

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

PAULO AYSLEN NASCIMENTO DE MACÊDO

**CAPACITAÇÃO PARA ENFERMEIROS NO CUIDADO AO PÉ DIABÉTICO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

PAULO AYSLEN NASCIMENTO DE MACÊDO

**CAPACITAÇÃO PARA ENFERMEIROS NO CUIDADO AO PÉ DIABÉTICO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

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

Orientadora: Msc. Julia Estela Willrich Boell

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CAPACITAÇÃO PARA ENFERMEIROS NO CUIDADO AO PÉ DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE** de autoria do aluno **PAULO AYSLEN NASCIMENTO DE MACÊDO** 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.

Msc. Julia Estela Willrich Boell
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

RESUMO

Os problemas com os pés representam relevante complicação crônica do diabetes mellitus. O pé diabético é definido como infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos associadas a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores. A ulceração é a causa mais comum de amputações não traumáticas de membros inferiores em países industrializados, ocorrendo em 15% dos diabéticos e é responsável por 6% a 20% das hospitalizações. O cuidado a pessoa com diabetes deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de assistência, tendo sua base no nível primário de atenção à saúde, priorizando ações simples, mas com impacto na redução de agravos. Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família proporciona um acervo de dados e informações úteis e necessárias ao planejamento em saúde e à tomada de decisão pelos gestores nas diversas instâncias de governo. Este projeto tem como objetivo geral capacitar enfermeiros da estratégia saúde da família do município Mauriti - Ceará, preparando-os para prestar cuidados à pacientes com alterações nos pés. E como objetivos específicos: conhecer o perfil epidemiológico de pessoas com pé diabético atendidos nas Unidades de Saúde da Família na cidade de Mauriti - Ceará; Propiciar condições para o desenvolvimento de competências técnicas aos enfermeiros da Equipe de Saúde da Família para o atendimento aos pacientes portadores de pé diabético; Implantar protocolos de atendimento aos pacientes portadores de pé diabético. Utilizando, para isso, protocolos e recursos disponíveis em sua unidade, visando à adoção de medidas de promoção, prevenção e tratamento.

Palavras Chaves: Pé diabético, Cuidado, Estratégia Saúde da Família, Capacitação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.	05
2 OBJETIVOS	08
2.1 OBJETIVO GERAL.....	08
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	08
3 REVISÃO DE LITERATURA	09
3.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	09
<i>3.1.1 Os pressupostos básicos do PSF</i>	09
3.2 DIABETES MELLITUS	11
3.2.1 Pé Diabético.....	13
3.2.2 Assistência de Enfermagem ao paciente portador de pé diabético.....	14
4 MÉTODO	17
4.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO	17
4.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO	17
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	17
5 RESULTADOS ESPERADOS	19
5.1 ESTRATÉGIAS E AÇÕES.....	19
5.2 RECURSOS	19
<i>5.2.1 Recursos Humanos</i>	19
<i>5.2.2 Recursos Materiais</i>	19
<i>5.2.3 Recursos Físicos</i>	20
5.3 AVALIAÇÃO/MONITORAMENTO DA INTERVENÇÃO.....	20
5.4 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS.....	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus tipo II, de maneira crescente, acomete, numa dimensão mundial, um grande número de pessoas de qualquer condição social. Pelo aumento da expectativa de vida, dentre outros fatores, no Brasil, como em outros países da América Latina, esta enfermidade ganha cada vez mais relevância no perfil de morbimortalidade atingindo parcelas importantes da população em situação de pobreza (FREESE, 2006).

Segundo o Consenso Internacional sobre Pé Diabético (2001), o diabetes tinha, em 1996, uma prevalência global de 120 milhões de pessoas, com a previsão de atingir 250 milhões de indivíduos no ano 2025. Nesta mesma fonte, podemos encontrar dados como, por exemplo, que de 40% a 60% de todas as amputações não-traumáticas dos membros inferiores são realizadas em pacientes diabéticos e ainda 85% das amputações dos membros inferiores dos diabéticos são precedidas de úlceras nos pés.

O diabetes consiste em uma doença que pode ser controlada, mas exige mudanças nos hábitos de vida, devendo os portadores adotarem alguns comportamentos específicos de autocuidado, bem como ações de vigilância e assistência a saúde para que a glicemia seja mantida o mais próximo possível da normalidade (FREESE, 2006).

