



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Vívian de Almeida Trovão

**Importância da detecção precoce das lesões em MMIs nos
pacientes portadores de diabetes na ESF**

Campos dos Goytacazes - RJ

2016

Vívian de Almeida Trovão

Importância da detecção precoce das lesões em MMIs nos pacientes portadores de diabetes na ESF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientadoras: Carolina Lopes de Lima Reigada
Tânia Salgado Monteiro

Campos dos Goytacazes - RJ

2016

RESUMO

O Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas que mais tem avançado em nosso meio nos últimos anos e com o aumento das complicações tanto micro quanto macrovasculares, tornou-se motivo de preocupação para saúde pública. Com o intuito de prevenir amputações que vem aumentando na população diabética adscrita de Três Vendas no município de Campos dos Goytacazes- RJ, esse projeto foi elaborado, visando a identificação precoce das lesões em membros inferiores nessa população e os fatores de risco que desencadeiam esse processo. Acompanhamentos mensais embasados num questionário produzido pela médica e enfermeira, têm sido empregados pelos agentes comunitários na busca ativa dessas lesões. Além disso, são de suma importância, a estimulação ao autocuidado, a explicação da adesão correta ao tratamento medicamentoso e os benefícios de uma alimentação balanceada. Espera-se não apenas a diminuição de encaminhamentos para local especializado no cuidado e possível internação hospitalar para amputação, como também indivíduos com a doença controlada. Já obtivemos alguns resultados satisfatórios de feridas que não evoluíram para a amputação graças a esse pequeno projeto, mas de grande valia.

Descritores: Diabetes Mellitus; Pé Diabético; Prevenção.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
1.1 Situação Problema	4
1.2 Justificativa	4
1.3 Objetivos	4
Objetivo Geral	4
Objetivo Específico	4
2. REVISÃO DE LITERATURA	5
3. METODOLOGIA	9
3.1 Público-alvo	9
3.2 Desenho da Operação.....	9
3.3 Parcerias Estabelecidas	9
3.4 Recursos Necessários	10
3.5 Orçamento	10
3.6 Cronograma de Execução	10
3.7 Resultados Esperados	10
3.8 Avaliação	11
4. CONCLUSÃO	12
REFERÊNCIAS	13

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas que mais avança entre a população mundial e devido a uma gama de complicações, tornou-se motivo de preocupação para saúde pública^{4,7}.

Na prática diária na Estratégia de Saúde da Família (ESF), pude observar um número crescente de diabéticos e muitos por não aderirem corretamente o tratamento, já apresentava complicações. Entre as complicações crônicas do diabetes mellitus (DM), as úlceras de pés (também conhecido como pé diabético) e a amputação de extremidades são as mais graves e de maior impacto socioeconômico⁴. Como muitos pacientes surgiram em consultas com feridas, pés enfaixados e membros amputados, isso tornou-se motivação para acompanhar esses pacientes de perto e de alguma forma criar um projeto que intervisse ou pelo menos amenizasse o aumento de lesões em membros inferiores nos pacientes diabéticos, dando então espaço para a construção de TCC realizada no curso de especialização em saúde da família oferecido pela Universidade Aberta do SUS.

O principal objetivo diante de um pé diabético é impedir as amputações. Este grande problema é precedido por úlceras acompanhadas geralmente de gangrena e infecção, demonstrando que, na maioria dos defeitos mutilantes, a combinação de isquemia e infecção é preponderante. Desse modo, as úlceras, nos pés dos diabéticos, constituem a causa principal das amputações dos membros inferiores, ressaltando que é uma complicação extremamente comum entre essa população, chegando a ser a maior causa de hospitalização, morbidade e mortalidade⁹.

A ESF tem grande importância tanto na prevenção do desenvolvimento do pé diabético, estimulando a alimentação adequada, a adesão medicamentosa, o acompanhamento familiar e ao autocuidado, quanto na detecção precoce do mesmo, como alterações da sensibilidade dos pés, presença de feridas complexas, deformidades, alterações da marcha, infecções e amputações, entre outras³.

A abordagem do pé diabético deve ser especializada e deve contemplar um modelo de atenção integral (educação, qualificação do risco, investigação adequada, tratamento apropriado das feridas, cirurgia especializada, aparelhamento correto e reabilitação global), objetivando a prevenção e a restauração funcional da

extremidade. Entretanto, se feridas forem controladas e amputações evitadas, de grande valia será o cuidado e a intervenção precoce⁵.

1.1 Situação-problema

Na comunidade assistida observa-se um crescente número de pacientes diabéticos com feridas, úlceras em membros inferiores e até histórico de amputações. Neste momento questiono enquanto Médica de Saúde e Família e Comunidade a criação de uma ação intervencionista, de forma a atender-se para uma abordagem na prática clínica da ESF no acompanhamento dos membros inferiores dos pacientes diabéticos na unidade de saúde de Três Vendas, na cidade de Campos dos Goytacazes – RJ.

