



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PERFIL DE PACIENTES AMPUTADOS DOMICILIADOS EM
DECORRÊNCIA DE DIABETES MELLITUS E O ACOLHIMENTO DA
TEORIA A VIVÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMARIA (UBS CARRAPICHO
GOIANA PERNAMBUCO).**

ANDERSON ANDRADE CONDORI

NATAL/RN
2021

PERFIL DE PACIENTES AMPUTADOS DOMICILIADOS EM DECORRÊNCIA DE
DIABETES MELLITUS E O ACOLHIMENTO DA TEORIA A VIVÊNCIA NA ATENÇÃO
PRIMARIA (UBS CARRAPICHO GOIANA PERNAMBUCO).

ANDERSON ANDRADE CONDORI

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: MARCOS JONATHAN
LINO DOS SANTOS

NATAL/RN
2021

Á Deus todo poderoso;

Aos Meus Pais pelo exemplo de competencia, dignidade e pelos incansáveis e amáveis esforços que puderam tornar possível tudo em minha vida;
Aos demais familiares que se fizeram presentes em minha vida; a meus queridos pais, Maria Andrade Condori e Armando Ale Condori (in memorian), Esposa Andréa Perreira Condori, Irmãos: Nara, Daniels, Libne, Roberson e Jesley pela compreensão, companheirismo e experiências compartilhadas durante toda vida;
A meu orientador facilitador pedagógico Marcos Jonathan Lino Dos santos por sua paciência, dedicação e comprometimento. A todos os amigos pela força e amizade construídas até hoje, que certamente serviu de alicerce da minha trajetória;
Enfim, a todos que diretamente ou indiretamente me ajudaram na conclusão desta Especialização.

Á meu grande Protetor e Preservador da vida, "Deus"
A toda minha família, amigos e facilitador pedagógico.
A UFRN Universidade Federal do Rio Grande do Norte e seus colaboradores.
Ao Programa Mais Médicos por haver me concedido esta oportunidade de concluir esta
Especialização.
Enfim, a todos os pacientes por terem confiado no meu diagnóstico e tratamento.

RESUMO

Contextualização: amputação é um procedimento cirúrgico ou mecânico, utilizado desde o início da civilização. Dentre as causas para amputação destacam-se os traumas por acidentes automobilísticos e comorbidades associadas ao diabetes mellitus; O acolhimento é um instrumento de inclusão para um bom atendimento ao usuário do sistema único de saúde; O câncer de mama é uma patologia grave que trazem muitos malefícios ao acometido, suas complicações podem levar a sequelas e morte. **Objetivos:** Propor intervenções para abordar o diabetes mellitus como um dos fatores indicativos para amputação; O acolhimento como resolução para o meio de inclusão; O conhecimento como meio de prevenção para o câncer de mama tendo como viés explorar os meios como palestras, visitas domiciliares, educação e orientação como processo de contribuição aos usuários da atenção primária. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa de campo de cunho investigativo, de caráter descritivo-exploratório. **Resultados:** Diante dos dados analisados neste estudo, pode-se observar a predominância em pessoas em idade não produtiva, não há dados quantitativos de amputações no Brasil, sabe-se que, aproximadamente 40% em pessoas com diabetes mellitus ocorre amputação; O câncer de mama acomete mais de 90% as mulheres com a idade maior de 45 anos. **Conclusão:** Embora os meios por nós utilizados foram mais focados em palestras educativas para todas as três microintervenções e o procedimento da amputação seja geralmente um procedimento cirúrgico cujo objetivo é melhorar uma condição de funcionalidade, trata-se de algo que imprime importantes consequências a qualidade de vida da pessoa amputada.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	07
.....		
2	. RELATO DE MICROINTERVENAÇÃO	1 10
.....		
3	. RELATO DE MICROINTERVENAÇÃO	2 13
.....		
4	. RELATO DE MICROINTERVENAÇÃO	3 17
.....		
5	. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
.....		
6	. REFERÊNCIAS	23
.....		
7	. ANEXOS	25
.....		

1. INTRODUÇÃO

Segundo INCA (2019), o câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células da mama. Esse processo gera células anormais que se multiplicam, formando um tumor. O câncer de mama acomete tanto homens como mulheres, porém sua maior prevalência é em mulheres com idade maior de 45 anos ou aquelas que já tenham histórico de familiares que já tenham sido acometidos por este mal. As estimativas do câncer de mama só vem aumentando a cada ano. Em nossa vivencia pratica notamos a falta de informação ou desinformação que as mulheres na sua maioria obtinham e assim foi pensado pela equipe a construção de um meio de ajuda e prevenção a respeito do câncer de mama, tendo como foco principal as mulheres não que os homens também não sejam acometidos por esta patologia, porém como o maior número prevalente e que aumenta a cada dia nas mulheres, então resolvemos inserir a totalidade feminina nesta campanha que teve como critério uma boa educação continuada contra os fatores que previnem ou favorecem o desenvolvimento desta patologia.