Está associado ao aumento da mortalidade devido ao alto risco de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas. Nas primeiras estão listadas a hipoglicemia, cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar. Já as complicações crônicas podem ser decorrentes de alterações na microcirculação causando retinopatia e nefropatia e, na macrocirculação levando a cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica e, ainda, neuropáticas (BRASIL, 2002).

As complicações podológicas associadas ao diabetes melitus constituem, hoje, um dos maiores problemas enfrentados pelos sistemas de saúde em todo o mundo. Seu tratamento tem elevado custo social e econômico, apresentando características variáveis nas diversas populações e regiões geográficas envolvidas (CAIFA; CANONGIA, 2003).

Segundo a definição do Consenso Internacional sobre Pé Diabético (2011), consiste em uma infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos associadas a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores.

O cuidado ao portador de diabetes deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de assistência, tendo sua base no nível primário de atenção à saúde, onde se prioriza ações relativamente simples, mas de grande impacto na redução de seus agravos (BRASIL, 2001).

Dentre as formas de enfrentamento ao diabetes atualmente desenvolvidas no Brasil, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF). É uma estratégia que visa à reorganização da atenção básica à saúde e que deve estar centrada na promoção da qualidade de vida (TOSCANO, 2004).

A ESF é uma estratégia do Ministério da Saúde para organizar a atenção primária em saúde e pressupõe o rompimento com o modelo centrado na doença em busca da consolidação de práticas sanitárias baseadas nas ações de vigilância à saúde (ANDRADE, 2006).

As ações propostas pela ESF vão desde a territorialização, atendimento ambulatorial com a realização de consultas e outros procedimentos até a proposição de visitas domiciliares, educação em saúde e de vigilância epidemiológica entre outras.

A ESF se constitui também como uma importante fonte de dados sobre a população acolhida, viabilizando a condução de estudos epidemiológicos que permitam conhecer a magnitude do problema. Proporciona ainda um acervo de dados e informações úteis e necessárias ao planejamento em saúde e à tomada de decisão pelos gestores nas diversas instâncias de governo. Compreende-se que a estratégia de implementação da ESF possa estar orientada também para vigilância e controle de doenças crônicas mais relevantes no atual perfil epidemiológico brasileiro, em especial o Diabetes (FREESE, 2006).

Dessa forma, este projeto tem por finalidade o treinamento de enfermeiros capacitando-os nos cuidados básicos e fundamentais das patologias podológicas do diabético e possibilitando ações descentralizadas de prevenção e tratamento precoce das possíveis lesões.

O presente Projeto parte do reconhecimento que instituições formadoras de profissionais da saúde não têm garantido o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias ao enfrentamento acerca do pé diabético. Nesta direção, há o reconhecimento da necessidade de desencadear e potencializar um processo de capacitação de profissionais da atenção primária ao atendimento aos pacientes portadores de pé diabético. Além disso, os poucos estudos abordando a temática do pé diabético e de acompanhamento clínico-epidemiológico desta situação, justificam ainda mais a pesquisa.

Dessa forma, o presente projeto tem como objetivo geral capacitar enfermeiros da estratégia saúde da família do município Mauriti - Ceará, preparando-os para prestar cuidados à pacientes portadores de pé diabético. E como objetivos específicos: conhecer o perfil

epidemiológico de portadores de pé diabético atendidos nas Unidades de Saúde da Família na cidade de Mauriti - Ceará; Propiciar condições para o desenvolvimento de competências técnicas aos enfermeiros da Equipe de Saúde da Família para o atendimento aos pacientes portadores de pé diabético; Implantar protocolos de atendimento aos pacientes portadores de pé diabético. Utilizando, para isso, protocolos e recursos disponíveis em sua unidade, visando à adoção de medidas de promoção, prevenção e tratamento.

O curso planeja formar enfermeiros com a função específica de contactar, examinar e classificar quanto ao risco dos pés todos os diabéticos cadastrados em seu posto. Essa captação independe do estágio de evolução da doença e da apresentação ou não de lesões nos pés. O resultado da triagem inicial é lançado em um impresso específico que permite, ao final, a classificação do risco e o reconhecimento do estágio de evolução da doença podológica.

A partir dessa triagem, as equipes básicas são capazes de acompanhar, prevenir e tratar lesões ocorridas até certo nível de complexidade, encaminhando os pacientes que ultrapassarem esse limite aos pólos secundários de atenção aos pacientes com pé diabético.