1.2 Justificativa

As feridas e amputações em membros inferiores interferem na qualidade de vida e sobrevida dos pacientes diabéticos. E a equipe de Saúde da Família, pelo acolhimento, cuidado integral, longitudinal e com a dedicação dos agentes comunitários, que visitam os pacientes com frequência, tem grande possibilidade de atuar junto aos pacientes, de forma individualizada para prevenir as complicações do pé diabético e até o seu estabelecimento.

1.3 Objetivos

- Objetivo geral

Incentivar a prevenção e promoção de saúde frente aos problemas acarretados por feridas em MMII em pacientes diabéticos, para não chegar às amputações.

- Objetivos específicos

Estimular os pacientes diabéticos na adesão ao tratamento medicamentoso e dieta balanceada, além do cuidado com os membros inferiores.

Qualificar a equipe para ações preventivas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O Diabetes Mellitus pode ser considerado uma pandemia, que tem um impacto substancial em todos os sistemas de saúde, bem como em toda a sociedade. É um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, tanto em termos do número de pessoas afetadas, de incapacitações, de mortalidade prematura, como no que diz respeito aos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações. Estima-se que, no Brasil, existam cinco milhões de diabéticos. Por não produzir sintomas no início, na maior parte dos casos, esse problema costuma ser despercebido¹⁰.

Dessa maneira, cabe aos profissionais de saúde estar atentos na identificação das pessoas com risco para o diabetes mellitus e intensificar as ações para promover o seu controle, entre os já diagnosticados⁷. Acredita-se que a família tem papel fundamental em ambas as situações⁹.

Diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica que exige cuidados médicos contínuos, disciplina e autocuidado do paciente, para evitar complicações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo. O cuidado com o diabetes é complexo e requer estratégias de redução de risco multifatorial, além do controle da glicemia¹.

A classificação do diabetes inclui quatro formas clínicas como: diabetes tipo 1 (resultante da destruição de células Beta e consequente deficiência absoluta de insulina); diabetes tipo 2 (resultante de um defeito progressivo na ação da insulina, caracterizando um quadro de resistência à insulina); outros tipos específicos de diabetes devido à outras causas, por exemplo, defeitos genéticos na função de células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino (tal como a fibrose cística), indução de drogas para o tratamento do HIV/SIDA ou após órgão transplantado; e o diabetes mellitus gestacional (DMG).¹ Esse último, também merece destaque, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto^{1,3}.

Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga. No DM tipo 2, o início é insidioso e

muitas vezes a pessoa não apresenta sintomas. Não infreqüentemente, a suspeita da doença é feita pela presença de uma complicação tardia, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou então por infecções de repetição³.

Embora muitas sejam as complicações sérias e onerosas que afetam os pacientes diabéticos, aquelas que ocorrem nos membros inferiores (MMII) representam a maior parte delas (40 a 70%). A consequência mais grave do diabetes melitus nos MMII é a amputação, parcial ou total, de um ou ambos os membros, ou ainda a formação de feridas de difícil resolução⁵. Aproximadamente 20% das internações de indivíduos com diabetes ocorrem por lesões nos membros inferiores. Oitenta e cinco por cento das amputações de membros inferiores no DM são precedidas de ulcerações, sendo que os principais fatores associados são a neuropatia periférica, deformidades no pé e os traumatismos².

O fato mais importante da neuropatia periférica sobre o pé diabético é a perda da sensibilidade, que o torna vulnerável aos traumas triviais, é porta de entrada das bactérias, e ocasiona infecções silenciosas e graves, caso não sejam tratadas precocemente. A presença de infecção também deve ser investigada precocemente através do exame do pé (localização de sinais flogísticos) ou na vigência de desordem sistêmica (como febre e mau controle glicêmico), pois constitui um fator importante de morbidade e mortalidade em pacientes com úlceras. A maior suscetibilidade do diabético à infecção é decorrente do prejuízo da resposta inflamatória e do sistema antioxidante, da alteração da migração, fagocitose e quimiotaxia de leucócitos e da menor produção de citocinas. A hiperglicemia é o sinal mais precoce de infecção, enquanto que a febre, a leucocitose, os calafrios e os sinais de inflamação podem estar ausentes em até 2/3 dos casos, devido à presença concomitante de alterações neuropáticas e/ou vasculares. Assim, a severidade da infecção não está relacionada ao patógeno causal e não deve ser a base para a decisão da terapia⁴.