Segundo FERREIRA (1995) acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no seu reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização na resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Em nossa unidade de saúde enfrentamos algumas barreiras para a implementação do acolhimento pois os profissionais não tinham ciência do papel de cada um da equipe no ato de acolher, confundiam acolhimento com triagem porém foi esclarecido que a triagem é um meio de exclusão ou seja quem deveria atender ou não atender. Já no caso do acolhimento objetivamos a inclusão criando um vínculo sob a ótica da vulnerabilidade e assim surge a nossa demanda programada com o imprevisível acolhendo a todos e atendendo de maneira adequada a quem precisa ser atendido.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis trazem muitos prejuízos na vida dos acometidos, impactando um grande número de pessoas e representa um grande impacto para saúde pública em 2004 representavam 62% do total de óbitos do País. As DCNT, conhecido como Doenças Crônicas Não Transmissíveis, são aquelas doenças que não são causadas por vírus, bactérias ou fungos, e não são transmitidas de um paciente para outro. De acordo com a OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde (BRASIL, 2005) elas são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países de nosso continente, incluindo

o Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde (2003), e o Manual de Assistência na Atenção Primária de saúde os pacientes domiciliados são considerados pessoas com diferentes graus de incapacidade que as impossibilitam não somente de ir à unidade de básica de saúde como também na maioria dos casos, de realizar atividades cotidianas básicas. Os pacientes acamados são aquelas situações em que ficam restritos ao leito e requerem alguns cuidados especiais.

As doenças crônicas não transmissíveis acometem um grande público de pessoas e muitas destas acometidas podem ficar incapacitadas com prejuízos em sua independência funcional chegando a ficarem domiciliadas ou acamadas. As principais DCNT, doenças crônicas não transmissíveis que em 2004 representavam 62% de óbitos e comorbidades são elas: Cardiovasculares, Câncer cervico uterino, câncer de mama em mulheres, estômago e pulmões em homens, doenças respiratórias crônicas e Diabetes Mellitus. Estas patologias podem levar os acometidos a perdas de partes de algum membro ou a perda total, o diabetes mellitus pode levar a inúmeros danos em membros, órgãos e sistemas. Esta doença esta presente na maioria das pessoas que apresentam uma hiper glicemia ou seja uma glicemia acima de 126 mg/dl na glicemia em jejum. Ela e um dos vários problemas de saúde publica no mundo e nossa micro região não fica de fora. E foi em algumas visitas domiciliares que constatamos um bom percentual de pacientes domiciliados e sequelados pela cronicidade do diabetes mellitus que as levaram a perdas de partes de seus membros. A constatação destes acometimentos nos levaram a construção de uma matriz de intervenções com o intuito de guiar nosso trabalho em um véis de educação e cuidado para alcançarmos nossos objetivos.

Nossos objetivos foram conscientizar os pacientes domiciliados amputados em decorrência de diabetes mellitus que foram identificados em nossas visitas domiciliares. Nossas justificativas foram elencadas a partir da constatação do déficit de conhecimentos dos usuários e seus familiares a respeito do diabetes mellitus e suas complicações que repercutem no estado físico, mental, social. Porque estas complicações podem levar a perda da independência física e déficit das atividades de vida diária. Estes problemas foram visualizados a partir de realizadas as miointervenções em visitas domiciliares de rotina.

O município é um município brasileiro do estado de Pernambuco, região nordeste do país. encontra-se localizado no extremo norte da região metropolitana do Recife, fazendo divisa com a região metropolitana de João Pessoa. Está situado no litoral, a 62 km do Recife, 51 km da capital paraibana e 2.187 km de Brasília. Sua população estimada em 2019 era de 79. 758 habitantes. O município de Goiana é dividido em três distritos, Sede, Ponta de Pedras e Tejucupapo. Destacando-se pelas industrias automobilísticae e farmacoquímico e pela cultura de cana de açúcar. A Unidade de Saúde Carrapicho e o local onde atualmente trabalho. Ela pertence ao distrito de Tejucupapo e fica localizado em zona rural. Em nossa Unidade de Saúde temos uma Equipe formada por Medico, Enfermeiro, Odontólogo, Tecnico de enfermagem, auxiliar de consultorio dentário, Agente de saúde, Agente de limpeza e

recepção. em nossa microárea temos mais de 2 mil famílias sendo que 1.334 são de área coberta o restante em área descoberta mais que recebem atendimento em nossa unidade de saúde. Nossos usuários do SUS estão divididos em pessoas entre as faixas etárias de 20-59 = 781 e com a idade média dos 60 anos e mais o total de 172 usuários, dentre estes temos mais de 60 portadores de diabetes mellitus e 6 amputados domiciliados em decorrência das comorbidades e complicações do diabetes mellitus. Destes amputados metade é do sexo masculino e metade do sexo feminino e todos com a idade acima dos 60 anos de idade, sendo que todos desconheciam as gravidades das complicações do diabetes mellitus. Os motivos de elaborarmos esta pesquisa foi através de uma das microintervenções de doenças crônicas não transmissíveis, cujo várias patologias que fazem parte deste arcabouço e vivenciado no dia-dia de uma unidade de saúde da família inclusive em nossas visitas domiciliares aos pacientes acamados ou domiciliados.