Nessa atenção básica, tem grande importância a atuação do Enfermeiro, transformado em agente primário de saúde dos pés, que, implementa o acompanhamento periódico e a educação permanente dos pacientes diabéticos quanto à saúde dos pés.

O projeto em questão será realizado no auditório das Unidades de Saúde de maior estrutura e demanda, contemplando os enfermeiros das 12 Estratégias Saúde da Família do município de Mauriti - CE. A Saúde neste território conta com: 01 Hospital Geral, 02 Postos de saúde, 02 Clínicas/Ambulatório de especialidades, 01 Unidade de vigilância sanitária, 12 Unidades de Atenção Primária em Saúde, 01 Unidade de serviço auxiliar de diagnóstico e terapia.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Capacitar enfermeiros para o cuidado ao pé diabético na atenção primária em saúde do município Mauriti, Ceará.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o perfil epidemiológico de pacientes com pé diabético atendidos nas Unidades de Saúde da Família na cidade de Mauriti/CE;
- Propiciar condições para o desenvolvimento de competências técnicas aos Enfermeiros da equipe de saúde da família na cidade de Mauriti/CE para o atendimento aos pacientes com pé diabético;
- Implantar protocolos de atendimento aos pacientes com pé diabético atendidos nas Unidades de Saúde da Família na cidade de Mauriti/CE .

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

3.1.1. Os Pressupostos Básicos Do PSF

Nos anos 1990, instituído o Sistema Único de Saúde - SUS, o desafio foi reformular as prioridades do Ministério da Saúde em relação à organização da Atenção Primária à Saúde. Passou-se, então, a organizá-la com base na integração entre a unidade de saúde e a comunidade ou entre profissionais de saúde e usuários, dentro de dado território, tendo por referência o Programa Saúde da Família-PSF, criado em 1994, que prioriza segundo Viana (2008), “ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, envolvendo a educação em saúde como aliada”.

O Ministério da Saúde, em Brasil (2014), ressalta que o PSF incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e estrutura a Unidade de Saúde da Família (USF) da seguinte forma: Caráter substitutivo.

O PSF não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviços. Implantá-lo significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população (BRASIL, 2014).

Integralidade, Regionalização e Hierarquização :

A USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado Atenção Primária. Deve estar vinculada à rede de serviços em saúde, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, de modo que sejam asseguradas a referência e contra referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir (BRASIL, 2014).

Em uma entrevista sobre Integralidade no Ensinasus, para a revista RADIS comunicação em saúde, a doutora em Saúde coletiva e professora-adjunta do IMS, Roseni, entende que este princípio universal e constitucional, fruto de amplo movimento social, segue um caminho permanente em construção. A integralidade, para ela, é um termo polissêmico e polifônico, como gosta de ressaltar. Diz que polissêmico porque não se limita a uma diversificação dos sentidos, carregando valores que merecem ser defendidos e que respeitem

as diferenças nos vários cantos do Brasil. É polifônico porque ouve as vozes “silenciadas em espaços institucionais que não têm canais de escuta e acesso à informação e à comunicação, ou seja, não têm visibilidade para suas demandas”. Comenta que na prática a integralidade funciona quando a saúde se integra a setores e conhecimentos, e não apenas a setores (ROCHA, 2006).

A regionalização e a hierarquização implicam que a rede de serviços do SUS deva ser organizada de forma que todas as regiões contem com serviços de saúde de diferentes níveis de atenção que se articulem a partir da sua hierarquização, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde em uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (OLIVEIRA et al., 2008).

A regionalização e a hierarquização são os princípios organizacionais do SUS menos desenvolvidos. Sendo que a ampliação do acesso a população das diferentes regiões do estado, somente será possível, se os serviços e ações de saúde estiverem integrados em uma verdadeira “rede de saúde”. Contudo a Regionalização não pode ser entendida como a simples reorganização dos fluxos de referência e contra referência entre os serviços de saúde, embora esta questão também seja importante (OLIVEIRA et al., 2008).

A Regionalização e a hierarquização devem ir adiante, com o estudo e a reestruturação do próprio sistema existente nas regiões, modificando o papel e as funções dos serviços de saúde e inclusive, verificando a viabilidade e funcionalidade dos mesmos (OLIVEIRA et al., 2008).