A abordagem educativa de pessoas com DM para prevenção da ocorrência de ulcerações nos pés e para estabelecer um cuidado diário adequado dos membros inferiores é fundamental para evitar internações desnecessárias e amputações³. É recomendado que toda pessoa com DM realize o exame dos pés anualmente, identificando fatores de risco para úlcera e amputação¹, através da inspeção visual, exame dos pulsos dos membros inferiores, exame neurológico¹⁰.

Fatores adicionais que podem indicar a necessidade de maior frequência de consultas e o rastreamento de complicações em membros inferiores⁸:

- calos, calosidades nos pés, micoses (interdigital ou ungueal), unhas encravadas, deformidades nos pés e pododáctilos;
- limitação da mobilidade articular;
- limitações físicas (p. ex.: cegueira ou redução da visão) ou cognitivas para o autocuidado;
- baixo nível de conhecimento sobre cuidados preventivos;
- condições de higiene inadequadas;
- baixo nível socioeconômico e de escolaridade;
- pouco ou nenhum apoio familiar ou de amigos no dia a dia; e
- residência em instituição de longa permanência^{3,8}.

Devido às repercussões mutilantes do diabetes mellitus, é importante promover uma adequada adesão ao tratamento por parte dos pacientes, a qual poderá ser grandemente favorecida com uma participação efetiva dos familiares. Essa atividade obterá sucesso se os profissionais de saúde estabelecerem um vínculo entre eles e os pacientes, fato que deve vir a reforçar investimentos nas atividades de ensino para com o paciente e sua família, entendendo que os membros que constituem o grupo familiar influenciam e/ou apóiam, de forma determinada, o comportamento desenvolvido pelos pacientes no seu autocuidado⁹.

O tratamento do pé diabético é baseado na redução da pressão tecidual do pé, controle da infecção, correção isquêmica e cuidados com a lesão. O repouso e a elevação do membro devem ser iniciados imediatamente, sendo ideal a retirada de todo peso nos membros inferiores⁴. O profissional deverá avaliar se os calçados são apropriados aos pés da pessoa, observando se são ajustados e confortáveis³. Calçados desgastados, com palmilhas deformadas, muito curtos ou apertados podem provocar vermelhidão, bolhas ou calosidades^{2,7}. Quanto à infecção, apesar da cultura e do antibiograma ajudarem na escolha de regimes antimicrobianos, na maioria das vezes, a terapia empírica com drogas de largo espectro é necessária antes dos resultados da cultura estarem disponíveis. Comprometimento vascular deve ser investigado no exame físico inicial e também na vigência de uma má

resposta terapêutica, tornando a correção da doença oclusiva vascular necessária, já que dificulta o fornecimento de nutrientes e antibióticos à área lesada⁴.

Visando à prevenção da ocorrência de complicações associadas ao DM, órgãos como a Associação Americana de Diabetes e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) propuseram algumas recomendações, como o uso da contagem de carboidratos, automonitorização da glicemia, uso de tratamento medicamentoso adequado, objetivando maior controle da doença. No entanto, de acordo com a SBD, a adoção de um estilo de vida adequado, com a prática regular de atividades físicas e a ingestão de dieta adequada, é praticamente duas vezes mais efetiva que o tratamento farmacológico no controle do DM⁶. Assim, os resultados no controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde³.

3. METODOLOGIA

3.1 Público-alvo

População diabética adulta adscrita na comunidade de Três Vendas na cidade de Campos dos Goytacazes – RJ.

3.2 Desenho da operação

Aconteceram reuniões para apresentação do questionário desenvolvido para ser utilizado em cada paciente diabético, explanação do projeto e os objetivos traçados. Miniaulas foram apresentadas pela enfermeira aos seus agentes comunitários para visualizar melhor uma ferida, o formato dos pés, palpar os pulsos pediosos e como aplicar na prática o teste de sensibilidade.

Vale ressaltar, a busca de parcerias com o serviço especializado em pé diabético, composta por excelente equipe multidisciplinar.

Acompanhamentos mensais foram realizados por cada agente comunitário (Ac) nas visitas domiciliares no controle e prevenção do pé diabético. E sempre que necessário a enfermeira reavaliava e se fazia presente em alguns domicílios junto aos Acs para acompanhar de perto e se os mesmos estavam aplicando o questionário corretamente.

Por fazerem a diferença no dia a dia de muitos pacientes, principalmente dos diabéticos, os agentes comunitários estão realizando por fazer a diferença com um simples olhar cauteloso, um discurso simples, mas que foi e está sendo eficaz, e presenciar em tão pouco tempo mudanças comportamentais e pacientes sem lesões e conseqüente amputações, tem sido gratificante.

3.3 Parcerias Estabelecidas

Parcerias com o serviço especializado de cuidado do membro inferior do diabético.