A escolha destas três microintervenções em que decidimos intervir cada uma trouxe e trará importantes contribuições para o território pois a implantação do acolhimento e um instrumento de muita resolutividade em uma unidade de saúde, assim como o conhecimento e meios de prevenção do câncer de mama. Já para os portadores de diabetes mellitus e de suma importância o conhecimento desta patologia que se não controlada pode levar a várias complicações em órgãos e sistemas inclusive a amputação de partes dos membros ou membros inteiros.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

ACOLHIMENTO DA TEORIA A VIVÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Segundo FERREIRA (1995) acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no seu reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização na resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O acolhimento na realidade prática é bem mais fácil para o funcionamento de uma unidade de saúde, para resolução das demandas do dia-dia na estratégia de saúde da família (ESF). Porém a implantação do mesmo requer atenção e cuidado no envolvimento da equipe de saúde da família porque requer o envolvimento de sua equipe para desenvolver este papel tão crucial e necessário para uma melhor e mais rápida assistência daqueles usuários que necessitam de um olhar mais ampliado para resolução de problemas relacionados à saúde, doença, prevenção, reabilitação ou cuidados paliativos que demandam de um bom preparo e atenção especializada para a melhoria da qualidade de vida de nossa população.

Nossa Unidade de Saúde da Família (USF - Carrapicho) está situada no Município de Goiana pertencente ao Estado de Pernambuco, neste Município temos 24 USF a que atuamos como profissional da saúde tem uma equipe composta por Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde, Odontólogo e ACD. Em nossa micro região temos 520 casas, com população 1.405.00 pessoas.

Em nossa unidade de saúde enfrentamos algumas barreiras para a implementação do acolhimento pois os profissionais não tinham ciência do papel de cada um da equipe no ato de acolher, confundiam acolhimento com triagem porém foi esclarecido que a triagem é um meio de exclusão ou seja quem deveria atender ou não atender. Já no caso do acolhimento objetivamos a inclusão criando um vínculo sob a ótica da vulnerabilidade e assim surge a nossa demanda programada com o imprevisível acolhendo a todos e atendendo de maneira adequada a quem precisa ser atendido.

Após o entendimento a respeito do acolhimento com a intenção de melhorar a atenção da

população de nossa área, com uma visão mais ampliada criamos uma agenda de demanda espontânea para atendermos aquelas demandas programadas de casos rotineiros que exigem uma demanda programada de usuários que são acompanhados semanalmente ou mensalmente, pacientes que requerem cuidados especiais como portadores de diabetes mellitus, hipertensão arterial, planejamento familiar, controle pré-natal dentre outras demandas.

Nossa unidade de saúde sempre funcionou através de demanda programada agendada, por isso foi necessário a implantação de uma microintervenção, para envolver toda a equipe com os objetivos citados acima foi realizado reunião com toda a equipe com rodas de conversas para o esclarecimento a respeito do acolhimento e sua implantação. Assim ficou decidido que a equipe inteira participaria do acolhimento, os dias de cada profissional seria escolhido de acordo com sua agenda de tarefas programadas mensalmente.

A temática decidida por nossa equipe foi escolhida por um critério de observação para melhoria dos atendimentos e serviços demandados por nossa equipe e foi utilizado alguns recursos audiovisuais para as palestras com a equipe utilizando exemplos de vivencia em outras unidades de saúde, o caderno do ministério as saúde nos deu um norte para ser seguido, assim por estes meios implantamos o instrumento de acolhimento em nossa UBS. Para a implantação deste recurso tivemos de nos reunir em 2 (dois) encontros quase que simultâneo pois víamos a grande necessidade e urgência da implantação deste instrumento que ajudará a equipe e a população adscrita no qual veremos os frutos no decorrer dos dias, semanas, meses e anos.

Para que o acolhimento funcione da maneira que queremos será necessário a constante insistência por nossa parte, e se houver a necessidade de ajustes da equipe, então assim o faremos pois sabemos que uma equipe capacitada com um bom acolhimento resultará na agilidade do atendimento com uma escuta qualificada facilitando o fluxo dos usuários e assim prestando uma melhor assistência. Para o seguimento deste projeto propusemos as seguintes propostas:

- 1- Conhecimento sobre o acolhimento;
- 2- Por que usar este instrumento de acolhimento;
- 3- Quais as vantagens e desvantagens para a equipe;
- 4- Qual impacto trará para a população a longo prazo;
- 5- O acolhimento deve ser contínuo;

Os resultados que estão aparecendo com a implantação do acolhimento, e estão sendo refletidos na qualidade dos atendimentos de toda equipe e pela população que recebe esta atenção com muita curiosidade, pois sabemos que esta nova modalidade do cuidado personalizado e um instrumento de acolhimento e não exclusão.