Territorialização e cadastramento da clientela

A Unidade saúde da família (USF) trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

Equipe multiprofissional

Cada equipe do PSF é composta, no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS. Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos – poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A USF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

Levando-se em conta os princípios do PSF descritos acima, este programa pode ser considerado uma estratégia importante na transformação do modelo assistencial. Entretanto, é necessário enfatizar que as mudanças em termos de modelo assistencial compreendem componentes tanto técnicos, quanto políticos (TRAD; BASTOS, 1998).

Além disso, para que essas mudanças ocorram é necessário que os profissionais de saúde deste programa tenham assimilado tais princípios.

Pedrosa e Teles (2001) analisaram a assimilação dos princípios do PSF pelos profissionais que compõe este programa, em sua pesquisa sobre consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Concluíram que para os médicos, a base para assimilação dos princípios do programa encontrava-se em experiências em trabalho comunitário. Sendo que, para esses profissionais, há dificuldade de integração entre os princípios do programa e o modelo hegemônico de prestação de serviços saúde, decorrente da predominância da medicina curativa.

Enfermeiras argumentaram que se aproximavam do programa pela experiência em serviços públicos e como instrutoras supervisoras do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O conflito decorria da formação voltada para o modelo hospitalocêntrico. Para os agentes, a identificação com o programa derivava de sua vivência na comunidade.

Apesar destes entraves, há concordância que a expansão do PSF tem favorecido alguns princípios do SUS, como a equidade e a universalidade da assistência – uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde. No entanto, não se pode admitir, só pela estatística, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção.

3.2 DIABETES MELLITUS

Diabetes Mellitus é uma doença metabólica de grande importância na modernidade, constituindo-se em um grave problema de saúde pública e de epidemia mundial (BRASIL, 2006).

O diabetes mellitus é uma síndrome endócrino-metabólica que se caracteriza pelo aumento da glicose circulante no sangue resultando em hiperglicemia. Esta diretamente relacionada com a deficiência na produção de insulina, devido à falta desta ou incapacidade de exercer sua função com sucesso (FAEDA; LEOAN, 2006).

No Brasil, há aproximadamente cinco milhões de portadores e 50% deles desconhecem o diagnóstico e sua sintomatologia. Segundo dados da OMS (Organização

Mundial da Saúde), o número de portadores da doença em todo mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, retinopatia e doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

Nesse contexto representa, dentre os diagnósticos primários, a sexta causa de internação hospitalar, onde 15% dos clientes diabéticos desenvolverão úlceras de pé e 6% são hospitalizados devido a essa complicação (TAVARES, et al., 2009). O diabetes representa carga adicional à sociedade em decorrência da incapacidade, aposentadoria precoce e mortes prematuras gerando custos onerosos à saúde no atendimento para essa clientela (BRASIL, 2006).

O aumento desta doença nos países em desenvolvimento tem sido relacionado às mudanças no estilo de vida e ao meio ambiente trazida pela industrialização e maior taxa de urbanização que levariam à obesidade, sedentarismo e ao consumo de dietas hipercalóricas (BRASIL, 2006).

As funções metabólicas da insulina consistem em aumentar a captação de glicose e sua utilização para a produção de energia; armazenar a glicose sob a forma de glicogênio e estimular a captação de aminoácidos e a síntese protéica. Portanto os integrantes metabólicos do diabetes mellitus caracterizam-se não só pela hiperglicemia, mas também por alterações no metabolismo de lipídios e proteínas (ALMINO et. al., 2009).

De origem multifatorial, o diabetes mellitus pode ser classificado em dois tipos: diabetes mellitus tipo I – ocorre devido à destruição das células β pancreáticas das ilhotas de Langerhans produtoras de insulina, conseqüentemente tem-se uma redução da produção de insulina e uma diminuição da captação da glicose pelas células. E o diabetes mellitus tipo II que decursa da resistência a insulina pelos receptores dos órgãos-alvos e redução da ação da mesma nos tecidos periféricos o que provoca um aumento compensatório da produção deste hormônio resultando na progressiva diminuição da tolerância a glicose (CORRÊA et. al, 2007).

Segundo a Organização Pan-Americana da saúde (OPAS, 2013) existem no Brasil aproximadamente 600.000 portadores de DM tipo I e cerca de 7.290.748 de portadores de DM tipo II. O grande número de portadores de diabetes e a gravidade de suas complicações exprimem porque esta doença é um grande problema de saúde pública, que acarreta um grande ônus para o país, além dos custos inatingíveis como perda da qualidade de vida, ansiedade, inconveniências e outras limitações que provocam grande impacto nos indivíduos portadores e em seus familiares.

