

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**

CLARI TEREZINHA MAZETTO

**PROMOÇÃO DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO EM
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DA UBS RIO BRANCO – CANOAS**

CANOAS, 2018

CLARI TEREZINHA MAZETTO

**PROMOÇÃO DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO EM
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DA UBS RIO BRANCO – CANOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de
Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal
de Ciências da Saúde de Porto
Alegre.

CANOAS, 2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	8
2.1 RELATO DO CASO	9
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	11
4 VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	13
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	15
REFERÊNCIAS	17
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	19
1. INTRODUÇÃO.....	22
2. OBJETIVOS.....	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
4. METODOLOGIA	26
5. CRONOGRAMA	28
6. RECURSOS	29
6.1 RECURSOS HUMANOS.....	29
6.2. RECURSOS MATERIAIS.....	29
7. RESULTADOS ESPERADOS	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Graduada em Medicina pela Universidade de Aquino Bolívia, em Janeiro de 2015. No mês de Outubro de 2016 comecei a atuar como médica, pelo Programa Mais Médicos, no município de Canoas, estado do Rio Grande do Sul. No mesmo ano iniciei o Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Localizada na região metropolitana de Porto Alegre, Canoas foi fundada em 1939. Segundo dados do site da prefeitura “Canoas é o município mais populoso da Região Metropolitana, com 329.174 habitantes, segundo projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2005”. O município possui o segundo maior produto interno bruto e a quarta maior população do estado com 342.634 habitantes. (CANOAS, 2016).

O município conta em sua rede com três hospitais: Hospital Nossa Senhora das Graças, Hospital Universitário Ulbra, Hospital de Pronto Socorro de Canoas. Possui ainda duas Unidades de Pronto Atendimento, vinte e sete Unidades Básicas de Saúde, Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Especialidades Médicas, Saúde da Mulher (SM), Serviço de Assistência Especializada, Serviço de Nutrição, Tisiologia, Centro de Referência do Idoso, Farmácia Municipal e do Estado, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Referência de Assistência Social.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Rio Branco, está localizada no bairro Rio Branco, atende aproximadamente 20 mil usuários. A UBS é composta por quatro equipes de saúde da família, sendo quatro médicos, uma dentista, uma técnica em saúde bucal, uma auxiliar de saúde bucal, quatro enfermeiras, quatro técnicos, 23 agentes comunitários de saúde (ACS), três recepcionistas, duas auxiliares de serviços gerais.



Figura 1. Equipe da Unidade Básica de Saúde Rio Branco – 2017.

A área de atuação da UBS é dividida em quatro microáreas. Minha área abrange cerca de 5.594 usuários, sendo esses em grande parte, pacientes com hipertensão arterial sistêmica (526 usuários), Diabetes Mellitus tipo II (199 usuários). A equipe em que atuo é composta por sete agentes comunitários de saúde, uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, três secretárias e duas higienizadoras.

Na área de abrangência da UBS Rio Branco está uma Escola Municipal de Ensino Fundamental e uma Escola Municipal de Educação Infantil, contamos ainda com a Associação de Moradores e CRAS.

Realizo, em média, vinte e duas consultas clínicas diárias, além de renovações de receitas e em um turno visitas domiciliares com a equipe, além de acolhimentos de livre demanda. A maior parte das consultas ocorre na faixa etária de 30 a 80 anos, em grande parte por dores crônicas em decorrência do trabalho, hipertensão, diabetes e renovação de receitas de uso controlado.

Devido ao perfil da população atendida e a relevância do tema para a saúde pública do Brasil, foi escolhido para o projeto de intervenção a temática

sobre: Promoção de medidas para prevenção do pé diabético em paciente diabéticos tipo 2. Espera-se que tais medidas minimizem a ocorrência e as sequelas decorrentes desta doença.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Diabetes mellitus é considerado um distúrbio metabólico crônico. Caracteriza-se pela alteração no metabolismo da glicose e pode acarretar uma série de complicações sistêmicas. (BENET, 1997). É considerado um problema de saúde pública, uma vez que, possui alta prevalência e morbimortalidade, além de acarretar o desenvolvimento de complicações crônicas incapacitantes. (Assunção, 2001).