A continuação deste projeto só será possível com o envolvimento de toda a equipe, e caso haja dificuldade, desanimo então deveremos nos reunir em uma roda de conversa

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

CÂNCER DE MAMA DO CONHECIMENTO A PREVENÇÃO

Segundo INCA (2019), o câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células da mama. Esse processo gera células anormais que se multiplicam, formando um tumor. O câncer de mama acomete tanto homens como mulheres, porém sua maior prevalência é em mulheres com idade maior de 45 anos ou aquelas que já tenham histórico de familiares que já tenham sido acometidos por este mal.

Os números de óbitos por câncer de mama apresenta-se bastante elevado principalmente na população feminina com um total de mortes: 17.763, sendo 17.572 mulheres e 189 homens, de acordo com o Atlas de Mortalidade por Câncer - SIM-2018. Com estimativas de novos casos: 66.280 (2020 - INCA). Isto faz do câncer de mama um grande vilão da vida passada e vida moderna que merece uma maior atenção no seu combate por meio da prevenção ou reabilitação e conscientização por mais agentes agregados a esta campanha do bem contra o mal.

Em nossa vivência prática notamos a falta de informação ou desinformação que as mulheres na sua maioria obtinham e assim foi pensado pela equipe a construção de um meio de ajuda e prevenção a respeito do câncer de mama, tendo como foco principal as mulheres não que os homens também não sejam acometidos por esta patologia, porém como o maior número prevalente e que aumenta a cada dia nas mulheres, então resolvemos inserir a totalidade feminina nesta campanha que tem como critério de uma boa educação continuada contra os fatores que favorecem ou contribuem para tal comorbidade, fatalidade e letalidade.

A unidade de saúde carrapicho pertence ao distrito do município de Goiana pertencente ao Estado de Pernambuco. A média populacional de cidadãos cobertos da nossa microrregião é de 1.405.00 pessoas, com o total de 520 casas, diabéticos 70, hipertensos 170, gestantes 08, acamados 08.

A falta de informação sobre a prevenção do câncer de mama faz com que aumente a prevalência desta patologia, uma boa orientação contribui para uma melhor educação no contexto preventivo e contínuo de uma certa população. O intuito de criar um dia no mês de conscientização sobre o câncer de mama proposto por nossa USF vem com muita expectativa para todos pois trará uma melhor possibilidade para o enfrentamento de fatores que envolvem as mudanças de hábitos praticados muitas vezes inocentes e se não forem combatidos trarão terríveis consequências negativas.

O mês de outubro, chamado de outubro rosa é um mês que é celebrado anualmente com o objetivo de compartilhar informações sobre o câncer de mama e promover a conscientização sobre a importância da detecção precoce da doença. O objetivo de um dia extra no mês

dedicado a conscientização fora do outubro rosa para todas as mulheres que querem conhecer e melhorar seus maus hábitos substituindo por mais adequados e uma proposta para o envolvimento multiprofissional e troca de experiências entre as usuárias e os profissionais de saúde envolvidos no cuidado.

A implantação deste projeto por nossa equipe se fez por meio de uma reunião onde foi discutida a inserção de um dia em cada mês para palestras educativas e atividades lúdicas no qual envolver-se toda população feminina e todos os profissionais de nossa USF. E para o maior aproveitamento lançamos convite para a participação de profissionais do núcleo de apoio a saúde da família porque estes profissionais articulados conosco trará um melhor enriquecimento e fortalecimento para todos. A contribuição de toda equipe envolvida resultou em várias ideias para chamamento desta população alvo que receberam convite boca a boca.

Depois de tudo pronto foi dado a largada no dia 19 do mês de outubro de 2020 onde na inauguração palestramos sobre o rastreamento do câncer de mama, sua importância, fatores de risco e rotina do rastreamento do câncer de mama. Todos os profissionais de nossa USF estiveram envolvidos e as pessoas que assistiram esta palestra foi no total de 18 pessoas porque não podemos ter aglomerações de pessoas devido a pandemia do covid-19.

Temas abordados:

- A importância da (MEV) mudança do estilo de vida;
- Atividade física como promotora de saúde;
- Nuliparidade e amamentação;
- Uso de álcool e tabagismo;
- Sedentarismo e obesidade;
- Fatores de risco para o câncer de mama e mamografia;

As dificuldades que tivemos foi em relação a nosso espaço físico pois nossa USF é muito pequena e o lugar para estas atividades sempre são realizados na área de recepção, já as palestras foram realizadas com o uso de meios lúdicos e meios eletrônicos. No final das palestras tivemos uma comemoração com uma pequena torta e refrigerante claro tudo com moderação para não contribuirmos no fator de obesidade.

Foi comprovado o grande potencial de toda equipe que se envolveu nesta causa, onde se via estampado em seus rostos a alegria de terem contribuído e possibilitando a realização deste projeto.

O esperado por todos da equipe é melhorar a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas inclusive da equipe profissional porque quando se ensina também se aprende. A continuidade deste projeto resultará em um novo estilo de vida e a propagação de verdadeiras informações que serão transmitidas de pais a filhos, e a toda vizinhança.

