

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FABIANA SANTOS DE SOUSA
VERISLEINE ARANHA DE OLIVEIRA

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE LESÕES DO PÉ EM PACIENTES
DIABÉTICOS ATENDIDOS NO CENTRO MÉDICO DE SAÚDE CAREMA NO
MUNICÍPIO DE SANTA RITA – MA

São Luís
2008

**FABIANA SANTOS DE SOUSA
VERISLEINE ARANHA DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE LESÕES DO PÉ EM PACIENTES
DIABÉTICOS ATENDIDOS NO CENTRO MÉDICO DE SAÚDE CAREMA NO
MUNICÍPIO DE SANTA RITA – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família, da
LABORO – Excelência em Pós-Graduação para
obtenção do título de Especialista em Saúde da
Família.

Orientador: Prof. Dr. Gutemberg F. de Araújo

São Luís
2008

**FABIANA SANTOS DE SOUSA
VERISLEINE ARANHA DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE LESÕES DO PÉ EM PACIENTES
DIABÉTICOS ATENDIDOS NO CENTRO MÉDICO DE SAÚDE CAREMA NO
MUNICÍPIO DE SANTA RITA – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família, da
LABORO – Excelência em Pós-Graduação para
obtenção do título de Especialista em Saúde da
Família.

Orientador: Prof. Dr. Gutemberg F. de Araújo

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gutemberg Fernandes de Araújo (orientador)
Doutor em Medicina
(UNIFESP)

Prf^ª. Dr^ª. Mônica Elinor Alves Gama
Doutora em Medicina
(USP)

São Luís
2008

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, pois Ele está sempre conosco iluminando nossos caminhos;

A todos os nossos familiares, pelo carinho, compreensão e paciência;

Ao Dr. Gutemberg Fernandes de Araújo, pelo carinho, paciência e satisfação de realizar este trabalho conosco;

Ao Laboro pela forma como trabalha de maneira responsável e respeitosa com os seus alunos;

A todos os entrevistados na pesquisa, pessoas simples, mas com sabedoria enorme;

A toda equipe do PSF Posto de Saúde Carema, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, que participaram ativamente na realização desta pesquisa;

Ao Secretário Municipal de Saúde Uthan Avelino que autorizou a realização da pesquisa.

“O mundo é um palco, e todos os homens e mulheres, apenas autores; eles têm suas saídas e têm suas entradas; e um homem em seu tempo tem vários papéis.”

William Shakespeare

RESUMO

Estudo sobre a prevalência de lesões do pé em pacientes diabéticos atendidos no Centro Médico de Saúde Carema no município de Santa Rita - MA. Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa que teve como objetivo analisar a prevalência de lesões do pé em pacientes diabéticos. Foram entrevistados 40 pacientes. Como instrumento da pesquisa, utilizou-se um questionário que foi aplicado no próprio Centro de Saúde. Constatou-se que 40% dos pacientes tem idade entre 60 e 69 anos, predominância do sexo feminino, maior percentual de analfabetos e 55% tem renda familiar de 1 salário mínimo. A maioria dos pacientes foi fumante. 45% dos pacientes foram diagnosticados no período entre 5 a 10 anos, e 60% apresentaram glicemia pós-prandial < 126 mg/dl. O maior percentual referiu saber as medidas de autocuidado. Fazem acompanhamento regular 67% e a maioria faz associação de medicamentos hipoglicemiantes com antihipertensivos e 62,5% dos pacientes não apresentaram lesões no pé por ocasião da doença.

Palavras - Chaves: Diabetes Mellitus, Lesões de Pé.

ABSTRACT

Study about the prevalence of foot lesions in diabetics patients treated at Carema Medical Center in the town of Santa Rita, state of Maranhão, Brazil. It is a quantitative descriptive study whose purpose is to analyze the prevalence of foot lesion in diabetic patients. 40 patients were interviewed. As research instrument, a questionnaire was used at the medical center. It was verified that 40% of the patients are between 60 and 69 years old, predominantly women and illiterate and 55% of them get just one minimum wage. Most patients are smokers. 45% of the patients were diagnosed between 5 to 10 years and 60% had postprandial glycemia $<126\text{mg/dl}$. The biggest percentage was focused about how the patients take care of themselves. 67% of them has a regular attendance and most patients associate hypoglycemics, and antihypertensives and 62,5% of them don't present foot lesion during the sickness.

