

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PATRÍCIA VIOTTI CORRÊA

PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃ DA AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PATRÍCIA VIOTTI CORRÊA

PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃ DA AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof^o. Orientador: Inácio Alberto Pereira Costa

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO** de autoria do aluno **PATRÍCIA VIOTTI CORRÊA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Profº Me. Inácio Alberto Pereira Costa
Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014
DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha família que tanto me apoiou nesse momento, fazendo com que fosse possível concluir essa etapa.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	02
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	05
3 MÉTODO.....	11
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	21

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Áreas de risco de úlcera em pacientes diabéticos	07
Figura 2. Cartilha	15
Figura 3. Dobrando a cartilha	15
Figura 4. Orientando os cuidados com os pés	16
Figura 5. Atenção aos sapatos	17

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Fatores de risco para úlcera de pé e amputação	06
Quadro 2. Vias de ulceração para o pé diabético	08
Quadro 3. Classificação de risco de complicações em MMII	13
Quadro 4. Fluxo para encaminhamento de portadores de feridas para a atenção secundária	20

RESUMO

A avaliação do pé diabético é uma medida preventiva fundamental para a identificação de vias de ulceração do mesmo, que pode ser causada pela neuropatia, angiopatia, limitação da mobilidade articular, pelo uso de calçados inadequados, não adesão ao tratamento e educação terapêutica precária. Com o número crescente de amputações em extremidades inferiores, faz-se necessário desenvolver um trabalho visando prevenir ou retardar as complicações crônicas, incentivando o controle da doença. A avaliação dos pés visa identificar os fatores de risco, bem como desenvolver uma atividade educativa. Com essa finalidade este trabalho tem como premissa a criação de uma cartilha, como proposta de recurso tecnológico didático, para reforçar o autocuidado do diabético com os pés e orientações com relação aos calçados, que será entregue ao paciente após a consulta.

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus doença crônica com prevalência crescente e de grande importância para a saúde pública. De acordo com a WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999 apud BRASIL, 2013, p.19) o diabetes mellitus é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas caracterizadas por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), estima-se que em 1985 havia 30 milhões de adultos diabéticos no mundo; que em 1995 já eram 135 milhões, chegando em 2002 a 173 milhões. A projeção é de 300 milhões em 2030. Temos quatro tipos de diabetes, sendo a maioria de diabetes mellitus tipo 2, atingindo uma média de 90%.

Com diversos acontecimentos no cotidiano profissional, pode ser observado que as condições crônicas de saúde exigem cuidados permanentes, visando diminuir agravos que acometem os pacientes portadores desta enfermidade. Tal situação despertou atenção da equipe de profissionais, que buscou apontar tal problema estatisticamente, verificando que essa era a principal causa de complicação aos pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Pampulha, em Belo Horizonte. Sendo assim, buscou-se sistematizar a avaliação dos pés e elaborar uma cartilha com orientações para os cuidados para esses membros. Verificamos que muitos pacientes não tinham cuidados com os pés e não sabiam das complicações que poderiam acontecer com eles e outros que não se reconhecem portadores de tal patologia. Para a Organização Mundial de Saúde (2003) as condições crônicas são prolongadas e requerem uma estratégia de atenção que reflita esta circunstância e esclareça as funções e responsabilidades dos pacientes no gerenciamento de seus problemas de saúde.

O diabético pode perder a sensibilidade nos pés, desenvolver deformidades e sofrer traumas superficiais e só procurar atendimento quando o quadro se agravar. Segundo o Consenso Internacional sobre pé diabético (2001, p. 12) a maioria dos diabéticos não recebe inspeção nem cuidados regulares. Faz-se necessária a prevenção, a educação do paciente e dos profissionais, a monitorização, o tratamento e encaminhamento para a atenção secundária, quando necessário. A

maioria das úlceras pode ser tratada ambulatorialmente e requerem de 6 a 14 semanas para cicatrizar. Quanto mais rápido iniciarmos os cuidados com esse pé, teremos mais chances de evitar uma amputação.

Com o número crescente de complicações e amputações, percebe-se a necessidade de desenvolver um trabalho preventivo com os indivíduos portadores de diabetes. A prevalência de úlceras nos pés atinge 4% a 10% das pessoas portadoras de diabetes, segundo o Consenso Internacional sobre o Pé Diabético (2001, p. 20). No Brasil, estima-se 40.000 amputações por ano em diabéticos. As faixas etárias que apresentaram maior percentual quanto ao número de amputação foram de 70 a 80 anos (37,5 %) e 60 a 70 anos (26,9%). Justifica-se essa incidência pela evolução crônica da doença e aumento da expectativa de vida da população. A prevalência das amputações ocorre mais em homens (58,9%) do que em mulheres (41,1%); tal fato relaciona-se ao autocuidado realizado pelas mulheres e procura pelo serviço de saúde. A maioria das recorrências de amputações ocorreu em um período menor que seis meses (TAVARES et al., 2009).

Diante desta situação, pretende-se criar material didático pedagógico da unidade, buscando orientar os pacientes, enfatizando a importância do autocuidado. A cartilha será entregue após a consulta de enfermagem, sendo apontados os cuidados diários que o paciente deverá realizar em sua residência, e quais são os sinais e sintomas de anormalidades. Este paciente será avaliado sistematicamente nas consultas mensais ou quando necessário. Este acompanhamento, juntamente com a cartilha, irá reforçar os cuidados domiciliares, a partir das informações que ele terá em mãos.

Este trabalho busca especificamente classificar os pés dos pacientes e avaliar a periodicidade do acompanhamento, também orientar sobre os cuidados com os pés e calçados adequados, reconhecer pacientes mais vulneráveis, estimular o autocuidado e realizar encaminhamentos necessários.