Figura 1. Palestra sobre Prevenção do Câncer de mama.



Fonte: Equipe USF Carrapicho, Goiana PE.

Figura 2. Parte da equipe da Unidade de Saúde reunida pós-palestras.



Fonte: Unidade de Saúde Carrapicho, Distrito de Goiana PE.

Referências

1. <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>
2. <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/sinais-e-sintomas-do-cancer-de-mama/1383/34/>
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines for Breast Cancer Screening and Diagnostic. Versão 1.2014. Disponível em nccn.org. Consultado em 06 de outubro de 2014.
4. Symptoms & Diagnosis of Breast Cancer. Breastcancer.org Foundation. Disponível em breastcancer.org/symptoms. Consultado em 06 de outubro de 2014.
5. Symptoms & Diagnosis of Breast Cancer. Breastcancer.org Foundation. Disponível em breastcancer.org/symptoms/testing. Consultado em 06 de outubro de 2014.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

Perfil de Amputados Em Decorrência de Diabetes Mellitus Na Atenção Primária

As DCNT, conhecido como Doenças Crônicas Não Transmissíveis, são aquelas doenças que não são causadas por vírus, bactérias ou fungos, e não são transmitidas de um paciente para outro. De acordo com a OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde (BRASIL, 2005) elas são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países de nosso continente, incluindo o Brasil.

Assim, em 2004, as DCNT representam mais de 62% do total de óbitos do país, sendo maior nas Regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2006). As doenças de maior impacto para a saúde pública são: As doenças cardiovasculares; O câncer, particularmente o cervico-uterino e o de mama em mulheres e o de estômago e pulmões nos homens; Diabetes Mellitus; As Doenças Respiratórias Crônicas.

De acordo com BRASIL (2006), o Diabetes mellitus (DM) é um distúrbio crônico e complexo caracterizado por comprometimento do metabolismo da glicose e de outras substâncias produtoras de energia, associado a uma variedade de complicações em órgãos e essenciais para manutenção da vida. É considerado uma das principais patologias crônicas no mundo devido a sua prevalência e elevadas taxas de mortalidade e morbidade (CHACRA, 1994). A doença acomete a pessoas de todas as idades e níveis socio econômicos, sendo que o número de diabéticos não diagnosticados e mal controlados é expressamente elevado. O controle inadequado do diabetes representa um grande risco ao longo da vida do paciente pois favorece a precocidade e o risco aumentado de predisposição a patologias coronarianas, acidentes vasculares cerebrais, retinopatias, nefropatia diabética, neuropatias diabéticas que levam a deteriorização dos nervos causando a perda de estímulos táteis, térmicos, parestésicos que por suas consequências podem levar a ferimentos de difícil cicatrização (ulcera diabética) e sua dificuldade no tratamento pode levar a amputação dos membros inferiores ou partes dele, morte prematuras e outros malefícios (DIABETES CONTROL, 1993).

A elevação de glicose circulante no sangue ocorre, na maioria das vezes, por diminuição de insulina ou dificuldade de produção deste hormônio. A insulina é o principal responsável pelo aproveitamento e metabolização da glicose pelas células do organismo, sua finalidade é a geração de energia. A insulina produzida no pâncreas e sua falta ou ação deficiente acarreta importantes transformações no metabolismo das proteínas, das gorduras, sais minerais, água corporal e principalmente da glicose. Sendo de origem mais frequente a familiar, através da transmissão genética. Mas o início do diabetes, em geral, requer a associação dos fatores genéticos com fatores ambientais e com o estilo de vida do indivíduo. Entre os mais conhecidos encontramos a obesidade, sedentarismo e as infecções (Yamamoto; KAWAKUBO, 2004).

O diabetes tipo 1 (DM1) é uma doença auto-imune caracterizada pela destruição das células beta pancreáticas que levam à falência da produção da insulina. Sempre foi mais comum em crianças e na juventude, atualmente é classificada em DM tipo 1 em tipo 1A (auto-imune, predominante em caucasianos) e tipo 1B (idiopático, mais comum em negros e asiáticos, sem anticorpos). Já o tipo 2 mais comum, doença genética precipitada por fatores ambientais que leva à resistência periférica à insulina com insulinopenia relativa com falência na produção de insulina por autoanticorpos ausentes, Peptídeo C. O diabetes tipo 2 é cerca de 8 a 10 vezes mais comum que o tipo 1 e mais comum em pessoas acima dos 40 anos de idade e em cerca de 90% das vezes a pessoa é obesa e responde bem com dieta (MEV) mudança no estilo de vida e na prática de atividades físicas. Outras vezes vai necessitar de medicamentos orais e por fim de combinações destes com insulina. O diabetes que aparece na gravidez é classificado em separado como diabetes gestacional ou da gravidez (Yamamoto; KAWAKUBO, 2004).