Segundo publicação do Consenso Internacional sobre Pé Diabético, o pé diabético é uma “infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos, associadas com anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores”. Este consenso estima que sua prevalência global do diabetes gira em torno de 120 milhões de indivíduos, e que 4 a 10% destes desenvolvem lesões no pé. (BRASIL, 2001).

As úlceras são as mais importantes e frequentes complicações na síndrome do pé diabético (SPD), são as principais responsáveis pela presença de infecções e amputações, sendo que, quanto antes e melhor adequado for o seu tratamento, maior é a possibilidade de sucesso e menor o risco de amputações. As principais medidas para a prevenção do aparecimento desta complicação é feita através da realização de cuidados como: higienizações diárias dos pés, evitar caminhar descalço ou com calçados impróprios e uso de calçados especiais feitos sob medida. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O pé diabético e suas complicações dependem, para sua prevenção e controle, de medidas como: educação em saúde para os usuários e sua rede de apoio, e também aos profissionais envolvidos nos cuidados destes pacientes, interação entre os diferentes membros da equipe de saúde para possibilitar uma assistência multidisciplinar ao paciente. É de extrema importância o estabelecimento de programas e projetos para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado desta complicação.

2.1 RELATO DO CASO

Dona H., 63 anos, do lar, não alfabetizada, casada, vive com o esposo Sr. N e um dos filhos, C. Mora em rua pavimentada, com água encanada e saneamento adequado. Sua residência possui cinco cômodos, pouco arejada e com condições inadequadas de higiene. Divide o dormitório com o filho, o esposo dorme em quarto separado. Possui dois cachorros que ficam no pátio da casa.

Diagnosticada com diabetes tipo 2 há aproximadamente 10 anos. Obesa, hipertensa e sedentária. Em acompanhamento comigo há 10 meses. Ao longo de todos estes anos, realiza tratamento de forma irregular, não controla a alimentação, não adota as medidas de higiene necessárias.

Anos atrás, lesionou o pé no pátio de casa, durante muito tempo foram tentadas todas as medidas para melhora da lesão, sem obter sucesso acabou evoluindo para amputação do pé direito, no ano de 2005. Apresenta diminuição global da perfusão periférica em membros inferiores e superiores, lesão ulcerada em coto do pé direito, frequentemente infectada e com áreas de necrose. Recebe, pelo menos uma vez ao mês, visita domiciliar da equipe de saúde para acompanhamento das complicações decorrentes do diabetes. Faz uso mensal de benzetacil para tentar controlar as frequentes infecções, possui indicação de realizar curativo três vezes ao dia com uso de sulfadiazina de prata.

Neste processo de acompanhamento domiciliar, o papel do agente de saúde é fundamental, uma vez que é ele que está mais próximo da realidade vivida pela paciente. Conforme relato do agente que acompanha Sra H., ela não realiza o curativo da lesão no pé conforme orientada. Faz somente duas vezes ao dia e costuma reaproveitar materiais como gazes e ataduras, lavando-os.

Dona H. é de difícil manejo, recusa-se a aceitar seu diagnóstico e apresenta bastante dificuldade para aderir ao tratamento. Devido à gravidade do seu quadro, possui indicação de amputação da perna esquerda, a qual se recusa a fazer. Por este medo da amputação, nega-se a ir ao especialista para avaliação, bem como ao hospital quando necessita.

Possui uma rede de apoio frágil. Vive com o esposo, que é alcoolista e com o filho mais novo que possui limitações cognitivas. Além deste filho, tem mais uma filha que mora em outra cidade e a visita esporadicamente. A família, apesar das limitações, apresenta um vínculo forte com a unidade de saúde e com a equipe que a atende. Semanalmente o filho vai à UBS para buscar materiais para os curativos.

Como projeto terapêutico singular para Dona H., foi estabelecido como metas, em curto prazo, manter controlada a infecção e o edema que ela apresenta em membros inferiores. Em médio prazo, trabalhar a importância da aderência ao tratamento, cuidados necessários com os membros e lesões e controle alimentar. Em longo prazo, esclarecer os riscos e benefícios da não amputação do membro afetado.

Para sucesso do planejamento foram coresponsabilizados todos os membros da família e também a paciente. Foi organizada a medicação usada por Dona H., usando símbolos para que ela consiga identificá-los e tomá-los corretamente. Seu filho ficou responsável em cuidar da alimentação e ajudar a mãe nas tarefas domésticas e a filha comprometeu-se em ser mais presente.