Keywords: Diabetes mellitus, foot lesions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual segundo a faixa etária e gênero, em 40 sujeitos portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.....	18
Tabela 2 - Distribuição do grau de escolaridade e renda familiar em 40 sujeitos portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.....	19
Tabela 3 - Distribuição quanto aos hábitos de vida em 40 sujeitos portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.....	20
Tabela 4 - Distribuição do tempo de diagnóstico e casos de diabetes na família em 40 sujeitos portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.....	21
Tabela 5 - Resposta dos sujeitos quanto à realização das medidas de autocuidado e a realização dos mesmos em 40 sujeitos portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007....	23
Tabela 6 - Distribuição de acordo com a classificação das lesões de pé e tempo de início das mesmas em 40 sujeitos portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.....	26

SUMÁRIO

	LISTA DE TABELAS.....	p.
1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	14
3	OBJETO DE ESTUDO.....	15
4	OBJETIVOS.....	15
4.1	Geral.....	15
4.2	Específico.....	15
5	METODOLOGIA.....	16
5.1	Tipo de estudo.....	16
5.2	Local e período.....	16
5.3	Critérios de inclusão.....	16
5.4	População.....	16
5.5	Instrumento da pesquisa e coleta de dados.....	16
5.6	Considerações éticas.....	17
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
7	CONCLUSÃO.....	27
	REFERÊNCIAS.....	28
	APÊNDICES.....	30
	ANEXO.....	35

1 INTRODUÇÃO

O termo “Diabetes Mellitus” é aplicado a um quadro de hiperglicemia crônica, acompanhado de distúrbios no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas. O termo engloba um grupo heterogêneo de doenças, com diferentes causas e manifestações clínicas, que resultam de defeitos na secreção e/ou da ação de insulina. Os efeitos crônicos incluem dano, disfunção ou falência de órgãos, especialmente rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (DUNCAN, 2006).

O Diabetes Mellitus (DM) é um importante e freqüente problema de saúde pública, está associado a complicações que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevivência dos pacientes (CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DIABETES, 2001).

A expressão clínica do Diabetes Mellitus é caracterizada por alterações metabólicas, complicações vasculares e neuropatias. O componente metabólico é composto não só pela hiperglicemia, como também no metabolismo de proteínas e lipídios. O componente vascular é constituído pela macroangiopatia, nas suas diferentes formas de expressão clínica, e pela microangiopatia diabética.

Em 2005, estima-se que 300 milhões de pessoas no mundo tenham diabetes. No Brasil, estudos confirmam que a doença atinge aproximadamente 7,6% da população adulta (BRASIL, 2001).

Acredita-se que existam cerca de 5 milhões de diabéticos no Brasil, hoje, sendo que metade não sabe que é portador da doença. 90% dos diabéticos são do tipo II, ou não dependente de insulina, 5% a 6% do tipo I, ou dependente de insulina, 2% do tipo secundário ou associado à outras doenças e 2% a 3% do tipo gestacional, que é transitório e ocorre durante a gravidez. Entre os 30 e 39 anos de idade 2,6% dos brasileiros são diabéticos, mais ou menos uma em cada 40 pessoas. Entre os 60 e 69 anos, esse número sobe para 17,4% das pessoas, isto é uma pessoa em cada 6 é diabética. Todos os diabéticos do tipo I devem usar insulina. No diabetes tipo II, uma em cada quatro doentes precisa da insulina para controlar a doença.

Metade dos novos casos de diabetes do tipo II poderia ser prevenida, simplesmente, evitando-se o excesso de peso e outros 30%, com uma atividade física compatível com a idade. (BRASIL, 2000).

Filhos, irmãos, primos, sobrinhos e netos de pessoas portadoras de diabetes do tipo II têm de duas a seis vezes mais chances de virem a desenvolver diabetes, do que

pessoas sem casos de diabetes na família. Isso significa que apesar de ter um forte componente hereditário, é possível que qualquer pessoa seja o primeiro caso de diabetes do tipo II, numa família. (BRASIL, 2000).

As complicações agudas são a hipoglicemia, cetose, estado hiperosmolar e as complicações crônicas são a retinopatia, nefropatia, macroangiopatia, neuropatia e o pé diabético (BRASIL, 2000).

Biguelline et. al. (2002), definem o pé diabético como alterações que ocorrem nos pés decorrentes de complicações de diabetes mellitus: neuropatia diabética (alterações dos nervos periféricos), problemas circulatórios (micro e macroangiopatia diabética) e a infecção. O menor fluxo sanguíneo, a formação de feridas que se infeccionam e de difícil cicatrização (úlceras de pernas), pode levar à gangrena.