Cabe a Equipe de Saúde da Família (ESF) orientar, instruir, acolher as demandas, vincular o paciente à equipe, estimular o autocuidado, prevenir ou retardar o surgimento das

complicações, avaliar vacinação, orientar o sexo seguro, estimular alimentação saudável, convidar para os grupos operativos e encaminhar para especialidades (oftalmologia, endocrinologia, nutrição, psicologia, assistente social, educador físico, farmacêutico, etc.).

As mudanças de hábitos de vida do paciente são necessárias para que possa obter melhor qualidade de vida em seu dia a dia. A prática de atividade física, a alimentação adequada, a perda de peso, a adesão ao tratamento medicamentoso, o abandono do tabagismo, controle da glicemia, o vínculo com a ESF e o autocuidado podem transformar a qualidade de vida desse paciente.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O diabetes é uma doença crônica não transmissível, caracterizada pela hiperglicemia resultante do déficit de efetividade da insulina (pela redução da secreção, ação ou ambos). É uma doença de prevalência crescente e de grande importância na saúde pública (SMS/BH, 2010). São quatro os tipos de diabetes: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos e o DM gestacional.

O DM tipo 1 está presente em 5 a 10% dos casos e é o resultado da destruição das células beta pancreáticas com consequente deficiência de insulina. Podem desenvolver cetoacidose e apresentam graus variáveis de insulina (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). É o tipo mais agressivo, causa emagrecimento rápido. Ocorre mais na infância e adolescência. O DM tipo 2 representa 90 a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção de insulina. A maioria dos pacientes com DM 2 apresenta sobrepeso e obesidade. Geralmente ocorre por volta dos 40 anos e não dependem da insulina exógena para sobreviver, porém podem necessitar de tratamento com a mesma para obter controle metabólico adequado (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

É de prevalência crescente devido ao envelhecimento da população, falta de atividade física levando ao sedentarismo e obesidade como também mudanças nos padrões alimentares. As complicações afetam o coração, rins, olhos, nervos, vasos sanguíneos e os pés. As complicações com os pés representam 40 a 70% de todas as amputações de extremidades inferiores, destas 85% são precedidas de uma ulceração. Os fatores mais importantes relacionados ao desenvolvimento de úlceras são a neuropatia periférica, traumas e deformidades nos pés (CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE O PÉ DIABÉTICO, 2001, p.12).

Já Pedrosa (1998) denomina como pé diabético um estado fisiológico multifacetado, caracterizado por lesões que surgem nos pés da pessoa com diabetes e ocorrem como consequência de neuropatia em 90% dos casos, de doença vascular periférica e de deformidades.

Faz-se necessária então a avaliação dos pés dos portadores de diabetes com vistas a mudar o quadro atual de amputações, e, sendo a prevenção de baixo custo, proporciona ao paciente oportunidade de viver com qualidade, trabalhar, conviver melhor com a família e se autocuidar.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), a cada minuto ocorrem duas amputações no mundo tendo como causa complicações da diabetes, além da mutilação essas úlceras com infecção, são causas mais comuns de internações prolongadas, gerando custos elevados para este tratamento.

Quadro 01 – Fatores de risco para úlcera de pé e amputação

Fatores de risco para úlcera e amputação
<ul style="list-style-type: none"> - Amputação prévia - História de ulceração prévia - Duração do DM superior a 10 anos - Neuropatia periférica - Deformidade dos pés - Diminuição da acuidade visual - retinopatia - Uso de calçados inadequados - Doença arterial periférica - Nefropatia diabética (principalmente usuários em tratamento dialítico) - Mau controle glicêmico – HbA1c > 7% - Tabagismo

Fonte: American Diabetes Association, 2012/ Boulton, 2008.

O controle da glicemia é essencial para o tratamento do DM. Estando bem controlado o paciente previne complicações agudas e crônicas mantendo-se assintomático. A neuropatia é uma das complicações mais comuns do diabetes. As lesões nos pés resultam de uma combinação de dois ou mais fatores de risco (BRASIL, 2013, p. 47). Alguns desses fatores estão listados no quadro 01, acima.

A Neuropatia diabética provoca perda da sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa. Vários são os sintomas relatados, tais como: dormência ou queimação, formigamento, pontadas, choques, agulhadas, desconforto ou dor ao toque dos lençóis. Ocorre mais em membros inferiores, podendo acontecer em membros superiores. Já na neuropatia motora ocorre atrofia da

musculatura do pé, deformidades ósseas (joanetes, dedos em garra ou em martelo, pé de “charcot”) e calosidade. Na neuropatia autonômica, diminuição da sudorese com ressecamento da pele e fissura e alteração da regulação do fluxo sanguíneo (LOPES, 2003).