Semanalmente, em nosso turno de visita domiciliar, a equipe reúne-se e discute os casos. Dona H., mesmo com todo apoio da equipe, segue sem adesão ao tratamento e mantendo as mesmas práticas alimentares e de higiene. Atualmente, vem recebendo visitas semanais da enfermeira da equipe para tentar melhorar a lesão.

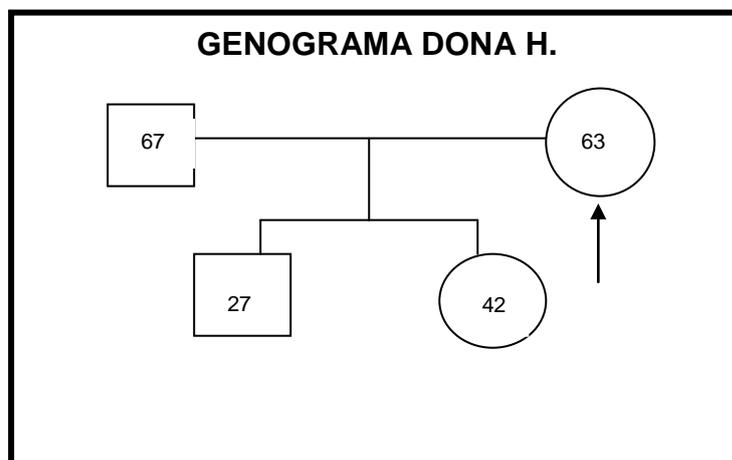


Figura 2. Genograma de Dona H.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Atualmente, a atenção à saúde mental, no âmbito da atenção básica, tem possibilitado a produção de novos modos de cuidado, uma vez que, a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe que o cuidado seja realizado conforme os princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da territorialidade. (AOSANI, 2013).

O médico da família realiza o acompanhamento dos indivíduos não só durante a doença, mas também atua na promoção e prevenção de agravos relacionados à saúde. Conhece o contexto familiar e social em que o usuário está inserido, bem como reconhece suas potencialidades e fragilidades no que diz respeito coresponsabilização do cuidado.

Desta forma, pode-se observar que existe, em situações de doença, um sofrimento psíquico que de alguma forma pode atuar como empecilho para a adesão ao tratamento ou de práticas preventivas. Publicação do Ministério da Saúde sobre vínculo trás que: “Pode-se dizer que todo problema de saúde é também - e sempre - mental, e que toda saúde mental é também - e sempre - produção de saúde”. (BRASIL, 2003).

Em nossa prática diária, vemos muitos pacientes acometidos por Diabetes Mellitus que necessitam de acompanhamento em saúde mental, tal fato pode estar relacionado ao caráter crônico da doença. Desta forma, são necessárias medidas preventivas e de promoção da saúde, bem como a realização de ações educativas sobre condições de risco, complicações e cuidados necessários.

Durante o acompanhamento do usuário portador de DM, devemos nos atentar ao estado de saúde, não só físico, mas também mental do mesmo. O diagnóstico da doença, o tratamento e os cuidados necessários com alimentação e estilo de vida acaba gerando angústias como a possibilidade de complicações graves, a incerteza de como será o futuro e a culpa por não conseguir um bom controle, quando este não está bom. (JAMA, 2014).

Segundo estudo publicado pelo The Journal of the American Medical Association (JAMA), indivíduos que apresentam DM possuem maior risco de

desenvolver depressão, ansiedade e transtornos alimentares. Estas comorbidades dificultam a adesão ao tratamento, aumentando assim, o risco de complicações graves do DM e diminuição da qualidade de vida. (JAMA, 2014).

Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado aos diabéticos devem valorizar as queixas e sinais sugestivos de depressão. Os grupos de convivência, como HIPERDIA, são uma oportunidade além do consultório de avaliar o estado mental destes pacientes e seus conhecimentos acerca da doença.

Estudo realizado por Santos et al. (2009), que objetivou descrever as expectativas de pacientes diabéticos sobre um programa de educação em saúde, evidenciou que a expectativa básica apresentada pelos pacientes foi de serem cuidados além dos aspectos biológicos, reforçando a importância da atenção integral à saúde. A realização de grupos, além de serem informativos, possibilita a troca de experiências, apoio, além de proporcionarem descontração e lazer. Todos estes fatores aumentam as chances de adesão ao tratamento e bom controle glicêmico.