Para Apelqvist & Larsson (2000), definem o pé diabético como uma infecção, ulceração e ou destruição profunda dos tecidos, associado com anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores.

Os problemas com os pés constituem as causas mais comuns de internações dos diabéticos, geralmente são internações prolongadas com altos custos pessoais e institucionais (ALMEIDA, 1997).

Os fatores de risco para o pé diabético são: má educação em diabetes, idade acima de 40 anos, tabagismo, tempo de diabetes acima de 10 anos, presença de neuropatia, presença de obstrução arterial nas extremidades inferiores, presença de deformidades nos pés (joanetes, dedos em garras, calos e calosidades espessas, cabeças metatarsianas proeminentes). Antecedentes de ulceração ou amputações nos pés (BRASIL, 2000).

O diagnóstico do pé em risco inclui a identificação da insuficiência vascular, da neuropatia periférica com diminuição da sensibilidade e da identificação de deformidades o diagnóstico da úlcera em membro inferior é feito pela história e pelo exame físico (DUNCAN, 2006).

Lesões que resultam em amputações são freqüentes, portanto, é importante conhecer as causas das alterações nos pés. Os principais fatores que contribuem para o aparecimento das mesmas são as alterações neuropáticas, alterações vasculares, pontos de pressão aumentados, traumas, queimaduras, sapatos mal adaptados, corte incorreto

das unhas, infecções, fatores sociais incluindo a ocupação profissional, fatores ortopédicos e outras causas de edema dos pés (ALMEIDA, 1997).

A úlcera nos pés resulta da combinação de diversos fatores, dentre eles a vasculopatia e a neuropatia, que associadas a distúrbios da biomecânica dos pés, infecções e cuidados insuficientes, favorecem o aparecimento do pé diabético (DINIZ e LOIOLA, 1996). As amputações podem ser evitadas se os sujeitos diabéticos realizarem a dieta adequada à doença, praticarem atividade física, fizerem uso de medicamentos quando necessário, participarem de atividades educativas e tiverem seus pés examinados, no momento da consulta. As orientações devem ser transmitidas minuciosamente aos diabéticos e para tanto é importante diferenciar a neuropatia da isquemia.

O pé neuropático caracteriza-se por falta de sensibilidade dolorosa. Apresenta-se frequentemente deformado com atrofia dos pequenos músculos, conduzindo a dedos em martelo, desvios das cabeças dos metatarsos, e outras posturas dos pés que não se adaptam ao tamanho dos sapatos habituais. Desenvolvem-se pontos de pressão que levam ao espessamento da pele, formando os calos. Quando associados à nutrição deficiente da pele, abrasão e diminuição da sensibilidade podem acarretar uma rápida destruição dos tecidos. O débito sangüíneo no pé neuropático está aumentado com pulso cheio e dilatação venosa visível mesmo na posição horizontal, o pé quente é tão perigoso quanto o pé frio (ALMEIDA, 1997).

O pé isquêmico apresenta à pele fria, lisa e a circulação está diminuída com pulsos reduzidos ou ausentes e os segmentos são pálidos ou de cor vermelha, arroxeados ou azulados. Ainda acompanha-se de dor, claudicação intermitente e em casos de isquemia avançada há dor em repouso.

A neuropatia pode modificar a dor isquêmica típica podendo surgir gangrena ou perda de um dedo sem qualquer sintoma (ALMEIDA, 1997).

Cerca de 10% dos pacientes diabéticos apresentam ulcerações nos pés na evolução da doença, de 20 a 25% das internações de pacientes diabéticos deve-se a complicações nos pés e 50% das amputações não traumáticas de extremidades inferiores ocorrem em diabéticos (BRASIL, 2000).

O exame do pé deve ser atribuído uma categoria de risco a cada doente, categoria essa que servirá de orientação no tratamento (CONSENSO

INTERNACIONAL SOBRE O PÉ DIABÉTICO, 2001). Na classificação de Wagner consideram-se cinco graus, e que analisa a profundidade e duração da ulceração, presença ou ausência distal e também a identificação de tecido necrosado.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando que o Centro Médico de Saúde (CMS) Carema, localizado no Município de Santa Rita – MA, recebe uma grande demanda de pacientes portadores de diabetes mellitus, direcionamos nossa pesquisa para conhecer a prevalência de lesões em pé diabético dos pacientes atendidos no referido centro.

O interesse pelo tema escolhido surgiu pela necessidade de conhecer os tipos de lesões que os pacientes apresentam e os fatores de risco para o pé diabético.