O estado hiperglicêmico provocado pela deficiência da insulina faz com que haja um desarranjo no metabolismo do organismo produzindo uma série de sintomas específicos, como: polifagia, polidipsia, poliúria, glicosúria, perda de peso, tonturas, entre outros, que devem ser identificados precocemente para evitar as sérias complicações que esta doença pode acarretar no indivíduo. Complicações como retinopatia, nefropatia e neuropatia, doença arterial coronariana, cetoacidose metabólica, doença cerebrovascular e vascular periférica são responsáveis por considerável morbi-mortalidade em indivíduos diabéticos (BRASIL, 2006).

3.2.1 Pé Diabético

O Diabetes faz parte de um grupo de doenças caracterizadas como crônicas por apresentar hiperglicemia associada a complicações, como o pé diabético, que é entendido como um estado fisiopatológico multifacetado, caracterizado por lesões que surgem de traumas que acomete os pés da pessoa com diabetes e ocorre devido neuropatia em 90% dos casos de doença vascular periférica e de deformidades (OCHOA-VIGO; PACE, 2005).

O pé diabético é a complicação mais comum entre os portadores de DM e é responsável pela maioria das internações e amputações de membros inferiores. A prevenção e intervenção adequadas podem diminuir a formação de úlceras de membros inferiores, mas para isso é necessário que haja uma boa orientação que geralmente é encontrada na prevenção primária dos serviços de saúde pública e a conscientização de sua doença para adesão ao tratamento (ROCHA; ZANETTI; SANTOS, 2009).

Neste contexto, a DM tem como uma das suas principais complicações o pé diabético, que são lesões causadas por neuropatias, traumas superficiais e deformidades nos pés. As lesões evoluem para ulcerações e até amputações pelo fato de alguns pacientes perderem a sensibilidade dos pés e não perceberem pequenos traumas, calosidades e rachaduras. De acordo com Araújo e Alencar (2009), é uma das complicações mais devastadoras, sendo responsável por 50% a 70% das amputações não traumáticas, além de representar 50% das internações hospitalares.

Em 90% dos casos de DM está caracterizada a presença de lesões nos pés decorrentes de neuropatias conhecidas como pé diabético, doença vascular periférica e deformidades, representando uma parcela significativa de internações hospitalares prolongadas, morbidade e mortalidade. Após uma média de dez anos da doença, pode haver essas complicações associadas às infecções, e podendo evoluir para as amputações não traumáticas de membros inferiores. A Organização mundial de saúde e a Federação Internacional de Diabetes tenta chamar atenção para esse problema, declarando que mais da metade das amputações deveriam

ser prevenidas com detecções prévias, e que com alguns cuidados extras com o portador destas, poder-se-ia evitar amputações, dando-lhes assim uma melhor qualidade de vida (SANTOS et al., 2011).

As amputações nas pessoas diabéticas são geralmente precedidas de úlceras, caracterizadas por lesões cutâneas, as quais se estendem até a derme, podendo atingir tecidos mais profundos, como ossos e músculos. Comumente estão localizadas nas regiões infragenicular esquerda (13,6%), infragenicular direita (12,5%), supragenicular direita (11,7%) e o primeiro pododáctilio direito (9,1%) (TAVARES et al., 2009).

As hospitalizações causadas por pé diabético são comumente prolongadas e recorrentes, onde o processo de cicatrização das lesões ocorre de 6 a 14 semanas, necessitando um período de internação de 30 a 40 dias, em países desenvolvidos, enquanto no Brasil essa média fica em torno de 90 dias. Essas lesões resultam da combinação de dois ou mais fatores de risco que atuam em conjunto causadas por fatores intrínsecos ou extrínsecos, associadas à neuropatia periférica, à doença vascular periférica e à alteração biomecânica (TAVARES et al., 2009).

A incidência de amputações relacionadas ao diabetes atinge 6-8/1000 diabético/ano. No Brasil, estima-se que ocorram 40.000 amputações/ano em sujeitos diabéticos. Sabendo-se ainda que 50% das amputações não-traumáticas de extremidades inferiores são atribuídas ao diabetes e o risco de amputação é 15 vezes maior do que na população geral (TAVARES et al., 2009).