Fatores comportamentais são extremamente relevantes para o autocuidado em pacientes diabéticos, assim sendo, cabe ao médico da família estar atento ao comportamento dos pacientes e promover, juntamente com a equipe multidisciplinar, ações que possibilitem que o usuário sinta-se acolhido e bem orientado.

4 VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

De acordo com Merhy (2005), as tecnologias no cuidado à saúde podem ser categorizadas em: leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves estão relacionadas à interação entre profissionais e usuários, interação essa que promove o aparecimento do vínculo profissional – paciente. As tecnologias leve-duras estão relacionadas aos conceitos e saberes estruturados. As tecnologias duras estão relacionadas aos equipamentos e máquinas usadas no diagnóstico e tratamento de doenças. O cuidado no âmbito da estratégia de saúde da família requer muito mais os elementos das tecnologias leves, uma vez que são eles que favorecem o diálogo, o vínculo e a integralidade do cuidado.

A visita domiciliar (VD) é uma tecnologia leve de extrema importância no cuidado à saúde da família. Para o paciente e seus familiares em geral, a visita representa um cuidado especial, e para a equipe possibilita conhecer a realidade de vida dos usuários e fortalecer o vínculo com as famílias, sabendo identificar suas potencialidades e dificuldades no planejamento do cuidado. (BORGES, 2011).

A VD promove um espaço de falas, escutas e interpretações. Possibilita momentos de cumplicidade entre usuário e equipe, aproximando os profissionais do modo de vida das famílias permitindo uma aproximação com os fatores relacionados ao processo saúde-doença no âmbito familiar. (TAKAHASHI, 2001). Abrir suas casas para receber uma equipe de saúde faz com que os usuários sintam-se cuidados com maior proximidade, afasta um pouco a imagem de profissional-paciente que muitas vezes é mantida dentro de um consultório.

A VD envolve o planejamento e a realização de ações de educação em saúde, orientações, ensinar procedimentos técnicos à família e também a realização destes pelos profissionais no domicílio do paciente. (LACERDA, 2006). As visitas domiciliares são definidas conforme a necessidade dos pacientes. Há uma lista de pacientes crônicos, que recebem, pelo menos, uma visita ao mês, caso haja necessidade realizam-se visitas semanais.

Em reunião de equipe são discutidos os casos dos pacientes e definidos os que serão visitados na semana. Na UBS Rio Branco, as visitas domiciliares são realizadas pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente de saúde e ocorrem na quarta-feira pela manhã. São agendadas de quatro a cinco atendimentos para um turno de VD.

Existem ainda, outros momentos onde as visitas são realizadas somente pela enfermagem (técnico de enfermagem e/ou enfermeira): aferição de sinais vitais, principalmente para idosos com dificuldade de locomoção; troca de curativos de pacientes que não possam ir até à UBS; administração de medicamentos EV e IM; orientações pós parto e amamentação; visitas para questões relativas à epidemiologia; avaliação de alguma situação de urgência até a chegada do SAMU.

A visita domiciliar deve ser planejada com antecedência uma vez que a equipe deve ter claro os objetivos da visita (assistencial, educativa, de avaliação, entre outros); reunir os dados sobre o paciente ou família que irá visitar, levar materiais e medicações apropriadas para o atendimento do caso, providenciando aqueles que não estejam disponíveis na maleta de atendimento domiciliar.

Deve-se também aproveitar esta oportunidade para conhecer e compreender o modo de vida do usuário e sua família, conhecer o ambiente e observar as relações intrafamiliares. Podem ser abordados, se identificados, problemas sociais e emocionais, particularidades que podem viabilizar que as orientações sejam mais direcionadas e que se faça um cuidado singular. (SAKATA et al., 2007). É fundamental coresponsabilizar os usuários e/ou seus cuidadores com seus cuidados de saúde.