Através dessa pesquisa, analisou-se a prevalência das lesões em pé diabético e suas complicações, compreender e conhecer os vários momentos em que o paciente passa, desde o surgimento das lesões até a busca pelo tratamento no centro médico de saúde, assim como a importância de atividades de educação em saúde.

3 OBJETO DE ESTUDO

Prevalência de lesões do pé em pacientes diabéticos atendidos no Centro Médico de Saúde Carema no município de Santa Rita – MA.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Caracterizar clinica e laboratorialmente fatores de risco em pacientes diabéticos com e sem lesões de pé atendidos no Centro Médico de Saúde Carema no município de Santa Rita – MA, no período de setembro a janeiro de 2008.

4.2 Específicos

- Identificar e classificar os tipos de lesões em pé diabético dos pacientes;
- Conhecer os fatores de risco para o pé diabético;
- Definir a prevalência de pé diabético;
- Verificar as alternativas encontradas pelos pacientes para o autocuidado;
- Verificar a taxa de glicemia pós-prandial dos pacientes inseridos na pesquisa.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa onde foi avaliada a prevalência de lesões do pé em pacientes diabéticos atendidos no CMS Carema no município de Santa Rita – MA.

5.2 Local e período

A pesquisa foi realizada no CMS Carema no município de Santa Rita – MA, no período de setembro a janeiro de 2008, sendo este um centro que atende agravos de saúde que fazem parte do Programa de Saúde da Família (PSF).

5.3 Critérios de inclusão

Pacientes com Diabetes Mellitus laboratorialmente confirmado, acompanhados mensalmente pela equipe do PSF e cadastrados no CMS Carema.

5.4 População

Dos 55 pacientes diabéticos cadastrados no CMS Carema, totalizou-se uma amostra de 40 pacientes que estavam presentes no momento da consulta, nos meses de setembro a janeiro de 2008.

5.5 Instrumento da pesquisa e Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas (Apêndice C), abordando assuntos pertinentes ao tema. Foi aplicado de forma clara e sucinta aos pacientes, pelas próprias pesquisadoras do trabalho. O questionário foi aplicado no CMS Carema e os dados foram coletados e apresentados em forma de tabelas e gráficos.

As dosagens capilares das glicoses foram realizadas com glicosímetro digital ACCU-CHEK Advantage, utilizando lancetas manuais.

Utilizamos o conceito do dicionário de Larousse que define o Tabagista como pessoa dada ao tabagismo (uso do tabaco ou fumo); Etilico causado por bebida alcoólica.

Consideramos como auto cuidado, aqueles pacientes que faziam sua higiene nos pés sozinho e acompanhamento regular aqueles que se fizeram presentes as consultas pelo menos uma vez por semana.

As medicações mais relatadas pelos pacientes foram a glibenclamida, metformina, captopril, metildopa e hidroclorotiazida.

A classificação do pé diabético adotada neste trabalho, foi à proposta por Wagner:

Quadro 1. Classificação do pé diabético segundo Wagner (2001):

GRAU	CLASSIFICAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO
0	Ausência de úlceras e lesões abertas, porém estão presentes as alterações podais e queratoses, tais como: calosidade, halux, vago, pé cabo ou outras condições que caracterizam o pé de risco.
1	Úlcera superficial limitando-se a derme, não infectada ou comumente infectada por estafilococos ou estreptococos (micose interdigital ou ungueal), tratados em ambulatório (ausência de infecções importantes).
2	Úlcera profunda com infecção acometendo não somente a derme, mas também os tecidos subcutâneos, músculos, tendões e ou cápsula articular. Não atinge tecido ósseo.
3	Úlcera profunda com presença de abscesso e osteomielite.
4	Presença de gangrena localizada.
5	Presença de gangrena externa.

5.6 Considerações éticas

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa e obedeceu Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde que regulamenta pesquisas em seres humanos e assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), foi obtida autorização do CMS Carema (Apêndice B).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa estão representados nos tópicos conseguintes, através de tabelas e gráficos, analisados em função dos números e percentuais obtidos, comparando-os com os achados literários, a saber:

Os resultados demonstram que da amostra estudada 40% encontram-se na faixa etária entre 60 a 69 anos. Com relação ao gênero, observa-se que 67,5% são do sexo feminino.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual segundo a faixa etária e gênero, em 40 portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.