Segundo BRASIL (2006), a população global, tem prevalência de desenvolver acometimentos por serem portadores de diabetes ou seja em torno de 120 milhões de indivíduos, e que entre 4 a 10 destes desenvolvam problemas nos membros inferiores, perna ou pé. Já no Brasil um estudo multicêntrico realizado em nove capitais encontrou uma prevalência de 7,6% entre pessoas de 30 a 69 anos de idade, sendo que destas, quase a metade ainda desconhecia ser portadora da doença, e aproximadamente 25% dos diabéticos previamente diagnosticados não realizam qualquer tipo de tratamento. A análise através de projeções estima que, entre 1995 e 2025, o número de indivíduos diabéticos crescerá em 42% nos países industrializados e 170% nos países em desenvolvimento. O reconhecimento da importância do diabetes mellitus, como um sério problema de saúde pública, está no fato de que a maioria das complicações inerentes à doença é altamente incapacitante para realização das atividades diárias e produtivas, compromete a qualidade de vida e o tratamento das mesmas é extremamente oneroso para o sistema de saúde (VINCOR, 1994; DAGOGO-JACK, 1995). Dentre as complicações crônicas do diabetes, a insuficiência vascular periférica, a neuropatia periférica e a neuropatia autonômica, associadas às infecções são os precursores dos eventos ulcerativos, de gangrenas e amputações dos membros inferiores. A presença de úlceras nos pés é a principal causa de internação de pacientes diabéticos e corresponde a 6% das hospitalizações nos Estados Unidos (Reiber Apud LEWIN, 1995). Na população indiana, esta porcentagem sobe para 10% sendo que mais de 70% destes pacientes necessitam de intervenções cirúrgicas e mais de 40% destas intervenções culminam em amputações (SATHE, 1993; CHACRA, 1991).

O acometimento no pé do paciente portador de DM resulta da presença de dois ou mais fatores de risco associados. Na maioria dos pacientes, a neuropatia periférica tem um papel central; mais de 50% dos pacientes diabéticos tipo 2 apresenta neuropatia e pés em risco

(LOPES, 2006).

As úlceras diabéticas são desencadeadas por uma tríade patológica bastante clássica que envolve a neuropatia, a doença vascular periférica e as infecções. E cada uma delas pode estar presente de forma isolada ou em combinações com outras, tornando o quadro clínico bastante complexo. A hiperglicemia aumentada piora os riscos para essas complicações crônicas e quanto maior for a severidade e duração ao longo dos anos maior será os danos (SIMMONS,1994).

Em nossas visitas domiciliares notamos algumas pessoas cadeirantes amputadas por decorrência de diabetes mellitus, notamos a falta de informação ou desinformação em relação ao diabetes mellitus e seus agravos, então a equipe pensou em um meio de ajudar estas pessoas mal informadas ampliando a construção de saberes e assim auxiliando no conhecimento desta patologia que pode levar a uma grande disfunção, perda da sensibilidade, úlceras, necrose e amputações de partes deles ou do membro inteiro. Palestras preventivas com atividades lúdicas foi uma maneira pensada pela equipe, informações sobre alimentação saudável, atividade física, mesmo em pessoas sequeladas pelo diabetes devem realizar uma boa alimentação, atividade física fora o uso habitual de suas medicações para o controle e minimização da cronicidade desta patologia.

A Unidade de Saúde Carrapicho pertence ao distrito do município de Goiana pertencente ao estado de Pernambuco. E a média de usuários do SUS cobertos de nossa micro região e de aproximadamente 1.405.00 pessoas, com o total de 520 habitações, uns 190 hipertensos, gestantes 07, acamados uns 10 e vários domiciliados, diabéticos mais de 60 e a cada dia aumenta mais. Amputados em decorrência de diabetes 05.

A implantação da multiplicação dos saberes através do projeto de visita domiciliar pela equipe foi discutida em reunião na unidade de saúde no qual pediu-se o apoio e envolvimento de toda equipe e ajuda de colaboradores do NASF-Núcleo ampliado de Saúde da Família e solicitado algumas reuniões com nossa equipe para adquirimos uma ampliação de conhecimentos por parte dos saberes da Nutrição, Fisioterapia, Educação Física, dentre outros, para transmitirmos aos usuários amputados acometidos por diabetes, tanto para os amputados ou não amputados e os familiares a respeito dos riscos eminentes referentes a diabetes mellitus e seus agravos a saúde.

Temas abordados:

- Mudança no Estilo de vida;
- Atividade Física;
- Dieta equilibrada;
- Movimento e funcionalidade;
- Fatores de risco para o diabetes e tipos de diabetes;

As dificuldades que tivemos foi mais relacionado ao contato físico aos pacientes por conta do momento que vivemos. Mas foi dado o ponta pé inicial com a finalidade de que toda visita domiciliar fazermos a orientação como meio de prevenção aos não diabéticos e aos diabéticos, assim melhoraremos a qualidade de vida dos usuários e todos seremos beneficiados.