3.4 Recursos Necessários

Itens básicos: papel, caneta, material didático, folders educativos, fantoches para o grupo de teatro dos agentes comunitários, lanches, material de curativos em maior escala e produtos de higiene para os pacientes.

Solicitação de monofilamento, utilizado para determinar áreas de sensibilidade diminuída nos pés de pacientes.

3.5 Orçamento

Lanches	129,00
Papel (pacote)	12,00
Canetas	9,80
Material para curativos	Cedido pela unidade
Produtos de Higiene	Cedido pela unidade
Folders	62,00
Fantoches	48,00
Monofilamento	Não cedido

3.6 Cronograma de execução

	Reuniões de Equipe	Rodas de Conversa	Ações Intersetoriais	Visitas domiciliares
Julho 2015	X		X	X
Agosto 2015	X	X		X
Setembro 2015	X		X	X
Outubro 2015	X	X		X
Novembro 2015	X		X	X
Dezembro 2015	X	X		X

3.7 Resultados esperados

Alguns resultados, como pacientes diabéticos mais controlados, diminuição de feridas, redução de encaminhamentos para serviço especializado e redução brusca de amputações já foi observado na prática diária e espera-se principalmente ao longo do novo ano, que feridas, úlceras em MMII e a amputação seja praticamente inexistente.

3.8 Avaliação

A aplicação da intervenção foi avaliada através do questionário abaixo (meses do ano versus alterações dos MMII), onde cada agente comunitário ficou responsável em acompanhar por 12 meses os seus pacientes diabéticos, de forma individualizada e aqueles que não apresentassem alterações, a cada mês ganharia um pezinho para grudar no pezão fixo em algum lugar da casa. Quanto maior o número de pezinhos, menor o risco de feridas em MMII e chance de amputações. Durante os seis meses que o projeto foi realizado, o número de encaminhamentos para serviço especializado e internação hospitalar reduziu substancialmente, e consequentemente pacientes com glicemias controladas e membros livres de injúria.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Alteração da cor da pele (azulada, roxeada)												
Edema												
Calos												
Presença de úlceras (feridas)												
Amputação												
Descamações												
Alterações em unhas												
Corte adequado das unhas												
Dedos sobrepostos												
Lesões interdigitais (frieiras)												
Higienização adequada												
Dor												
Rachaduras												
Pulso tibial posterior												
Pulso pedioso												

Figura 1 – Questionário de detecção de lesões em MMII nos pacientes diabéticos

4. CONCLUSÃO

As medidas preventivas são essenciais na assistência ao pé diabético. O controle do diabetes mellitus, as orientações para evitar ulcerações através de cuidado adequado dos pés e visitas regulares ao médico, assim como a colaboração do paciente, de seus familiares e da equipe da ESF são fundamentais na prevenção de incapacidades e deformidades por pé diabético.

REFERÊNCIAS

- 1 - AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 36, n. suppl. 1, Jan. 2013. Disponível: http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11 [capturado em 20 dezembro 2015].
- 2 - BOULTON, A. J. M. et al. Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the Task Force of the Foot Care Interest Group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 31, p.1679-1685, 2008. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2494620/> [capturado em 20 dezembro 2015].
- 3 - BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
- 4 - BRASILEIRO, José Lacerda et al. Pé diabético: aspectos clínicos. **J Vasc Br**, v. 4, n. 1, p. 11-21, 2005. Disponível: <http://www.jvascbr.com.br/05-04-01/05-04-01-11/05-04-01-11.pdf> [capturado em 08 dezembro 2015].
- 5 - CARVALHO, V. F.; COLTRO, O. S.; FERREIRA, M. C. Feridas em pacientes diabéticos. **Revista de Medicina**, v. 89, n. 3/4, p. 164-169, 2010. Disponível: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46292/49948> [capturado em 15 dezembro 2015].
- 6 - COSTA, Jorge de Assis et al . Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, Mar. 2011. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000300034&script=sci_arttext [capturado em 08 dezembro 2015].
- 7 - LAURINDO, Mariana C. et al. Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 2, p. 80-4, 2005. Disponível: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/4.pdf [capturado em 08 dezembro 2015].
- 8 - MAYFIELD, J. A. Preventive foot care in people with diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 26, n.Suppl. 1, p. S78–79, 2003. Disponível: http://care.diabetesjournals.org/content/26/suppl_1/s78.full [capturado em 20 dezembro 2015].
- 9 - PACE, A. E; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 312-9, 2003. Disponível: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0179.pdf> [capturado em 08 dezembro 2015].

10 - YAMADA, Aparecida Teruko Tominaga et al. Manual de orientação clínica: diabetes mellitus. In: **Manual de orientação clínica: diabetes mellitus**. SES/SP, 2011.