DADOS DEMOGRÁFICOS	(n)	(%)
FAIXA ETÁRIA (anos)		
25 a 39	03	7,5
40 a 49	----	----
50 a 59	13	32,5
60 a 69	16	40,0
70 a 79	05	12,5
80 e mais	03	7,5
GÊNERO		
Masculino	13	32,5
Feminino	27	67,5
TOTAL	40	100

A prevalência do diabetes foi semelhante para homens e mulheres. Aumentou consideravelmente com o progredir da idade. Dados brasileiros mostram que a prevalência varia de 2,7% para grupo etário de 30 a 39 anos, até 17,4% para grupo etário de 60 a 69 anos. A prevalência aumenta com a idade podendo chegar a 20% da população com 65 anos ou mais (BRASIL, 2000).

Tabela 2 - Distribuição do grau de escolaridade e renda familiar em 40 portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.

VARIÁVEL	(n)	(%)
GRAU DE ESCOLARIDADE		
Alfabetizado	16	40,0
Não alfabetizado	24	60,0
RENDA FAMILIAR		
<1 salário mínimo	04	10,0
Até 1 salário	22	55,0
>1 salário	14	35,0
TOTAL	40	100,0

A tabela 2 mostra que 60% dos pacientes não são alfabetizados e que 55% têm uma renda mensal de até um salário mínimo, podendo dificultar a adesão ao tratamento, à compreensão sobre a doença, e pouca atenção às medidas de saúde preventivas e implicar em complicações e morte prematura desses pacientes (VOMERO, 2002).

Tabela 3 - Distribuição quanto aos hábitos de vida em 40 portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.

VARIÁVEL	(n)	(%)
TABAGISMO		
Não	15	37,5
Sim	25	62,5
HÁ QUANTO TEMPO		
1 a 2 anos	02	5,0
8 a 10 anos	05	12,5
11 a 20 anos	09	22,5
25 a 50 anos	05	12,5
Ainda Fumam	04	10,0
TOTAL	25	65,5
ETÍLICO		
Não	21	52,5
Sim	19	47,5
HÁ QUANTO TEMPO		
1 a 2 anos	01	2,5
3 a 5 anos	02	5,0
10 a 15 anos	05	12,5
16 a 20 anos	06	15,0
21 a 31 anos	01	2,5
Ainda bebem	04	10,0
TOTAL	19	47,5

Conforme a tabela 3 os dados demonstraram que 62,5% foram fumantes e cujo tempo de consumo, 22,5% entre 11 a 20 anos de uso.

Observou-se ainda que 15% fizeram uso de bebida alcoólica no período de 16 a 20 anos de uso. Os fatores de risco para pé diabético são: tabagismo, etilismo e presença de neuropatias (BRASIL, 2000).

Tabela 4 - Distribuição do tempo de diagnóstico e casos de diabetes na família em 40 portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.

VARIÁVEL	(n)	(%)
TEMPO DE DIAGNÓSTICO		
< 5 anos	16	40,0
5 a 10 anos	18	45,0
>10 anos	06	15,0
DIABETES NA FAMÍLIA		
Não	19	47,5
Sim	21	52,5
TOTAL	40	100,0

Após cinco anos que o paciente torna-se portador de diabetes aumentam os riscos de complicações decorrentes das altas taxas glicêmicas (BRASIL, 2001).

O tempo de diagnóstico dos pacientes foi relevante no período de 5 a 10 anos correspondendo a 45%. Observou-se ainda que 52,5% têm antecedentes familiares da doença.

A Associação Americana de Diabetes recomenda para o controle de diabetes em adultos uma glicemia < 180 mg/dL quando coletada entre 1 e 2 horas, após o início da alimentação. A Federação Internacional de Diabetes e Associação Européia de Diabetes recomendam que para a prevenção da macroangiopatia, a glicemia 2 horas após a alimentação deve ser < 135 mg/dL (DUNCAN, 2006). De acordo com o gráfico 1, 60% dos pacientes apresentaram glicemia < 126 mg/dl.

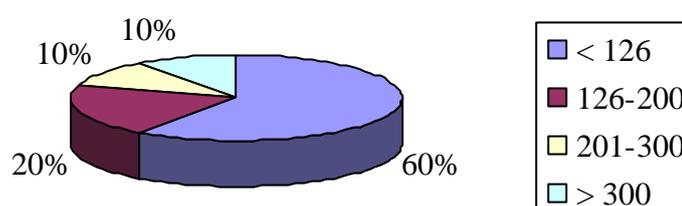


Gráfico 1 - Distribuição com relação a taxa de glicemia pós-prandial em 40 portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.

Tabela 5 - Resposta dos entrevistados quanto à realização das medidas de autocuidado e a realização das mesmas em 40 portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.