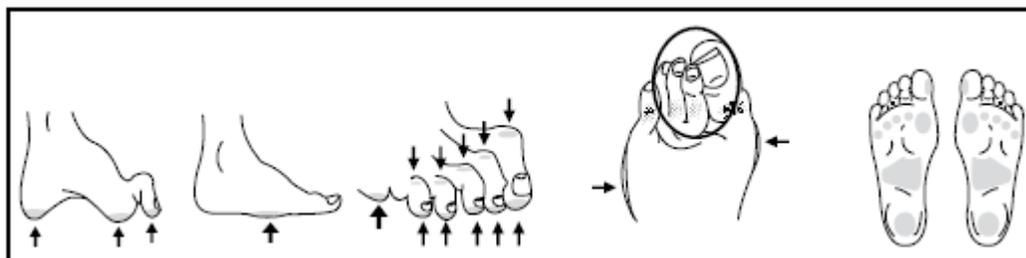
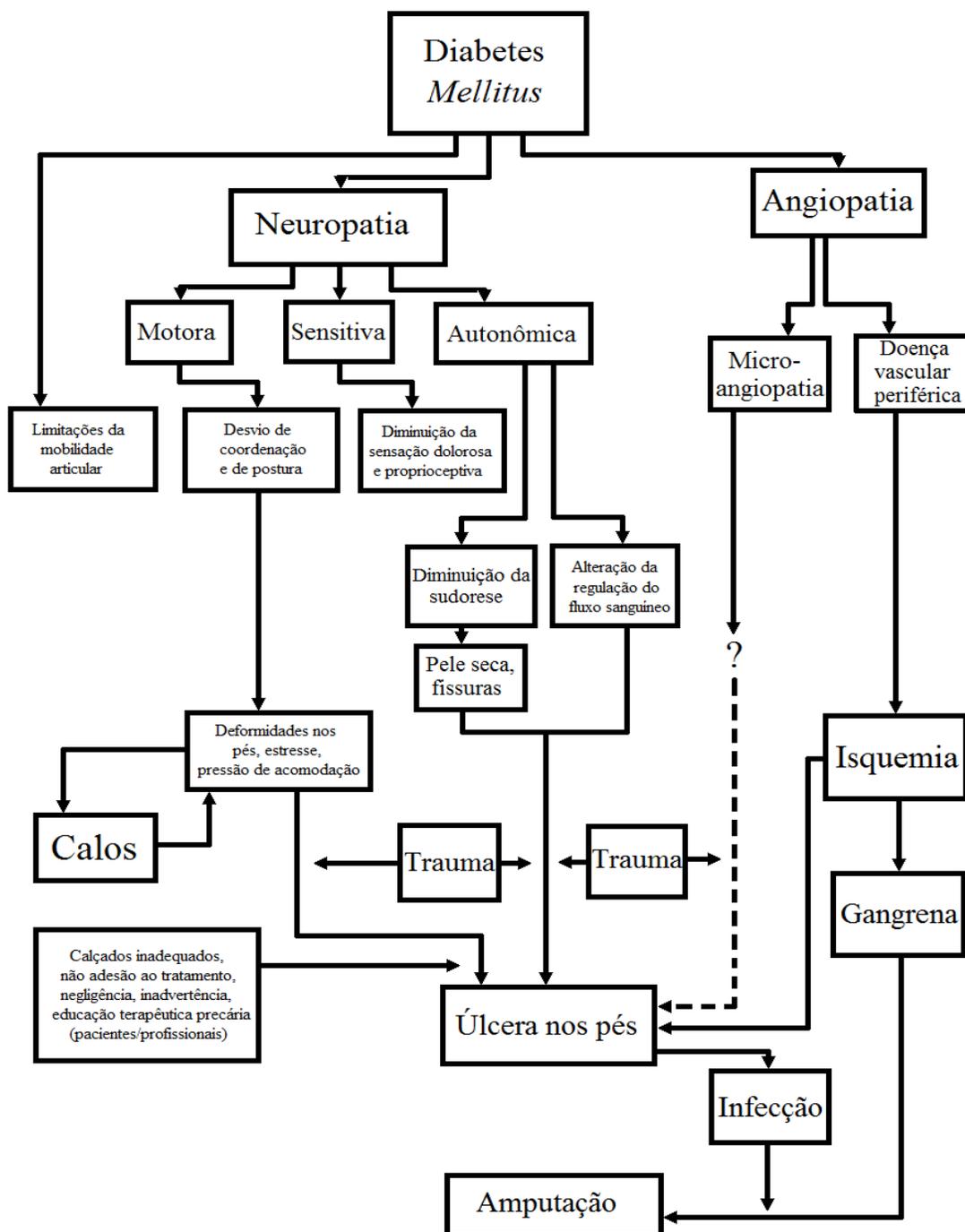


Figura 1 - Áreas de risco de úlcera em pacientes diabéticos PP anormal em calcâneo, acentuação do arco, proeminência de metatarsos; arco desabado (Charcot), PP na região dorsal dos dedos, valgismo (que não é específico do DM) e porfim, áreas plantares vulneráveis. PP: Pressão plantar . (Diretrizes SBD, 2009, p.135).

A neuropatia sensitivo-motora e a autonômica são a causa mais importante das úlceras diabéticas. A neuropatia sensitiva está associada à perda da sensibilidade dolorosa, percepção da pressão, temperatura e da propriocepção. Devido à perda dessas modalidades, os estímulos para percepção de ferimentos ou traumas estão diminuídos ou nem são perceptíveis, o que pode resultar em ulceração. Geralmente, admite-se que a neuropatia motora acarrete atrofia e enfraquecimento dos músculos intrínsecos do pé, resultando em deformidades, em flexão dos dedos e em um padrão anormal da marcha. As deformidades resultarão em áreas de maior pressão, como, por exemplo, sob as cabeças dos metatarsos e dos dedos. A neuropatia autonômica conduz a redução ou à total ausência da secreção sudorípara, levando ao ressecamento da pele, com rachaduras e fissuras. Além disso, há um aumento do fluxo sanguíneo, através dos *shunts* arteriovenosos, resultando em um pé quente, algumas vezes edematoso, com distensão das veias dorsais. (Consenso Internacional do pé diabético, 2001, p.27).

A neuropatia é a complicação mais comum do diabetes levando a perda da sensibilidade protetora, fazendo com que o paciente fique vulnerável a traumas e úlceras. A ND pode ser motora, sensitiva e autonômica como explicado acima.

Quadro 02 - Vias de ulceração para o pé diabético.



Fonte: Consenso Internacional sobre Pé Diabético, 2001, p. 29.

O quadro 2 demonstra as vias de ulceração para o pé diabético, que pode ser causado pela neuropatia (motora, sensitiva ou autonômica) , angiopatia (micro angiopatia ou DVP) , pela limitação da mobilidade articular, pelo uso de calçados inadequados , não adesão ao tratamento e educação terapêutica precária.