A estimativa anual de amputações maiores de extremidades inferiores na população geral foi de 31,3/100.000 habitantes e quando se relaciona ao diabetes esse número sobe para 209/100.000. 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 com maior frequência no sexo masculino (58,9%) do que no feminino (41,1%), tal fato relaciona-se ao autocuidado realizado pelas mulheres e a procura pelo serviço de saúde (TAVARES et al., 2009).

3.2.2 Assistência de enfermagem ao paciente portador de pé diabético

A assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes deve estar voltada a prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco, orientação quanto à prática de autocuidado. Sendo de competência do enfermeiro realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames e realizar transcrição de medicamentos de rotina de acordo com

protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, desenvolver estratégias de educação em saúde e fazer encaminhamentos quando necessário.

Segundo Teixeira et al. (2010), o enfermeiro tem um papel ímpar no processo do cuidado a essa clientela, assumindo a responsabilidade de rastrear e monitorar os fatores de risco, orientando as pessoas com diabetes mellitus. Não obstante, deve buscar envolver toda a equipe de saúde no planejamento de intervenções básicas, promovendo atividades educativas para o autocuidado e manutenção de um bom controle metabólico, evitando assim futuras complicações. Para isso, se pode utilizar da tecnologia leve no processo de trabalho como instrumento na identificação dos fatores de risco para o usuário com pé diabético.

Nesse sentido, a consulta de enfermagem se torna instrumento essencial no processo de trabalho para o atendimento a essa clientela, na qual o enfermeiro e sua equipe podem desenvolver suas atividades e ações na atenção básica. Segundo Vieira-Santos et al. (2008), esse atendimento deve ser realizado dentro de um sistema hierarquizado de assistência com sua base na atenção primária. Na consulta de enfermagem, o enfermeiro em sua atribuição deve realizar a anamnese e o exame físico de forma frequente e minuciosa (OCHOA-VIGO; PACE, 2005).

A avaliação e orientação do enfermeiro são fatores importantes. A literatura relata outros elementos de avaliação dentro do exame físico, tais como: sinais e sintomas do paciente com pé diabético, dor em repouso, claudicação e presença de úlcera, devem ser valorizados e investigados para possível intervenção. A neuropatia diabética leva à insensibilidade do membro e, subsequentemente, às várias intercorrências que muitas vezes culminam com a amputação do pé (DONOSO; ROSA; BORGES, 2013).

Uma das melhores maneiras de evitar a amputação, ainda é a prevenção. O diabético e seus familiares precisam reconhecer que o pé deve ser visto como “pé de risco para o desenvolvimento de úlceras” e ser devidamente orientados sobre os cuidados de rotina que deve ser adotado em casa. Alguns estudos relatam uma redução entre 44% a 85%, apenas com cuidados preventivos, efetivos e apropriados com os pés (AUDI et al., 2011).

Assim, é ressaltada a importância do enfermeiro, como profissional mais próximo da realidade comunitária, inserir instrumentos de avaliação clínica, a fim de evitar sequelas graves.

A presença do enfermeiro junto à equipe de saúde é um fator importante para orientar os indivíduos diabéticos sobre os cuidados diários com os pés e a prevenção do aparecimento das úlceras (LAURINDO et al., 2005).

O enfermeiro deve cumprir o papel de educador, sendo fundamental o acompanhamento efetivo ao cliente diabético, promoção de grupos de apoio, além das orientações necessárias quanto ao controle da glicemia, enfatizando a importância da adesão a hábitos de vida mais saudáveis. É importante a negociação de um plano de cuidado com o cliente, planejando intervenções direcionadas, devendo a enfermagem oferecer apoio educativo para o cuidado com os pés de acordo com as necessidades individuais e o risco de ulcerações e amputações (MELO; TELES, 2011).

Assim, devem ser realizadas consultas regulares, enfatizando o exame do pé diabético, observando os fatores de risco, sinais de doença arterial periférica, alterações na pele, uso de calçados inadequados, presença de edema nos membros inferiores, alterações na perfusão periférica, sinais de isquemia e neuropatia. A maioria dos portadores do pé diabético utilizava produtos caseiros para a cura da lesão, demonstrando crença em experiências anteriores (MELO; TELES, 2011).

4. MÉTODO

O presente projeto configura-se como uma tecnologia de concepção, através da atualização dos profissionais e do reconhecimento da população, com o intuito da incorporação de uma conduta que melhore o cuidado de pessoas portadoras de pé diabetes. O projeto será realizado no auditório das Unidades de Saúde de maior estrutura e demanda do município de Mauriti – Ceará.