Em casos de pacientes crônicos, como os que apresentam lesões decorrentes da diabetes, deve orientar o usuário e seus familiares sobre os cuidados com as lesões, realização de curativos, alterações que devem ser comunicadas entre outras particularidades. A visita domiciliar não deve ter somente o caráter curativo, mas também educativo e preventivo, é a oportunidade que a equipe tem de orientar os usuários no contexto dos seus lares.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

A realização do curso, bem como a elaboração do projeto de intervenção e posteriormente a construção deste portfólio, possibilitou momentos de reflexão a equipe de saúde responsável pelo cuidado ao usuário. Houve envolvimento de toda equipe na elaboração do projeto de intervenção, cuja temática foi escolhida devido à alta incidência de pacientes que apresentam Síndrome do Pé Diabético, em nosso território.

O desenvolvimento do projeto objetivou realizar a promoção de medidas de prevenção contra o surgimento de úlceras nos pés dos pacientes acometidos pelo Diabetes tipo 2. Para tanto, foram realizadas ações educativas que envolveram tanto a equipe de saúde, quanto os usuários que já possuem úlceras nos pés. Os profissionais foram orientados, dentro das suas competências, a identificar e manejar corretamente situações de risco de desenvolvimento de lesões.

Neste sentido, destaca-se a importância da realização do levantamento realizado com os usuários portadores de diabetes tipo 2, de forma que, ao conhecê-los pode-se direcionar melhor o olhar durante os atendimentos e também na realização das visitas domiciliares feitas pelos agentes de saúde. O papel dos agentes de saúde é fundamental, pois são eles que realizam um acompanhamento mais próximo ao usuário, conhecendo suas potencialidades e fragilidades para se responsabilizar por seu cuidado. Por isso, é de extrema valia que os agentes de saúde também saibam identificar alterações que possam evoluir para uma úlcera. A intervenção no momento oportuno pode prevenir a ocorrência de complicações, como amputações, e evitar que os que apresentam risco para o desenvolvimento sejam acompanhados de perto.

A construção do presente trabalho possibilitou a reflexão sobre a importância do vínculo que o médico de família deve desenvolver com seus usuários. O usuário precisa enxergar em seu médico de família, um profissional que o acompanha não somente nos momentos de doença, mas também na prevenção de agravos e na educação em saúde.

Uma boa relação profissional/usuário abre um mundo de possibilidades, desde que o profissional saiba respeitar as individualidades e particularidades

de cada família. As orientações sempre devem ser adequadas ao contexto social e econômico em que os usuários estão inseridos. As visitas domiciliares são fortes aliadas para que se tenha esse conhecimento e para que se possa pensar e discutir com a equipe de saúde um plano de cuidados individualizado para cada usuário. Além de corroborar com o princípio da integralidade, onde o indivíduo será cuidado em todos os aspectos que se referem a sua saúde.

Finalizo a realização da atividade, bem como o curso, com um olhar diferenciado sobre a saúde da família e o papel do médico no cuidado aos usuários e famílias de sua área adstrita. As reflexões necessárias para a realização das atividades propostas durante o curso suscitaram inquietações não só em mim, mas em toda equipe de saúde, que está com um olhar mais atento e crítico em relação às questões de saúde dos usuários.

REFERÊNCIAS

AOSANI, Tânia Regina; NUNES, Karla Gomes. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Psicol. Saúde. Campo Grande**, v. 5, n. 2, p. 71-80, dez. 2013.

ASSUNCAO, Maria Cecília F; SANTOS, Iná da Silva dos; GIGANTE, Denise P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 88-95, Fev. 2001.

BENNETT, J.C.; PLUM, F. **Cecil - Tratado de Medicina Interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap. 205, p. 1391-1413.

BORGES, Renata and D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. **Interface (Botucatu)** [online]. 2011, vol.15, n.37, pp. 461-472.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Consenso Internacional sobre Pé Diabético**. Brasília; 2001. (p. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessário**. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Brasília, 2003.

CANOAS. Site da internet: <http://www.canoas.rs.gov.br/site/home>

LACERDA, Maria Ribeiro et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saude soc**. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, Ago., 2006.

MERRHY, EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

NEWS.MED.BR, 2014. Site da internet. **JAMA: doenças mentais associadas ao diabetes mellitus**. Disponível em: <<http://www.news.med.br/p/saude/554817/jama-doencas-mentais-associadas-ao-diabetes-mellitus.htm>>. Acesso em: 2 mar. 2018.