Em um estudo realizado com 101 pessoas com diabetes tipo 2, em duas Unidades Básicas Distritais de Ribeirão Preto, constatou-se que a prevenção e/ou identificação precoce das complicações nos pés são de extrema necessidade. Fatores externos identificados poderiam ser resolvidos e monitorados com ações de baixa complexidade. As autoras reforçam que o enfermeiro deveria ser o responsável por rastrear e monitorizar os pés de risco identificados, reforçando as orientações de auto cuidado e bom controle metabólico (OCHOA-Vigo e al, 2006).

Em outro estudo epidemiológico transversal, realizado em 4 hospitais com especialização em cirurgia vascular, de Pernambuco, com 214 portadores de pé diabético, 50% foram submetidos a alguma amputação de membros inferiores, chegando-se a conclusão que a prevenção dessas poderia ser alcançada na atenção básica, utilizando-se meios simples como anamnese, avaliação de sensibilidade protetora dos pés e exame dos pulsos distais. Com essas medidas de baixo custo e efetivas, os pacientes de risco poderiam ser acompanhados periodicamente na atenção básica e encaminhados para a especialidade em tempo oportuno (SANTOS et al. 2013).

Esses estudos realizados demonstram a necessidade de avaliação periódica dos pés na Unidade Básica de Saúde, usando medidas efetivas e de baixo custo , existentes na unidade. A identificação precoce de complicações com os pés poderá prevenir amputações e as orientações com os pés estimular o autocuidado dos usuários.

A consulta de enfermagem é um fator importante e instrumento de proteção ao agravamento dos riscos e complicações, colaborando com o cuidado, educando e motivando o outro a participar do processo saúde – doença, aprendendo o autocuidado dos pés, ajudando na adesão ao tratamento (OCHOA-VIGO; PACE, 2005). A prevenção é a forma mais eficaz e simples de evitar complicações e amputações nos pés. O enfermeiro deve, como educador,

orientar sobre os cuidados com os pés e estimular o autocuidado e adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos. O objetivo principal da educação é sensibilizar e mudar atitude do indivíduo.

O enfermeiro tem um papel importante no processo de cuidado desses pacientes. Após avaliar os pés e detectar os riscos, deverá orientar para prevenir o aparecimento de lesões, incentivar o autocuidado, criando um plano de cuidados individuais e metas para um bom controle glicêmico. Torna-se necessário o envolvimento da ESF para acompanhar a evolução do paciente.

O programa de Saúde da Família foi implantado há mais de duas décadas, em algumas localidades no Brasil, e vem se consolidando como uma estratégia de reorientação das práticas assistenciais. A cada momento, evidencia-se a necessidade de intervir no processo de produção de serviços e no trabalho dos profissionais, redefinindo-se objetos, métodos e instrumentos, na perspectiva do enfrentamento dos problemas impostos por essa realidade. Faz-se necessário repensar as práticas de trabalho, adotar metodologia, instrumentos e conhecimentos diferentes dos atualmente instituídos (VILLAS BOAS, 2008).

3 MÉTODO

O presente trabalho tem como produto um recurso tecnológico ou material educativo – tecnologia de cuidado de educação. Durante o curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem foi possível ampliar os conhecimentos das doenças crônicas e desenvolver um projeto de intervenção na prática profissional. A partir das informações do módulo X: “Desenvolvimento do processo de cuidar”, poderíamos optar por uma intervenção na prática profissional. A prática escolhida foi a de tecnologia de educação, como forma terapêutica e na prestação de informações. O produto é uma cartilha com orientações e cuidados para os pés. Durante os grupos realizados na UBS percebemos a falta de conhecimento sobre esses cuidados e que os pés não eram avaliados como rotina na unidade. Também foi observada a demanda de curativos nos pés. Os pacientes chegam com feridas extensas e de longa data. Muitos desconhecem que o diabetes mal controlado possa levar a amputação dos dedos e pés. Alguns, apesar de casos na família, não se dão conta que podem prevenir ou retardar a doença.

Pretende-se com esse projeto contribuir para a nossa prática profissional e aumentar a adesão do diabético em seu autocuidado, fazendo com que melhore a qualidade de vida, prevenindo ou retardando as complicações crônicas e incentivando o controle da doença.

No que se refere aos processos éticos que envolveram todo o processo de construção deste trabalho, ressalta-se que por se tratar de uma pesquisa, este projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos em questão ou descrição sobre as situações assistenciais.

Trata-se de um projeto de intervenção que acontecerá em uma Unidade Básica de Saúde, onde serão avaliados os pacientes diabéticos da área de abrangência de uma ESF, com uma população de 3221 pessoas cadastradas no Gestão da Prefeitura de Belo Horizonte, cadastro realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde, com 116 pacientes diabéticos, que serão examinados no prazo de um ano. A avaliação será realizada numa consulta de enfermagem com anamnese, medida de pressão arterial, verificação da cintura e quadril, peso, estatura, IMC e glicemia capilar, avaliação dos pés com o teste de sensibilidade com monofilamento de Semmes-

Weinstein de 10 g, avaliação de sensibilidade dolorosa (palito ou agulha), força muscular, higiene dos pés, unhas, se existe alguma deformidade dos dedos e arco plantar, problemas de pele, feridas e amputações.

O atendimento dos pacientes será em prontuário eletrônico, utilizando o protocolo de diabetes, existente na rede, com parte específica para avaliação do pé diabético. A avaliação dos pés não é uma prática na Atenção Primária à Saúde.