VARIÁVEL	(n)	(%)
MEDIDAS DE AUTO CUIDADO		
Sim	24	60,0
Não	16	40,0
DIFICULDADES NO AUTOCUIDADO		
Sim	11	27,5
Não	29	72,5
TOTAL	40	100,0

A úlcera nos pés resulta da combinação de diversos fatores, dentre eles a vasculopatia e a neuropatia, que associadas a distúrbios da biomecânica dos pés, infecções e cuidados insuficientes, favorecem o aparecimento do pé diabético (DINIZ E LOIOLA, 1996).

A tabela 5 demonstrou que 60% dos pacientes conhecem as medidas de auto cuidados como higiene e secagem dos pés, usarem sapatos confortáveis, não andarem descalço cortar as unhas dos pés com cuidado, e 72,5% não sentem dificuldades para a realização dos mesmos.

A prevenção é a forma mais eficaz, barata e gratificante de tratar agravos. É de suma importância e engloba, além da educação para a saúde, a reorganização das comunidades e da rede básica. Geoffrey Rose, epidemiologista inglês que estabeleceu as bases da prevenção das doenças crônicas, dizia que um grande número de pessoas expostas a um pequeno risco pode gerar mais casos que uma pequena quantidade de pessoas exposta a um grande risco (BRASIL, 2001).

Conforme o gráfico 2, 67% da amostra faz acompanhamento regular.

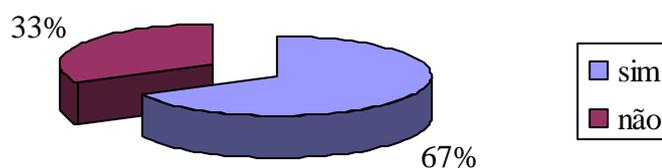


Gráfico 2 - Distribuição do acompanhamento regular em 40 portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.

O controle do diabetes deve ser estimulado através de mudanças no estilo de vida, se o paciente não alcançar as metas glicêmicas em três meses deve-se acrescentar ao tratamento o hipoglicemiante oral ajustando dosagens e fármaco a serem utilizados até que se obtenham os melhores resultados terapêuticos (DUNCAN, 2005).

No gráfico 3, observa-se que 55% dos pacientes faz associação de hipoglicemiantes orais e anti-hipertensivos como a glibenclamida, captopril, metformina, metildopa. Hipertensão arterial e diabetes mellitus coexistem em muitos pacientes, somando seus efeitos deletérios sobre o sistema cardiovascular (DUNCAN, 2006).

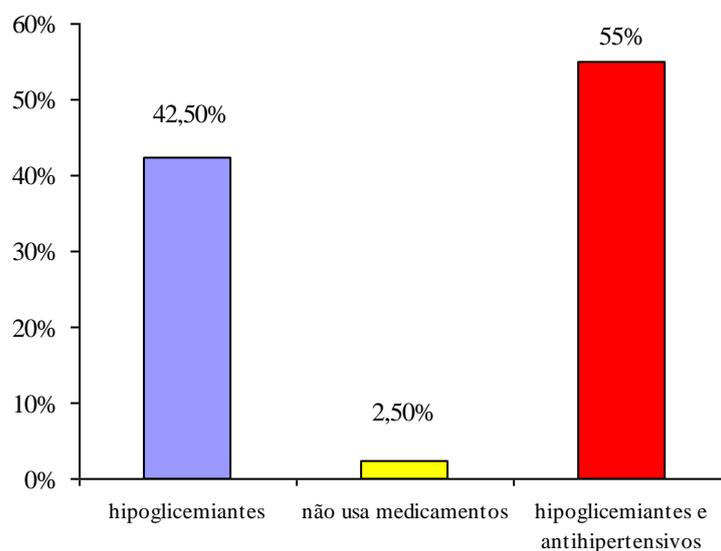


Gráfico 3 - Distribuição do uso de medicamentos em 40 portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.

Tabela 6 - Distribuição de acordo com a classificação das lesões de pé e tempo de início das mesmas em 40 portadores de Diabetes Mellitus atendidos no Programa Saúde da Família em Santa Rita – MA 2007.