4.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

O projeto será realizado no auditório das Unidades de Saúde de maior estrutura e demanda, contemplando os Enfermeiros das 12 Unidades de Atenção Primária em Saúde de Mauriti-CE. Cidade com 41.679 habitantes (dados do IBGE 2007). É considerada uma das grandes cidades do Cariri. Localizado na região sul do estado, distante da capital Fortaleza 491,8 Km, o município possui nove distritos: Anauá, Buritizinho, Coité, Nova Santa Cruz, Olho D'Água, Palestina, São Felix, São Miguel, e Umburanas.

A Saúde em Mauriti conta com: 01 Hospital Geral, 02 Postos de saúde, 02 Clínicas/Ambulatório especialidades, 01 Unidade de vigilância sanitária, 12 Unidades de Atenção Primária em saúde, 01 Unidade de serviço auxiliar de diagnóstico e terapia. Os poucos estudos abordando a temática do pé diabético e de acompanhamento clínico-epidemiológico desta situação, justificam esta pesquisa.

4.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Enfermeiros de todas as Unidades de Atenção Primária em Saúde - UAPS do município.

A metodologia consiste na realização da capacitação dos Enfermeiros. O curso será embasado na metodologia da Problematização, por meio de estratégias pedagógicas. Os resultados desse projeto apresentam o planejamento do mesmo.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e também não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais, apenas a tecnologia produzida.

O projeto será desenvolvido com indivíduos de autonomia plena, respeitando os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Levaremos em consideração para a realização da intervenção a autorização do Secretário municipal de Saúde. Será resguardado aos Enfermeiros da Equipe Saúde da Família o direito de retirar-se do projeto a qualquer tempo.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização do presente projeto de intervenção espera-se capacitar os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município Mauriti – Ceará, para aperfeiçoar o desenvolvimento de competências técnicas para o atendimento aos pacientes com pé diabético, possibilitando ações descentralizadas de prevenção e tratamento precoce das possíveis lesões.

O planejamento do projeto foi estruturado conforme segue abaixo.

5.1 ESTRATÉGIAS E AÇÕES

O curso será embasado na metodologia da Problematização, por meio de estratégias pedagógicas:

- Discussão de casos;
- Oficinas de trabalho e vivências;
- Estações práticas de atendimento;
- Aulas com exposições dialogadas;
- Dramatizações;
- Trabalhos em grupos e plenárias;
- Leitura e análise de texto;
- Sistematização das competências técnicas e atribuições.

A capacitação terá uma carga horária total de 60 horas, com encontros de duração de 04 horas, ou seja, 20 oficinas com duração de 04 horas.

5.2 RECURSOS

5.2.1 Recursos Humanos

Um coordenador e dois Enfermeiros com qualificação teórica técnica no atendimento ao paciente portador de pé diabético.

5.2.2 Recursos Materiais

- Material de escritório
- Flip-Chart

- Bloco p/ flip-chart
- Kit Multimídia
- Material Médico-hospitalar

5.2.3 Recursos Físicos

Espaço de unidades de saúde, sala de reunião ou auditório.

5.3 AVALIAÇÃO/MONITORAMENTO DA INTERVENÇÃO

A avaliação será realizada durante a oficina, onde os profissionais após vivenciarem problemas, elaboram propostas de sistematização do atendimento e organização do trabalho, para a equipe do serviço. Também avaliaremos a satisfação do Enfermeiro em participar do treinamento, através de instrumento específico, bem como resultados observados pelo Gestor Local, após capacitação.

5.4 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados serão analisados de forma quantitativa e descritiva, distribuídos em tabelas e gráficos, organizados a partir da avaliação das intervenções realizadas pelos sujeitos após capacitação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto espera capacitar profissionais para o cuidado com o pé diabético e conhecer o perfil epidemiológico de portadores de pé diabético atendidos nas Unidades de Atenção Primária em Saúde do município, possibilitando traçar estratégias de intervenção a partir da utilização de protocolos de atendimento aos pacientes com pé diabético em suas Unidades.

A partir dos objetivos em questão, espera-se, primeiramente, conseguir realizar a intervenção com o apoio do poder público, tanto na disponibilidade de recursos, como na liberação dos Enfermeiros para capacitação. A expectativa voltada à realização de atividades, de desenvolvimento de intervenções e criação de protocolo está relacionada à participação e engajamento dos sujeitos, para que estes se capacitem e se sintam estimulados a desempenhar o atendimento aos pacientes com pé diabético, em parceria com os serviços de saúde de referência. Para que assim, esta ação venha se tornar um processo permanente e com atualizações frequentes. A meta é fazer com que os pacientes sejam assistidos adequadamente próximo ao local de moradia, viabilizando um melhor prognóstico e evolução do seu quadro clínico.