A elaboração do projeto de intervenção iniciou-se em dezembro/13 com a escolha do tema e a busca da referência bibliográfica, para idealizar a cartilha. Ao mesmo tempo foram coletados dados na UBS para contabilizar o número de pacientes diabéticos. As ACS fizeram busca ativa dos pacientes que não são acompanhados no serviço e pelos faltosos. Em janeiro já estava decidido o formato da cartilha e uma parte do conteúdo. Os desenhos foram realizados em fevereiro e em março ficou finalizada.

Os pacientes serão convidados pelas Agentes Comunitárias de Saúde com agendamento de dia e horário marcado. O generalista da ESF também poderá encaminhá-los para a avaliação e também durante o acolhimento da ESF, que é realizado pela enfermeira e/ou auxiliar de enfermagem. Caso existam pacientes sem condições de vir à UBS, será avaliado em visita domiciliar.

A intenção da avaliação é prevenir o aparecimento de feridas nos pés, diminuindo assim o risco de infecção e amputações. Após a consulta será entregue ao paciente uma cartilha com os cuidados que deverá ter com os pés e uso de calçados adequados. A importância de entregar a cartilha ao final da avaliação é reforçar as orientações que foram passadas para o paciente, estimular o autocuidado e incentivar pequenas ações que podem fazer muita diferença em suas vidas. Caso ele não saiba ler terá os desenhos para se orientar. Serão anotados os resultados da pressão arterial, glicemia capilar, o peso, a estatura e o Índice de Massa Corpórea (IMC). É necessário reforçar esses valores quando alterados e incentivar o paciente ao controle. Caso tenha alguma alteração, convidá-lo para os grupos operativos existentes na unidade. O agendamento do retorno será conforme resultado do quadro 03 (Classificação de risco de complicações em

MMII). Todos os pacientes deverão ser avaliados pelo menos 1 vez ao ano, aqueles com risco comprovado terão avaliação mensal ou semestral. A classificação de risco dos pés vai nortear nosso trabalho de prevenção. Esses pacientes serão avaliados mais vezes, por uma equipe interdisciplinar e encaminhados para a referência se for necessário.

Quadro 03 - Classificação de risco de complicações em MMII

Categoria de risco	Definição	Acompanhamento
0	Sem PSP Sem DAP	Anual, com médico ou enfermeiro da APS
1	PSP com ou sem deformidade	A cada 3 a 6 meses com médico ou enfermeira da APS.
2	DAP com ou sem PSP	A cada 2 a 3 meses com médico e/ou enfermeiro da APS. Avaliar encaminhamento ao cirurgião vascular.
3	Historia de úlcera ou amputação	A cada 1 ou 2 meses com médico e/ou enfermeiro da APS ou médico especialista.

Fonte: Adaptado de BOULTON, 2008. PSP: perda de sensibilidade protetora; DAP: Doença arterial periférica.

O processo de educar a pessoa com diabetes deve ser reforçado a cada contato, de acordo com as necessidades por ela demandadas. Ochoa relata que o manejo dos pés da pessoa com diabetes é complexo, exigindo colaboração e responsabilidade tanto dos pacientes, como dos profissionais, para rastrear os problemas reais e potenciais evitando, assim, o desenvolvimento de complicações. (OCHOA-VIGO; PACE, 2005, p. 106).

Enfatizada a importância do processo pedagógico do profissional em educação e saúde, especificamente para o cuidado com os pés, cria-se o incentivo para o controle da doença, prevenindo ou retardando as complicações crônicas.

4 RESULTADO E ANÁLISE

A importância da criação de um recurso tecnológico didático faz-se necessário para reforçar o autocuidado. Durante o atendimento são dadas diversas orientações e informações ao paciente. Muitos desses não sabem ler. Outros já não conseguem fixar muita coisa. A idade avançada, o comprometimento da visão, a dificuldade de mobilidade, as crenças, o estilo de vida, a obesidade, o mau controle glicêmico são fatores que podem prejudicar o autocuidado.

Muniz et al (1999 apud OCHOA-VIGO et al, 2006, p. 299) relata em vários trabalhos nacionais e internacionais que a baixa escolaridade dos diabéticos constitui um fator agravante para as complicações crônicas devido a fatores como limitação de informação, comprometimento da leitura e escrita e dificuldade para o entendimento das ações de autocuidado. É necessário que os diabéticos saibam a importância do cuidado com os pés, avaliando diariamente os mesmos, fazendo higiene adequada, hidratando, usando calçado adequado e ao verificar alguma alteração, procurar pela ESF. O calçado inadequado pode causar lesões como bolhas e feridas. As sandálias podem ferir no local das tiras além de não protegerem o pé adequadamente. A deformidade do pé, quando presente, pode provocar pressão inadequada e aparecimento de lesões.

A cartilha confeccionada consta de orientações e cuidados com os pés, ilustrações para facilitar para os pacientes que têm dificuldade com a leitura, cuidados no uso dos sapatos, os dados aferidos na consulta, local para próximo agendamento e os pés para marcação de sensibilidade. Foi elaborada em tamanho A4, com o objetivo de ser prática a impressão, podendo ser colorida ou em preto e branco. Sofre algumas dobraduras, um corte e vira um livrinho, que é uma dobradura de origami. Esse formato inovador pode criar interesse no paciente e em profissionais que vierem a manuseá-la. Dobrada, seu tamanho final é de 7,4 x 10,6.

Abaixo a cartilha:

Nome: _____

PA: _____ x _____

Glicemia: _____ mg/dl

Peso: _____ Kg

Estatura: _____

IMC: _____

em: _____ meses

Este exame deverá ser repetido

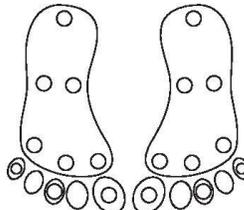
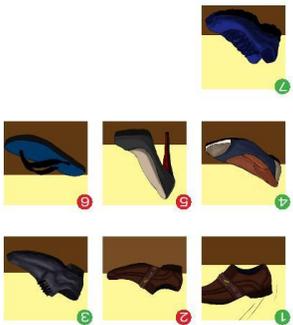
7. Comprar sapatos na parte da tarde porque os pés já se apresentam edemaciados (inchados) e não espere que com o tempo os sapatos se alarguem.