O esperado por nós da equipe e contribuirmos no melhoramento da qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas e também da nossa equipe, usuários, familiares devem ser multiplicadores destes conhecimentos para que tenhamos dias melhores e assim evitar patologias e agravamentos pelo desconhecimento do diabetes mellitus.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Brasília, DF. 2006 b. Disponível em: <<http://www3.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?Área=359A1B0E0F359G3HIJd1L2Mon&Vinclude=../site/texto.php>> Acesso em 18 agost. 2012.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção. Coordenação de Doenças Crônico- Degenerativas. Diabetes mellitus: guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília, 1996.
3. BRASILEIRO, J. L. Pé Diabéticos: aspectos clínicos. Bahia, 2004. Disponível em: URL: <<http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/03-02-03-106/03-02-03-106.pdf>> Acessado em 20 agosto 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2006-2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. A Vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Brasília, 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção de saúde, vigilância, prevenção e assistência, 2008.
7. CARVALHO, J. A. AMPUTAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES: 2ª ed. São Paulo: Manole, 2003.
8. CHACRA, A. R. O Uso de Inibidores da Aldose: Redutase no tratamento e prevenção da neuropatia. *Terapêutica Diabetes*. v. 2, n. 5, p. 1 - 4, 1994.
9. CHACRA, A. R. et al. Diabetes e coração. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*. v. 6, n. 4, p. 427 - 30, 1996.
10. DIABETES CONTROL and COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long - term complications in insulin - dependent diabetes mellitus. *N. Engl. J. Med*. v. 329. n. 14, p. 977 - 86, 1993.
11. DIABETES CONTROL and COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. Implementation of treatment protocols in the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care*. v. 18, n. 3, p. 361 - 76, 1995b.
12. DIABETES CONTROL and COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP.

Adverse events and their association with treatments regimens in the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care*. v. 18, n. 11, p. 1415 - 27, 1995a.

13. LOPES, C. F. Projeto de Assistência ao Pé do Paciente Portador de Diabetes Mellitus. In: SIMPÓSIO DE PÉ DIABÉTICO, 2006. Disponível em: URL: <<http://www.jvascbr.com.br/03-02-01/03-02-01-79/03-02-01-79.pdf>> Acessado em: 20 de agosto de 2012.
14. SIMMONS, D. A. Pathogenesis of diabetic neuropathy. In: KAHN, C. R.; WEIR, G. C. *Joslin's diabetes mellitus*. 13.ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1994. cap.39, p.665-90.
15. YAMAMOTO, MASAHIRO; KAWAKUBO, AKITOSCHE; Vivendo com Diabetes Mellitus. *Introduções Ilustradas para Auto-controle*. editores: Hospital Anjo Kosei - Grupo de Estudos de Diabetes Higashi-hirokute, Anjo-cho, Anjo-shi, Aichi, Japan, 2004. Disponível em: URL: < http://www.dm-school.net/tomoni/pdf/tomoni_p.pdf > Acessado em: 20 de agosto de 2012.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entretanto, para validação desta proposta na atenção primária de saúde, faz-se necessário a inclusão de um olhar mais humanizado no tratamento e prevenção destas patologias, trata-se de uma proposta a ser inserida no dia-dia desses pacientes pouco informados a respeito da gravidade que as mesmas capacitam em produzirem aos acometidos por estas patologias.

Esta pesquisa visa o conhecimento do perfil de pessoas acometidas por amputações por complicações do diabetes mellitus e câncer de mama e suas comorbidades agravadas na vida de pessoas com pouco conhecimento a respeito dos danos que podem acarretar na vida destes indivíduos. Em nosso cotidiano nos deparamos quase que frequentemente, nas cidades, avenidas, centros hospitalares com pessoas acometidas destas patologias pois o diabetes e o câncer de mama são enfermidades severas, e progressivas e acomete múltiplos órgãos e sistemas, podendo incapacitar física e psicologicamente reduzindo as capacidade funcionais desses indivíduos. Do mesmo modo as consequências das lesões e sequelas causados pelas complicações do diabetes mellitus vão interferir definitivamente na vida do amputado assim como o câncer de mama pode produzir grande prejuízo na vida de pessoas acometidas podendo levar a cirurgias das mamas e órgãos acometidos estas consequências levam na maioria das vezes os pacientes a incapacidades e deficiências que causaram interferências neurológicas, motoras e psicológicas para o resto da vida.

Entretanto cabe o medico e a equipe com seus conhecimentos, contribuirão direta ou indiretamente na prevenção e melhor maneira de tratamento nestes acometidos por câncer e diabetes mellitus e suas complicações, incerindo estes sequelados e procurando melhorar a qualidade de vida, auto estima e bem estar, assim como inserilos na sociedade, nunca discriminando e sempre incentivado que são capazes de vencer qualquer tipo de barreiras e assim proporcionarmos uma melhor qualidade de vida para estes usuarios tão sofridos e banalizados que são visíveis para seus parentes e que muitas vezes se tornam invisíveis para nossa sociedade.

6. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Brasília, DF. 2006 b. Disponível em: < <http://www3.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?Área=359A1B0E0F359G3HIJd1L2Mon&Vinclude=../site/texto.php>> Acesso em 18 agost. 2012.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção. Coordenação de Doenças Crônico- Degenerativas. Diabetes mellitus: guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília, 1996.
3. BRASILEIRO, J. L. Pé Diabéticos: aspectos clínicos. Bahia, 2004. Disponível em: URL: <<http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/03-02-03-106/03-02-03-106.pdf>> Acessado em 20 agosto 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2006-2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. A Vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Brasília, 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção de saúde, vigilância, prevenção e assistência, 2008.
7. CARVALHO, J. A. AMPUTAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES: 2ª ed. São Paulo: Manole, 2003.
8. CHACRA, A. R. O Uso de Inibidores da Aldose: Redutase no tratamento e prevenção da neuropatia. *Terapêutica Diabetes*. v. 2, n. 5, p. 1 - 4, 1994.
9. CHACRA, A. R. et al. Diabete e coração. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*. v. 6, n. 4, p. 427 - 30, 1996.
10. DIABETES CONTROL and COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long - term complications in insulin - dependent diabetes mellitus. *N. Engl. J. Med*. v. 329. n. 14, p. 977 - 86, 1993.
11. DIABETES CONTROL and COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. Implementation of treatment protocols in the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care*. v. 18, n. 3, p. 361 - 76, 1995b.
12. DIABETES CONTROL and COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP. Adverse events and their association with treatments regimens in the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care*. v. 18, n. 11, p. 1415 - 27, 1995a.
13. FERREIRA, A. B. H. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27
14. Instituto Nacional de Câncer (INCA)-2019 <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>
15. LOPES, C. F. Projeto de Assistência ao Pé do Paciente Portador de Diabetes Mellitus. In: SIMPÓSIO DE PÉ DIABÉTICO, 2006. Disponível em: URL: <<http://www.jvascbr.com.br/03-02-01/03-02-01-79/03-02-01-79.pdf>> Acessado em: 20 de agosto de 2012.

16. SIMMONS, D. A. Pathogenesis of diabetic neuropathy. In: KAHN, C. R.; WEIR, G. C. Joslin's diabetes mellitus. 13.ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1994. cap.39, p.665-90.
17. YAMAMOTO, MASAHIRO; KAWAKUBO, AKITOSCHE; Vivendo com Diabetes Mellitus. Introduções Ilustradas para Auto-controle. editores: Hospital Anjo Kosei - Grupo de Estudos de Diabetes Higashi-hirokute, Anjo-cho, Anjo-shi, Aichi, Japan, 2004. Disponível em: URL: < http://www.dm-school.net/tomoni/pdf/tomoni_p.pdf > Acessado em: 20 de agosto de 2012.

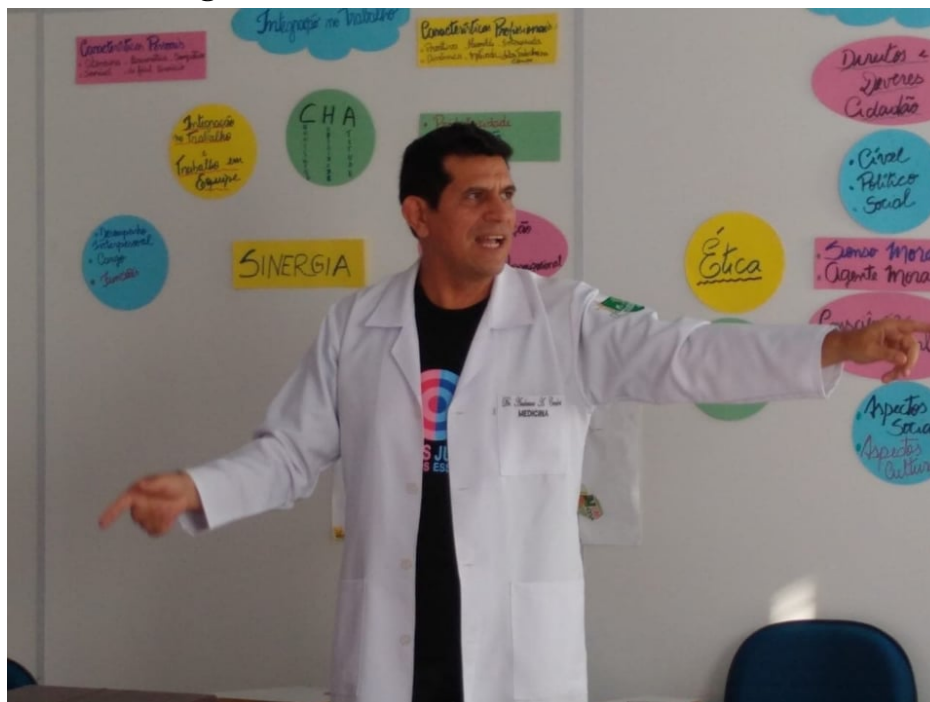
7. ANEXOS

Figura 1. UBS Carrapicho.



Fonte: UBS Carrapicho Goiana, PE.

Figura 2. Palestra sobre Diabetes Mellitus.



Fonte: Centro Comunitário.