Serão muitos os impactos sociais das ações deste projeto, visto que a população é quem será beneficiada, principalmente no que concerne a uma qualificada assistência aos pacientes com pé diabético e, conseqüente, redução progressiva da incidência de internamentos, amputações e óbitos.

Espera-se também, que o presente projeto sirva de incentivo às instituições formadoras de profissionais da saúde, garantido assim, o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias ao acompanhamento clínico-epidemiológico do pé diabético.

REFERÊNCIAS

AUDI, E. G.; MOREIRA, R. C.; MOREIRA, A. C. M. G. et al. Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuições da enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 2, 2011, p. 240-246.

ALMINO, M. A. F. B; QUEIROZ, M. V. O; JORGE, M. S. B.; Diabetes mellitus na adolescência: uma experiência e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença. **Revista escola de enfermagem da USP**, São Paulo, 2009.

ANDRADE, F. M. O **programa de Saúde da Família no Ceará Fortaleza: Expressão Geográfica, 1998**. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica nº 16. Brasília; 2006.

ARAUJO, M. M.; ALENCAR, A. M. P.G. Pés de risco para o desenvolvimento de ulcerações e amputações em diabéticos. **Rev. Rene.Fortaleza**, vol. 10, n. 2, p.19-28, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem: Programa Saúde da Família**. São Paulo; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília, DF; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica Diabetes Mellitus**. nº 16. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. 2008. Disponível em <www.saude.gov.br/psf/menu/menu.htm> Acesso em: 11/01/2014.

CAIFA J.S; CANONGIA P.M. **Atenção integral ao paciente com pé diabético: um modelo descentralizado de atuação no Rio de Janeiro** .Simpósio de pé diabético, Vol.2, Nº1, 2003.

CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético**. Brasília: Secretaria de Estado do Distrito Federal; 2001.

CÔRREA, V. G. N; BEVILÁCQUA, M. F; GOMES, M. B. Avaliação da secreção e resistência insulínica em indivíduos com diferentes graus de tolerância a glicose – do metabolismo normal ao diabetes mellitus. **Arquivo brasileiro de endocrinologia metabólica**. São Paulo, 2007.

DONOSO, M. T. V.; ROSA, E. G.; BORGES, E. L. Perfil dos pacientes com pé diabético de um serviço público de saúde. **Revista Enfermagem UFPE, [internet]** Recife, v. 7, n. 7, 2013, p. 4740-4746

FAEDA, A.; LEON, C. G. R. M. P. Assistência de enfermagem a um paciente portador de diabetes Mellitus. **Rev. Bras. Enferm** Distrito Federal, 2006.

FREESE E. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2006.

LAURINDO, M. C.; RECCO, D. C.; ROBERTI, D. B. et al. Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo. v. 12, n. 2, 2005, p. 80-84

MELO, E. M.; TELES, M. S.; TELES R. S. et al. Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIII, n. 5, 2011, p. 37-44

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E. Pé diabético: estratégias para prevenção. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2005.

OLIVEIRA,D.C; SÁ,C.P; TOSOLI,A.M; RAMOS,R.S; PEREIRA,N.A; SANTOS.W.C.R. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cad. Saúde Pública**, v.24 n.1, Rio de Janeiro, jan., 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2008. Disponível em <WWW.opas.org.br> acesso em 02/12/2013.

PEDROSA, J. I. dos S.; TELES, J. B. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

ROCHA, R. L. Integralidade. **Rev. radis: comunicação em saúde**. Rio de Janeiro, n. 49, set. 2006.

ROCHA, R. M.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.1, 2009. , p.17-2

SANTOS, I. C. R. V.; NUNES, E. N. S.; MELO, C. A. et al. Amputações por pé diabético e fatores sociais: implicações para cuidados preventivos de enfermagem. **Revista RENE**, v. 12, n. 4, 2011, p. 684-691.

TAVARES, D. M. S. et al. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, nov./dez., 2009.

TEIXEIRA, C. R. S. et al. Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n 1, mar. 2010.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n.9, p. 885-95, 2004.