8. Não usar sandálias de tiras que possam ferir os dedos, aparecendo assim uma porta para infecção.

9. Se for praticar atividade física use tênis que possua um solado macio para absorção do impacto. Verifique se não possui costuras internas que possam machucar os pés no futuro.

7. Usar

8. Não Usar

Marcação de sensibilidade

Data: ____/____/____

Cuidados com os pés

1. Examinar os pés com frequência, inclusive entre os dedos, com o objetivo de ver se existe alguma lesão, coloração diferente ou alguma anormalidade em seus pés. Você poderá usar um espelho ou pedir outra pessoa para ajudá-lo a avaliar.
2. Lavar os pés diariamente, com água e sabão neutro. Evitar água quente devido a perda de sensibilidade, evitando queimaduras.
3. Secar bem os pés, especialmente entre os dedos, para evitar o aparecimento de fungos (frieiras) e bactérias que podem levar a infecção.
4. Usar creme hidratante nos pés, após lavá-los, mas evitando passar entre os dedos. Com isso você estará evitando pés ressecados.
5. Usar sempre meias limpas, dando preferência às de algodão, sem elástico e sem costura. Troque-as diariamente.
6. Não andar descalço. O calçado protege seu pé de queimaduras ou ferimentos devido a perda da sensibilidade.
7. Cortar as unhas de forma reta, horizontalmente. Unhas encravadas são sempre uma possível fonte de infecção. Não tirar cutículas evitando com isso ferimento.
- 8 - Remover calos com a ajuda de um profissional de saúde treinado. Não usar agentes químicos ou emplastos para remove-los.
- 9 - Notificar qualquer ocorrência de bolha, corte, arranhão ou ferimento à equipe de saúde.

Cuidados com os sapatos

1. Examinar os sapatos antes de calçá-los.
2. Os sapatos devem ser macios, fechados, confortáveis e rígidos, oferecendo firmeza e proporcionando segurança.
3. Usar sapatos que não apertem. Não usar sapato sem meias.
4. Sapatos novos devem ser usados aos poucos para evitar feridas e bolhas nos pés.
5. Não usar sapatos de bico fino. Dê preferência aos quadrados ou arredondados. Evite calçados duros, apertados, de plástico, de couro sintético e saltos muito altos.
6. A presença de calos pode indicar a pressão de sapatos de tamanho inadequado ou a distribuição incorreta de peso ao caminhar.



Figura 2 - Cartilha

Como dobrar a cartilha.

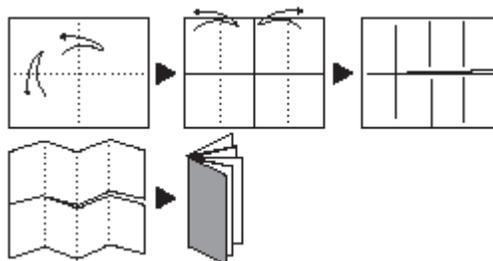


Figura 3 – Dobrando a cartilha

Orientações e cuidados com os pés de pacientes diabéticos

Cuidados com os pés

1. Examinar os pés com frequência, inclusive entre os dedos, com o objetivo de ver se existe alguma lesão, coloração diferente ou alguma anormalidade em seus pés. Você poderá usar um espelho ou pedir outra pessoa para ajudá-lo a avaliar.
2. Lavar os pés diariamente, com água e sabão neutro. Evitar água quente devido a perda de sensibilidade, evitando queimaduras.
3. Secar bem os pés, especialmente entre os dedos, para evitar o aparecimento de fungos (frieiras) e bactérias que podem levar a infecção.
4. Usar creme hidratante nos pés, após lavá-los, mas evitando passar entre os dedos. Com isso você estará evitando pés ressecados.
5. Usar sempre meias limpas, dando preferência às de algodão, sem elástico e sem costura. Troque-as diariamente.
6. Não andar descalço. O calçado protege seu pé de queimaduras ou ferimentos devido a perda da sensibilidade.
7. Cortar as unhas de forma reta, horizontalmente. Unha encravada é sempre uma possível fonte de infecção. Não tirar cutículas evitando com isso ferimento. Caso não esteja enxergando bem, evite cortar as unhas, peça ajuda a outra pessoa.
8. Remover calos com profissional de saúde treinado. Não usar agentes químicos ou emplastos para removê-los.
9. Notificar qualquer ocorrência de bolha, corte, arranhão ou ferimento à equipe de saúde.

Desenhos:



Figura 4 - Orientando o cuidado com os pés.

Cuidados com os sapatos

1. Examinar os sapatos antes de calçá-los.
2. Os sapatos devem ser macios, fechados, confortáveis e rígidos, oferecendo firmeza e proporcionando segurança.
3. Usar sapatos que não apertem. Não usar sapato sem meias. Os sapatos fechados protegem melhor os seus pés.
4. Sapatos novos devem ser usados aos poucos para evitar feridas e bolhas nos pés.
5. Não usar sapatos de bico fino. Dê preferência aos quadrados ou arredondados. Evite calçados duros, apertados, de plástico, de couro sintético e saltos muito altos.

6. A presença de calos pode indicar a pressão de sapatos de tamanho inadequado ou a distribuição incorreta de peso ao caminhar.
7. Comprar sapatos na parte da tarde porque os pés já se apresentam edemaciados e não espere que com o tempo os sapatos se alarguem.

Desenhos:



Figura 5 - Atenção aos sapatos

A bibliografia da cartilha foi a partir das Diretrizes do Consenso Internacional sobre o pé diabético e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus, do Ministério da Saúde. Os desenhos foram realizados por um estudante de design gráfico, Luiz Fernando Campolina.

Os calçados inadequados podem causar úlceras. Na figura 1 estão alguns exemplos de áreas de risco que podem acometer os pés. Um pé que já apresenta deformidades tem mais chance de vir a desenvolver úlcera. Nessas situações é necessário o uso de calçados e/ou palmilhas especiais para diminuir a pressão nessas áreas do pé. O sapato não deve ser apertado nem folgado, deve ser de 1 a 2 cm maior que o pé.

A avaliação da cartilha será feita pelo paciente após a consulta e a leitura da mesma. Ele nos dirá se compreendeu as orientações e se as informações foram úteis para o seu autocuidado. Outro dado importante é se seus pés já haviam sido examinados antes e realizado o teste de sensibilidade protetora com o monofilamento.

Esse projeto veio de encontro com uma necessidade de melhorar o acompanhamento aos diabéticos. Após esse estudo estaremos colocando a teoria em prática. Usamos diversas tecnologias de cuidado nesse estudo e em sua prática estaremos usando outras. Ao fazer a avaliação dos pés estaremos identificando pacientes de risco para ulcerações e os acompanhando de maneira mais efetiva. A criação do material didático vai incentivar o paciente em seu

autocuidado. Os pacientes nos dão feedback quanto a utilização da cartilha. Em nossa UBS temos grupos operativos de diabéticos, nutrição, tabagismo, atividade física e planejamento familiar onde podemos inserir nossos pacientes para melhorar a qualidade de vida. São vários profissionais inseridos nessas atividades, uma equipe interdisciplinar. Nas reuniões de matriciamento são discutidos casos mais graves e são propostos novos cuidados ou mesmo recomeçar o tratamento. As ações de educação permitem mudança de atitude do paciente, estimulando-o ao autocuidado e possibilitando maior adesão ao tratamento proposto. A avaliação deve ser dinâmica e será realizada na medida em que as ações propostas vão sendo realizadas.

Usando tecnologias de cuidado em saúde, do módulo IX, do curso de especialização em doenças crônicas não transmissíveis, podemos utilizar tecnologias leve, leve-dura e duras. Durante o acolhimento da ESF usamos uma tecnologia leve. Na confecção da cartilha, que compreende conhecimento técnico científico específico foi realizada uma tecnologia leve-dura. A tecnologia dura foi utilizada no uso de equipamentos, tais como glicosímetros, aparelho de pressão, balança e monofilamento. Com as novas tecnologias poderemos avançar nos cuidados e trocar informações em tempo preciso.

O prontuário eletrônico está fazendo com que haja troca de informações da unidade primária com a secundária. É possível hoje ver no sistema o atendimento do especialista e dar continuidade ao tratamento na unidade básica, já que o paciente nem sempre compreende bem as informações dadas pelo profissional. O prontuário eletrônico não está implantado em todas as unidades secundárias em nosso município mas ajuda muito como contra referência. Dentro da UBS é possível ver os atendimentos realizados, medicação dispensada, acompanhamento do paciente pela ESF e o tratamento proposto. O laboratório distrital já lança os resultados de exames no sistema, sendo possível verificar se o paciente realizou ou não os mesmos. Essa nova tecnologia da informação nos fornece dados para uma assistência sistematizada. Ao atender o paciente e avaliar seus pés, outros profissionais terão acesso às informações e, desta forma, estarão participando e incentivando o autocuidado do paciente. O acesso ao prontuário eletrônico é através de senha pessoal, mantendo a confiabilidade da informação. Ainda existe na unidade o prontuário físico, onde são arquivados os atendimentos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de se desenvolver um projeto de intervenção é muito importante para a Unidade Básica. Fazer a pesquisa bibliográfica e criar um material educativo proporciona interagir com o paciente, conhecer as dificuldades com as quais eles vivem e aprender com eles. É também uma nova maneira de produzir conhecimento.

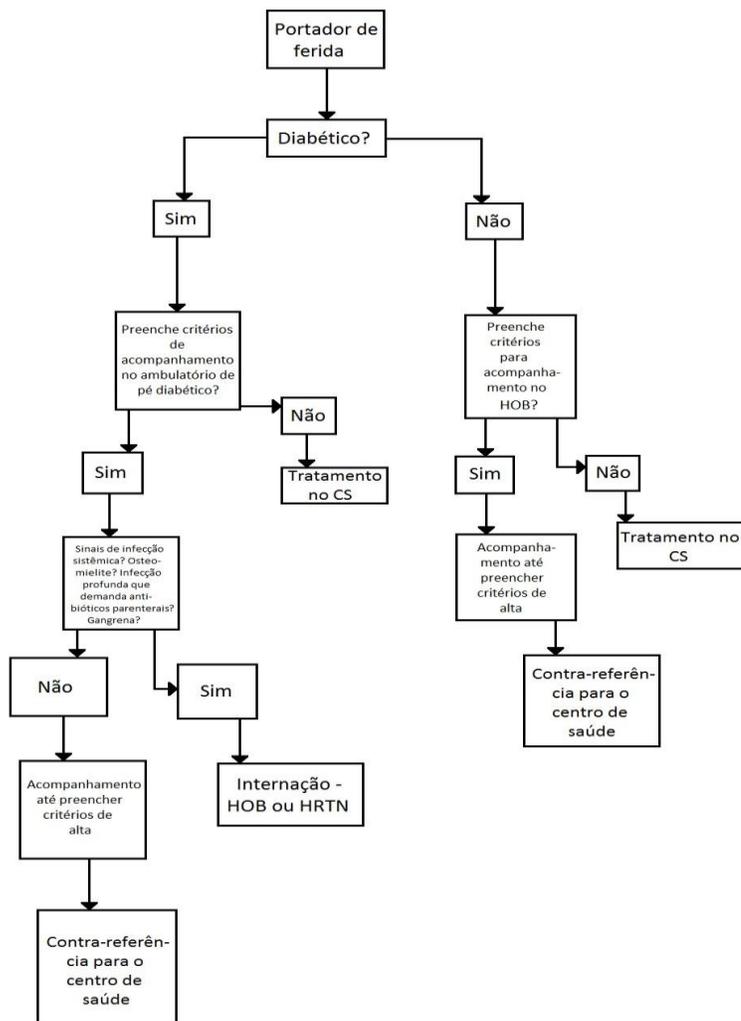
Espera-se que o projeto possa trazer contribuição para nossa prática profissional e aumente a adesão do paciente ao seu autocuidado, reforçando seus conhecimentos, motivando e ampliando a estratégia para a promoção a saúde. A educação do diabético pode ajudar no controle da doença, prevenindo ou retardando o desencadeamento de complicações agudas e crônicas, melhorando sua qualidade de vida.

Outro fator importante é a criação do vínculo como estratégia essencial do usuário com a ESF, orientando-o a procurar pelo mesmo caso ocorra qualquer alteração nos pés, prevenindo o agravamento de lesões. Desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde é papel da Atenção Primária. Este trabalho comprovou a necessidade da avaliação minuciosa dos pés e das atividades educativas, sejam elas individuais ou em grupo. A periodicidade das avaliações reduzirá a possibilidade de lesões nos pés e, caso ocorram, o encaminhamento para a clínica especializada será mais rápido.

O processo de educação deve fortalecer a capacidade de escolha dos sujeitos. As informações sobre a saúde devem ser trabalhadas de forma simples e contextualizadas, instrumentalizando as pessoas a fazerem escolhas mais saudáveis de vida. Para que isso ocorra é necessário que haja interação entre o conteúdo teórico e a experiência de vida de cada um e o estabelecimento da confiança e do vínculo do usuário ao serviço e ao profissional (ALVES; AERTS, 2011).

O paciente ao chegar à unidade será recebido pelo Posso Ajudar e será encaminhado para sua equipe, conforme área de abrangência ou para a classificação de risco e/ou sala de curativo, dependendo de sua demanda. Ele será acolhido e encaminhado posteriormente para a equipe. Em nosso município existe um fluxo estruturado para o cuidado do paciente portador de ferida vascular. Na figura abaixo está o fluxo proposto. Se necessário, é possível encaminhar o paciente para uma avaliação, no ambulatório de pé diabético para receber orientações específicas para o tratamento na unidade básica, com retornos agendados para acompanhamento na unidade secundária.

Quadro 4 - Fluxo para encaminhamento dos portadores de feridas para a atenção secundária



REFERÊNCIAS

- ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1: p. 319-325, 2011.
- BARBUI, Elaine Cristina; COCCO, Maria Inês Monteiro. **Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés**. *Rev Esc Enferm USP*, 2002; v. 36, n. 1: p. 97-103.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/BELO HORIZONTE-MG. **Protocolo da Prefeitura de Belo Horizonte de Diabetes Mellitus**. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). 160 p.
- COELHO, Maria da Conceição Sabóia. **Estratégias para aumentar a adesão do autocuidado aos portadores de diabetes mellitus na UBASF Caetanos**. 2009. 22 f. Monografia (Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família) - Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2009.
- DIRETRIZES da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009. 3. ed. Itapevi: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009. 400 p.
- GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Consenso Internacional sobre pé diabético**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, 2001. 100 p.
- LOPES, Cícero Fidelis. Pé diabético. In: CASTRO, A. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA, 2003. Disponível em: <http://www.lava.med.br/livro/pdf/cicero_diabetico.PDF>. Acesso em: 07 mar. 2014.
- NOGUEIRA, Maria Izabel dos Santos; SILVA, Magna Maria Pereira; MATA, Ádala Nayana de Sousa. **A teoria do autocuidado e sua aplicabilidade para a enfermagem no Programa Saúde da Família (PSF)**. Natal, 2012.
- OCHOA-VIGO. Kattia; PACE, Ana Emilia. **Pé diabético: estratégias para a prevenção**. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 100-109, 2005.

OCHOA-VIGO et al. **Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético.** *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 19, n 3, p. 296-303, 2006.

OREM, Dorothea. *Nursing: concepts of practice*. 6 th ed. St Louis (USA): Mosby Inc.; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2003.

PEDROSA, Hermelinda et al. O desafio do projeto salvando o pé diabético. **Terapias em diabetes**, v. 4, n. 19, p. 1-10, 1998.

QUEIRÓZ, Isla Valéria de Oliveira et al. **Análise dos fatores desencadeantes do pé diabético em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.** *Perquirere*, Patos de Minas, v. 9, n. 1, p. 70-80, Jul. 2012.

SANTOS, Isabel Cristina Ramos Vieira et al. **Prevalência e fatos associados a amputações por pé diabético.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p. 3007-3014, 2013.

TAVARES, D. M. S. et al. **Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus.** *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 nov-dez; 62(6): 825-30.

THOMAS, K.E. **Origami card craft 30 clever cards and envelopes to fold.** Ed. Potter Craft, 2009.

VILLAS BOAS, Lygia Maria de Figueiredo Melo et al. **A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão.** *Cienc. Saúde coletiva*; v. 13, n. 4: 1355-1360, jul.-ago. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: diagnosis and classification of diabetes mellitus.* Geneva: WHO, 1999. 59 p.