de saúde com exposições sobre Diabetes Mellitus, Pé Diabético e sua evolução e efeitos incapacitantes. Palestras sobre estilo de vida saudável e sobre a importância de manter valores normais de glicose com adequada adesão ao tratamento e à dieta para evitar futuras complicações serão oferecidas para os pacientes e seus familiares. Serão orientados sobre como tratar calos e rachaduras, manter os pés hidratados, evitar a umidade, como cortar as unhas, evitar caminhar descalço e sobre fazer escolhas em calçados confortáveis. As variáveis: glicose em jejum, HbA_{1c}, transtornos na sensibilidade, pulsos pedioso e tibial posterior, lesões (deformidade, calos, queratoses, verrugas, rachaduras, micoses, flictenas, feridas, ulcerações) serão avaliadas a cada três meses e ao final. A utilidade vai ser avaliada comparando tanto a evolução da intervenção no decorrer do tempo quanto as taxas registradas no início e no final.

4.4 Avaliação e monitoramento

Os resultados serão discutidos em reuniões trimensais com toda a equipe, para analisar aquelas situações que os pacientes apresentem alterações nas variáveis antes descritas, tratar sim possível pela equipe ou encaminhar para a atenção secundária quando seja necessário. Nessas discussões também podem ser planejado os temas mais relevantes dependendo da evolução dos pacientes, e priorizar com caráter personalizado o atendimento uma vez que sejam identificados os alvos de maior risco em cada paciente.

Para o monitoramento e a avaliação serão utilizados os dados registrados em prontuários e os registrados durante o período coletados progressivamente e comparados com os registros da doença na área no ano anterior.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que neste processo de duração aproximada de 12 meses, a ocorrência e recorrência do Pé diabético possam ser evitadas nesta população ou diminuam quando comparadas com a incidência desta doença nesta faixa etária estudada no ano anterior.

6. CRONOGRAMA

Atividades* 2015	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Elaboração do projeto	X											
Aprovação Do projeto		X										
Apresentação Para equipes e comunidade		X										
Intervenção			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Discussão e análise dos Resultados			X			X			X			X
Elaboração do relatório final												X
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

* Observação: as letras de M a A colocadas como referência no topo desta tabela corresponde aos meses de janeiro a dezembro do ano 2015.

7. REFERÊNCIAS

1. Cisneros LL, Oliveira LA. .Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. *Ciênc. saúde coletiva* Rio de Janeiro. 2011 ;16(1).
2. Mantovani AM, Fregonesi CE, Pelai EB, Mantovani AM. Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. *Cad Saude Publica*. 2013 dez; 29 (12): 2427-35.
3. Cocco, Monteiro MI. Conhecimento do cliente diabético em relação os cuidados com os pés. *Rev Esc Enferm USP*. 2002 mar; 36(1): 97-103.
4. Pace AE, Milton CF, Ochoa KV; Hayashida M. Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm*. 2002 set-out; 55(5): 514-521.
5. Alcântara MF, Carneiro J ,do Nascimento JÁ, Cidrão A. Impacto de intervenção fisioterapêutica na prevenção do pé diabético. *Fisioter. Mov*. Curitiba. 2011 Out – Dic; 25(4).
6. Cisneros L. Avaliação de um programa para prevenção de úlceras neuropáticas em portadores de diabetes. *Braz. j. phys. ther*. 2010 jan-fev; 14(1): 31-37.
7. Andrade NH, Sasso FD, Turcato FH, Martins TA, Santos MA , de Souza CR, Zanetti ML . Pacientes com diabetes mellitus: cuidados e prevenção do pé diabético em atenção primária à saúde. *Rev. enferm. UERJ*. 2010 out-dez; 18(4): 616-621.
8. Batista F, Pinzur M, Monteiro A, Taira R. Educação em pé diabético. *Einstein (São Paulo)* 2009; 7(1): 24-27.
9. Amaral A, Tavares D. Cuidados com os pés: conhecimento entre pessoas com diabetes mellitus *Rev. eletrônica enferm*. 2009 dez; 11(4).
10. Gravely SS, Hensley BK, Hagood-Thompson C. Comparison of three types of diabetic foot ulcer education plans to determine patient recall of education *J Vasc Nurs* 2011 sep; 29(3): 113-9, 2011 Sep
11. Streja DA, Rabkin SW. Factors associated with implementation of preventive care measures in patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 1999 feb; 159(3): 294-302.

12. Codogno JS, Fernandes RA, Monteiro, HL. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2012 fev; 56(1): 6-11.
13. Barros CR, Cezaretto A, Salvador EP, Santos T, Siqueira A; Ferreira S. Implementação de programa estruturado de hábitos de vida saudáveis para redução de risco cardiometabólico. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2013 fev; 57(1): 7-18.
14. D Agord B, Harzheim E, Gus I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. *Rev Saúde Publica.* 2004; 38(4): 529-36.
15. Tesser CD, Garcia A, Vendruscolo C, Argenta CE. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011 nov; 16(11): 4295-6.
16. Daniele T, Bruin VM, Oliveira D, Pompeu C, Forti A. Associações entre atividade física, comorbidades, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde em diabéticos tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2013 fev; 57(1): 44-50.
17. Coelho MS, Guerreiro DM, Souza MI. Representações sociais do PE diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(1): 65-71.
18. Georg AE, Duncan BB, Toscano CM, Schmidt MI, Mengue S, Duarte C, Polanczyk CA. Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes mellitus no Brasil. *Rev Saúde Publica.* 2005 jun; 39 (3): 452-60.
19. Saes D, Franco L. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saúde pública.* 2003;19(Sup. 1):S29-S36.
20. Goldernberg P, Schenkman S, Franco, LJ. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev Bras Epidemiol.* 2003; 6 (1):18-20.
21. Villareal E, Vargas ER, Martínez L, Galicia L, Ramos I. Coste – efectividad de la atención del paciente con diabetes mellitus tipo 2 manejado por el médico familiar versus estrategia educativa. *Rev Clin Med Fam.* 2013 oct; 6(3): 123-30.

22. Sicras A, Font B, Roldan C, Navarro R, Ibañez J. Caracterización y costes asociados al perfil del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina al que se le añade un segundo fármaco antidiabético oral. *Endocrinol Nutr.* 2013 dic; 60(10):557-69.
23. Selli L, Papaleo LK, Meneghel SN, Torneros JZ. Técnicas educacionales en el tratamiento de la diabetes mellitus. *Cad Saúde Pública.* 2005 oct; 21(5):1366-72.
24. Araujo RB, Santos I, Cavaleti MA, Costa JSD, Beria JU. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Rev Saúde Publica.* 1999; 33 (1):24-32.
25. Castro S, Silva F, Hemiko H, Araujo G, Silveira MA. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2008 out-dez; 17 (4):672-9.