VARIÁVEL	(n)	(%)
LESÕES DE PÉ		
Grau 0	02	5,0
Grau I	13	32,5
Grau II	----	----
Grau III	----	----
Grau IV	----	----
Grau V	----	----
Sem lesões	25	62,5
TEMPO DO INICIO DAS LESÕES		
<15 dias	03	7,5
15 a 30 dias	03	7,5
>30 dias	09	22,5
Não se aplica	25	62,5
TOTAL	40	100,0

Os problemas com os pés constituem as causas mais comuns de internações dos diabéticos, geralmente são internações prolongadas com altos custos pessoais e institucionais (ALMEIDA, 1997).

Cerca de 10% dos pacientes diabéticos apresentam ulcerações nos pés na evolução da doença, de 20 a 25% das internações de pacientes diabéticos deve-se a complicações nos pés e 50% das amputações não traumáticas de extremidades inferiores ocorrem em diabéticos (BRASIL, 2000). Quanto às lesões nos pés 62,5% não apresentavam lesões. No que se refere ao tempo de início das lesões detectou-se que 22,5% eram superiores há trinta dias.

7 CONCLUSÕES

Mediante as respostas obtidas no questionário aplicado e comprovando-se com o que a literatura relata sobre o assunto em questão, encontrou-se a maior faixa etária entre os diabéticos de 60 a 69 anos de incidência da doença, sendo que o sexo feminino foi o de maior relevância. Observou-se a predominância em pessoas não alfabetizadas e com renda familiar até um salário mínimo.

Quanto ao tabagismo, foi observado que a maior parte da amostra pesquisada fez uso por um período de 11 a 20 anos. E com relação ao etilismo constatou-se um percentual considerável aos que não fazem uso.

Dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus incluídos na pesquisa, constatou-se que a maior incidência, já faz tratamentos há mais de cinco anos, correlacionados com um alta taxa de antecedentes familiares da doença.

Quanto à incidência de pacientes portadores de diabetes, prevaleceram os que apresentaram taxas glicêmicas pós-prandial dentro dos padrões aceitáveis pela Associação Americana de Diabetes.

Os resultados demonstram que a maior prevalência são conhecedores das medidas de auto cuidado como secar os pés, andar de sapatos adequados e confortáveis e que deveriam evitar qualquer tipo de trauma seja mecânico, químico ou térmico, por seus pés terem menor sensibilidade. Observou-se um maior percentual com relação àqueles que não têm dificuldades em executar tais medidas.

Da população pesquisada 67% dos pacientes têm acompanhamento regular pela Equipe de Saúde da Família. Com relação às medicações a maior porcentagem faz uso de hipoglicemiantes orais com associação de anti-hipertensivos.

A promoção e a prevenção dos pés de risco são os principais objetivos para diminuir índices alarmantes de amputação de membros inferiores. Constatou-se que os pacientes inseridos na pesquisa, o maior percentual não apresentaram lesões nos pés e aqueles que apresentaram referiram o tempo de início das lesões superior a 30 dias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H.G. G de **Diabetes Mellitus**: uma abordagem simplificada para profissionais de saúde. São Paulo: Atheneu, 1997.

APELQVIST J, LARSSON J, Agardh CD. Long-term prognosis for diabetic patients with foot ulcers. **Journal of Internal Medicine**, n. 233, p. 485-491. 2000.

ARAÚJO, RB; Santos I; Cavaleti, MA. Avaliação dos cuidados prestados a pacientes diabéticos em nível primário. **Rev Saúde Pública**, n. 33, n. 1, p. 24-32. 1999.

BENFANTI, F. B. **Avaliação e tratamento do pé diabético**. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/projetos/pédiabeticos.htm> Acesso em: 15 de jan. de 2006.

BIGUELINI. C.P.et. al. **Como elaborar um protocolo para enfermeiros em saúde pública**: relato de uma experiência: 2. ed. Francisco Beltrão, 2002.

BRASIL Ministério da Saúde. **Diabetes e a reorganização da atenção**: informe da Atenção Básica, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área técnica de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Documento preparado pelo grupo de trabalho internacional sobre pé diabético.** Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

DINIZ, L. M.; LOIOLA, L.V. Pé Diabético. In: Gonçalves, RG. **Complicações crônicas do diabetes.** Belo Horizonte: Health, p. 235-273, 1996.

DUNCAN, Bruce B. SCHMIDT, Maria Inês, GIUGLIANI, Elza R. J. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências, 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LIBRARIE, Larousse. **Dicionário da Língua Portuguesa.** São Paulo: Universo Ltda, 1992.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso Brasileiro Sobre Diabetes: **Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo II.** Rio de Janeiro: 2001. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/Acesso> em: Setembro de 2007.