SANTOS, MA, Péres DS, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS. Programa de Educação em Saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos. **Rev. enferm. UERJ**; 17(1): 57-63, jan.-mar. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Maioria dos casos de amputação de pernas e pés é por falta de cuidados com o diabetes**. São Paulo, 2014.

TAKAHASHI, RF; OLIVEIRA, MAC. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto8_1.asp.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

Clari Terezinha Mazetto

**PROMOÇÃO DE MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO EM
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DA UBS RIO BRANCO**

Canoas, Novembro 2017

RESUMO

Pretende-se com esse projeto de intervenção atuar sobre uma das maiores consequências do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), que é a Síndrome do Pé diabético (SPD), sendo essa um problema que já acomete a milhões de pessoas no Brasil e no mundo. Este projeto de intervenção terá como enfoque as causas; cuidados; consequências, mas, principalmente, a prevenção da SPD, baseando-se em referências especializadas no cuidado ao Pé Diabético, como o Manual do Pé Diabético do Ministério da Saúde. Propõe-se a realização deste projeto de intervenção em oito momentos, sendo eles: O de apresentação do projeto para a equipe; De elaboração de estratégias e o desígnio das funções; De cadastramento dos pacientes diabéticos; De classificações dos pacientes segundo os graus de lesões; De orientações e de medidas apropriadas; De reavaliações periódicas com coletas de dados; De reformulações de condutas e o de análises e formulações de conclusões, visando assim, diminuir o risco de amputações nos pacientes diabéticos tipo 2 da UBS Rio Branco.

Palavras Chaves: Atenção Básica; Pé Diabético; Consequências do Diabetes; Prevenção.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
2. OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	24
4. METODOLOGIA.....	26
5. CRONOGRAMA.....	28
6. RECURSOS	29
6.1 RECURSOS HUMANOS.....	29
6.2. RECURSOS MATERIAIS.....	29
7. RESULTADOS ESPERADOS	30
REFERÊNCIAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Rio Branco, está localizada no Bairro rio Branco na cidade de Canoas-RS, atende aproximadamente 5.294 usuários e até o momento dispõe de sete Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Dentre as doenças que pode ser observada com maior frequência nesta UBS, encontra-se o DM2.

A presença da alta incidência do DM2 é observada não apenas na UBS Rio Branco, mas, no país e no mundo todo. Segundo o Ministério de Saúde (MS) foi estimado que existissem em 2012 aproximadamente 10 milhões de pessoas apenas no Brasil e 250 milhões de pessoas no mundo com o DM2 (BRASIL, 2012).

Os pacientes portadores do DM2 com níveis glicêmicos mal controlados cursão com complicações crônicas que normalmente são silenciosas e que podem ser mortais, essas complicações são classificadas em micro e macrovasculares (BRASIL, 2013). Entre as complicações microvasculares se encontra uma das complicações mais frequente e relevante por poder chegar a aumentar em até 40 vezes o risco de amputação de membros inferiores, a (SPD) (BRASIL, 2013).

A SPD é vista quase que cotidianamente na atuação da atenção básica, gera um cenário preocupante, porém, felizmente essa situação pode ser revertida com o devido manejo e o apropriado acompanhamento destes pacientes, pois como afirma o MS (2016 apud MCCABE et al., 1998): “há evidências consistentes de que programas organizados de avaliação e acompanhamento de pessoas com DM2 para lesões de Pé Diabético reduzem as taxas de amputações, quando comparados ao cuidado convencional”, sendo assim, é cabível e necessário a realização de um projeto intervencionista que possa ser aplicado na prática da atenção básica e que proporcione um aumento da prevenção e a minimização do número de pacientes diabéticos da UBS Rio Branco com essa complicação crônica.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Promover medidas que previnam o surgimento de úlceras nos pés dos pacientes diabéticos tipo 2 da UBS Rio Branco.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores que participam no surgimento da SPD nos pacientes da UBS Rio Branco.
- Detectar precocemente possíveis diminuições da sensibilidade e/ou surgimentos de lesões nos pés dos pacientes DM2 da UBS Rio Branco.
- Coordenar o cuidado dos pacientes acometidos, realizando condutas coletivas e individualizadas.
- Monitorar os resultados obtidos através de reavaliações periódicas.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a SPD é definida como uma complicação crônica do DM2 que se caracteriza por uma infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e a doença vascular periférica nos membros inferiores (UNIFESP, 2017).

De acordo com a Universidade de São Paulo (USP) 15% dos portadores de DM2 desenvolveram úlceras nos pés (USP, 2017). Isso significa que em 2012 já atingia aproximadamente 1.500.000 brasileiros. A USP afirma ainda que dentre os fatores de riscos para a formação das úlceras nos pés dos pacientes diabéticos o fator com maior relevância e prevalência é sem dúvida a presença de neuropatia (USP, 2017).

Os fatores que favorecem ao aparecimento da neuropatia (doença dos nervos), segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) são: A hipertrigliceridemia (nível elevado de triglicérides no sangue), o tabagismo, o excesso de peso, a pressão alta e o estado hiperglicêmico (alto nível de açúcar no sangue) nos pacientes, tal estado também é tido como o principal fator responsável por ocasionar as vasculopatias (doenças dos vasos sanguíneos), tornando assim, as cicatrizações morosas e provocando o quadro clínico da SPD (SBD, 2014).

O quadro clínico da SPD é caracterizado por apresentar sinais e sintomas como: Sensações de dormência, formigamento, queimação e “agulhadas” nos pés; Dores; Perda parcial da sensibilidade; Deformidades anatômicas; Alterações na marcha, além de poder estar associado a: Abscessos; Gangrena (destruição de tecidos mais profundos); Artropatia de Charcot (deformidade ósteo-articular) e ulcerações (feridas abertas) (SBD, 2014).

Está comprovado de que as úlceras são as mais importantes e frequentes complicações na SPD, sendo elas as principais responsáveis pela presença de infecções e amputações, sendo que, quanto antes e melhor adequado for o seu

tratamento, maior é a possibilidade de sucesso e menor o risco de amputações (SBD, 2014).

As principais medidas para prevenir a instalação da SDP, segundo a SBD (2014) é através da realização de alguns cuidados como higienizações diárias dos pés, evitar caminhar descalço ou com calçados impróprios e uso de calçados especiais feitos sob medida se necessário.

O diagnóstico da SPD é realizado de forma clínica, através da observação de alterações neurológicas, vasculares e mecânicas nos pacientes portadores de DM. A avaliação deve ser feita:

[...] com dois instrumentos; o diapazão de 128 Hz e o monofilamento de Semmes-Weinstein de 10g. Inicialmente, aplica-se o monofilamento perpendicularmente à superfície da pele com força suficiente para encurvá-lo na mão, cotovelo, ou frente do paciente para que ele saiba que vai ser testado. O filamento é então aplicado nas áreas plantares do hálux, e as cabeças dos 1º e 3º 5º metatarsianos, não excedendo o tempo de 2 segundos. A aplicação é repetida 2 vezes no mesmo local, alternando com pelo menos, 1 aplicação simulada, fazendo-se 3 perguntas por local de aplicação. A sensibilidade é considerada positiva quando o paciente responder corretamente a 2 das 3 aplicações e, ausente, se 2 das 3 perguntas forem respondidas de maneira incorreta. Teste da percepção vibratória com Diapasão 128 Hz. Inicialmente, o diapasão deve ser aplicado sobre alguma proeminência óssea, articulação interfalangeana dos dedos da mão, cotovelo ou clavícula do paciente para que ele perceba o tipo de sensação testada (vibração presente versus ausência de vibração), faz-se importante a confirmação da percepção presente ou ausente. O diapasão deve ser aplicado sobre a parte óssea dorsal da falange distal do hálux, sem que o paciente veja, de forma perpendicular e constante, por 2 vezes, alternando-se com, pelo menos, uma simulação. O teste é considerado positivo quando o paciente responde corretamente a pelo menos, 2 das 3 aplicações, e negativo, ou em risco de ulceração, com 2 de 3 respostas incorretas. Caso o examinador encontre resultado negativo neste teste e queira delimitar o nível de insensibilidade, pode pesquisar também os maléolos medial e lateral e, ascendendo até a tuberosidade tibial. A pesquisa de DAP é realizada pela palpação dos pulsos podálicos pedioso e tibial posterior, e, na diminuição ou ausência destes, faz-se a suspeita de DAP. Quando possível, determinar o Índice Tornozelo-Braço. (SBD, 2014).

4. METODOLOGIA

Corresponde-se a um projeto de intervenção que se tange na pratica da atenção básica na UBS Rio Branco da cidade de Canoas – RS, tendo como principio de metodologia à aplicação dos protocolos para diagnóstico e tratamento do Pé Diabético descritos no **Manual do Pé Diabético** do Ministério da Saúde.

O **primeiro momento** a ser executado é a realização de uma reunião com todos os membros da Equipe com o intuito de apresentar o projeto e coletivizar a metodologia e as metas esperadas.

O **segundo momento** é a elaboração de estratégias e o desígnio das funções a serem realizadas por cada membro da equipe.

O **terceiro momento** a ser realizado é o cadastramento dos pacientes diabéticos tipo 2 da UBS Rio Branco neste projeto de intervenção.

O **quarto momento** consistisse em uma avaliação minuciosa dos pacientes diabéticos tipo 2 com intuito de classifica-los segundo o grau de lesão em um dos seguintes grupos: “A”: sem alterações visíveis; “B”: com baixa diminuição da sensibilidade (em apenas um ponto); “C”: com moderada diminuição da sensibilidade (em dois a três pontos); “D”: com severa diminuição da sensibilidade (em quatro ou mais pontos) e em “E”: com lesão de pele e/ou tecidos.

O **quinto momento** compõe-se em passar orientações e realizar medidas apropriadas a cada grupo em específico, visando atender as necessidades dos pacientes de cada grupo em particular.

O **sexto momento** baseasse em reavaliar periodicamente os pacientes, coletando dados e verificando se há persistência ou agravamento no estado de acometimento da síndrome do pé diabético.

O **sétimo momento** acarreta em reformular as condutas de acordo com os resultados dos dados obtidos, adaptando-as conforme as necessidades identificadas e objetivando minimizar os efeitos dos acometimentos.

O **oitavo momento** será de uma nova reunião em equipe para analisar os resultados finais e assim formular conclusões concernentes.

5. CRONOGRAMA

Ações	Dez/17	Jan/17	Fev/18	Mar/18	Abr/18
Reunião de equipe para a apresentação do projeto.	X				
Elaboração de estratégias e o desígnio das funções.	X				
Cadastramento dos pacientes no Projeto de intervenção.	X				
Avaliação e classificação dos pacientes em grupos.	X				
Orientações e medidas a cada grupo.	X	X	X		
Reavaliações periódicas e coletas de dados.		X	X	X	
Reformulação de condutas.				X	
Analises de resultados finais e formulações de conclusões.					X

6. RECURSOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Toda uma equipe de saúde da família, a qual inclui a médica, a enfermeira, a técnica de enfermagem e sete agentes comunitárias de saúde.

6.2. RECURSOS MATERIAIS

- Unidade de Saúde da Família (com sala de reunião)
- Manual do Pé Diabético
- Caderno da Atenção Básica: Diabetes Mellitus.
- Estesiômetros
- Computadores

7. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com esse projeto de intervenção prevenir aparecimentos e realizar diagnósticos precoces da SPD ao máximo possível de pacientes diabéticos tipo 2 da UBS Rio Branco, invertendo assim o curso patológico da doença e alcançando transformações benéficas em suas vidas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portal Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde: Diabetes**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/diabetes>. Acessado em: 30 Out. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Cadernos da atenção básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. 1^o edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf. Acessado em: 30 Out. 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Pé Diabético**. São Paulo, 2017. Disponível em: <http://wifesp.br/denf/NIEn/PEDIABETICO/mestradositecopia/pages/pediabetico.html>. Acessado em: 01 Nov. 2017

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Feridas Crônicas, Prevenção e Tratamento: Pé Diabético/ Módulo de ensino/ Epidemiologia**. São Paulo, 2017. Disponível em: http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridascrônicas/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=56. Acessado em: 01 Nov. 2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Maioria dos casos de amputação de pernas e pés é por falta de cuidados com o diabetes**. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/publico/para-voces/sbd-na-imprensa/713-maioria-dos-casos-de-amputacao-de-pernas-e-pes-e-por-falta-de-cuidados-com-o-diabetes>. Acessado em: 02 Nov. 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Pé Diabético**. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf. Acessado em: 02 Nov. 2017