VOMERO, Maria Fernanda. Diabetes, o novo mal do século. **Super Interessante,** São Paulo, ed.180, p.42-50, setembro, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**LABORO: EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientador (a): Prof. Dr. Gutemberg F. de Araújo. Email: gutembergaraujo@elo.com.br

End. Rua Miragem do Sol, 27/601 – Renascença II - fone: 3235-9064

Pesquisadoras: Fabiana Santos de Sousa, Verisleine Aranha de Oliveira

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa/HU-UFMA: Wildoberto Batista Gurgel.

End. Comitê: R. Barão de Itapary, 227, Centro; Fone: 2109-1233

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE LESÕES DO PÉ EM PACIENTES
DIABÉTICOS ATENDIDOS NO CENTRO MÉDICO DE SAÚDE CAREMA NO
MUNICÍPIO DE SANTA RITA – MA**

Prezado(a) Sr(a), estamos realizando uma pesquisa sobre a presença de lesões nos pés dos pacientes que tem Diabetes e que são atendidos no Centro Médico de Saúde Carema no município de Santa Rita – MA. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas e exames no(a) senhor(a) que ajudarão saber a quantidade de pessoas com lesões no pé e que fatores podem estar relacionados a estas lesões e permitirão que se possa planejar ações específicas voltada para a realidade desta comunidade. As informações fornecidas serão usadas apenas para essa pesquisa não sendo divulgados os dados que identifiquem os participantes. Sua participação não implicará em custos. Caso o(a) Sr(a) desista de participar não haverá nenhum prejuízo ao seu cuidado prestado neste serviço.

Eu,, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelas pesquisadoras responsáveis, que concordo em participar da pesquisa, dando informações referentes a minha doença e condições de vida. Fui esclarecido(a) que está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa, não havendo riscos ou desconfortos a mim, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado; foi garantido o sigilo e a privacidade das informações que forneci e que não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Santa Rita, 2007

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Assinatura do participante

Centro Médico de Saúde Carema – Av. General Rivas, s/n Santa Rita – MA.

APÊNDICE B – Ofício de autorização para realização da pesquisa

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Ilmo Sr Secretario de Saúde do Município de Santa Rita – Ma.

ATT: Sr. Uthan Avelino

Nós, alunas do curso de especialização em saúde da Família da LABORO - Excelência em Pós-Graduação, viemos através deste requerer junto a esta instituição a autorização para a realização de uma pesquisa monográfica, a ser realizada no mês de outubro a novembro do corrente ano, cujo tema trata da Análise da Prevalência de Lesões do pé em pacientes diabéticos atendidos no Centro Médico de Saúde Carema deste município.

N. Termos,

P. Deferimento.

São Luís, 20 de setembro de 2007

Fabiana Santos de Sousa

Verisleine Aranha de Oliveira

APÊNDICE C – Instrumento para a coleta de dados

LABORO: EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO

Tema: Análise da Prevalência de lesões do pé em pacientes diabéticos, atendidos no Centro Médico de Saúde Carema, no município de Santa Rita – MA.

Entrevista nº _____

Local (Instituição/domicílio): _____

Data: _____ / _____ / _____

Entrevistadora: _____

Parte 1 – Dados Pessoais:

Nome: _____

Endereço: _____

Idade: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____

Ocupação/Profissão: _____ Sexo: _____

Renda familiar: _____ Grau de Escolaridade: _____

Parte 2 – Dados da entrevista semi-estruturada:

1. Hábitos de vida pregressa

Fumou () sim () não () às vezes A quanto tempo _____

Bebeu () sim () não () às vezes A quanto tempo _____

2. A quanto tempo você é diabético?

() < 5 anos () 5-10 anos () >10 anos () Ignorado

3. Você tem casos de diabetes na família?

() Sim () não

4. Glicemia pós-prandial:

< 126 mg/dl 126-200 mg/dl 201-300 mg/dl > 300 mg/dl

5. Você é conhecedor das medidas de auto cuidado?

Sim. Quais: _____

não

6. Você encontra dificuldade em realizar o auto cuidado relacionado com o pé diabético?

Sim. Quais: _____

não

às vezes

7. Você faz acompanhamento regularmente?

Sim

não

8. Você faz uso de medicamentos?

Hipoglicemiantes orais Insulina Antihipertensivos Outros

9. Lesões de pés:

Grau 0 Grau I Grau II Grau III Grau IV Grau V

10. Tempo de início das lesões:

< 15 dias de 15 a 30 dias > 30 dias

ANEXO

ANEXO I – Protocolo de Entrega ao Comitê de Ética em Pesquisa

LABORO: EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA