

**CAMINHO PERCORRIDO POR PESSOAS AMPUTADAS POR PÉ DIABÉTICO
INFECTADO EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

Raiara dos Santos Pereira Dias^a

Mirian Tereza Cerqueira Brito Maciel^b

Resumo

A amputação é a remoção de um membro em decorrência de fatores como traumatismos e doenças. Dentre as doenças que atuam como causa de amputação está o diabetes melito, o qual pode gerar graves complicações quando o tratamento não é realizado adequadamente, resultando em provável incapacitação e diminuição da qualidade de vida, visto que tais complicações atingem vários sistemas do corpo. Este artigo objetivou conhecer o caminho percorrido pelas pessoas amputadas por pé diabético infectado, internadas na clínica cirúrgica do Hospital Geral Cleriston de Andrade, entre agosto e setembro de 2012, desde o início da lesão à consumação da amputação. Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. A presente investigação revela que o caminho dessas pessoas começou por uma lesão inicial causada por traumas externos, evoluindo rapidamente para um estado mais grave necessitando de internação, sendo direcionados para os níveis de alta e média complexidade. As estratégias e práticas utilizadas para tratar a úlcera no pé diabético foram: automedicação, utilização empírica de compressas quentes, remoção do corpo estranho causador da lesão, antibioticoterapia e curativos. Os informantes experimentaram uma série de sentimentos referentes à necessidade eminente de amputação, dentre eles, tristeza, alívio e aceitação da nova condição.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Pé diabético. Amputação.

^aNúcleo Integrado de Pesquisas e Estudos Sobre o Cuidar/Cuidado – NUPEC; Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS – Feira de Santana (BA), Brasil.

^bDepartamento de Saúde – DSAU; Núcleo Integrado de Pesquisas e Estudos Sobre o Cuidar/Cuidado – NUPEC; Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS – Feira de Santana (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Raiara dos Santos Pereira Dias – Rua Miguel Calmon, 76, Santos Dumont – CEP: 48970-000 – Senhor do Bonfim (BA), Brasil – E-mail: rai-ara@hotmail.com

Abstract

Amputation is the removal of a limb due to factors such as traumas and diseases. Among the diseases that act as causes of amputation is diabetes mellitus, which can lead to severe complications if treatment is not done properly, likely resulting in disability and decreased quality of life, since such complications affect several body systems. This article aimed at identifying the path taken by amputees due to infected diabetic foot hospitalized in the surgical clinic of Hospital General de Andrade Cleriston, between August and September 2012, since the beginning of the lesion until the consummation of amputation. This was an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. The present investigation shows that the path of these people started by an initial injury caused by external traumas, rapidly progressing to a more serious condition that required hospitalization, being directed to the levels of high and medium complexity. Strategies and practices used for the diabetic foot ulcers treated were: self-medication, empirical use of warm compresses, removal of the causative lesion, antibiotic therapy, and dressings. The informants experienced a range of feelings regarding the imminent need for amputation, among them sadness, relief, and acceptance of the new condition.

Keywords: Diabetes *mellitus*. Diabetic foot. Amputation.

CAMINO RECORRIDO POR AMPUTADOS POR EL PIE DIABÉTICO INFECTADO EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Resumen

La amputación es la remoción de un miembro debido a factores como los traumas y las enfermedades. Entre las enfermedades que actúan como causa de la amputación es la diabetes mellitus, que puede conducir a complicaciones graves si el tratamiento no se realiza correctamente, probablemente como resultado de la discapacidad y la disminución de la calidad de vida ya que este tipo de complicación afecta a varios sistemas del cuerpo. Este artículo tiene como objetivo identificar la ruta tomada por amputados debido a uno pie diabético infectado, hospitalizados en la clínica quirúrgica del Hospital General de Andrade Cleriston, entre agosto y septiembre de 2012, desde el comienzo de la lesión a la consumación de la amputación. Se trató de un estudio exploratorio, descriptivo y con

abordaje cualitativo. La investigación reveló que el camino de estas personas se comienza con una lesión inicial causada por un trauma externo, que progresa rápidamente a una condición más grave que requiere hospitalización, siendo dirigido a los niveles de alta y mediana complejidad. Las estrategias y prácticas utilizadas para tratar las úlceras del pie diabético fueron: la automedicación, el uso empírico de compresas calientes, la extirpación de la lesión causante, antibioticoterapia y curativos. Los informantes experimentaron una variedad de sentimientos en cuanto a la necesidad inminente de amputación, entre ellos la tristeza, el alivio y la aceptación de la nueva condición.

Palabras clave: Diabetes *mellitus*. Pie diabético. Amputación.

INTRODUÇÃO

A amputação pode ser definida como a retirada de um membro em decorrência de alguns fatores, tais como traumatismos e doenças. São cirurgias reconstrutoras que objetivam promover melhoria da qualidade de vida, buscando evitar sofrimento e dores em maior intensidade.^{1,2}

Dentre as doenças que atuam como causa de amputação está o diabetes melito (DM), que está sendo visto como uma epidemia mundial. Quatro milhões de mortes por ano são determinadas por essa doença, e suas complicações representam 9% do total de óbitos.³ Atualmente, no Brasil, o DM está no elenco das doenças crônicas que são consideradas problemas de Saúde Pública de maior magnitude. As doenças crônicas perfazem um total de 72% das causas de morte, sendo que o DM é responsável por 5,2% delas.⁴

No Brasil, aproximadamente 85% das amputações são de membros inferiores (MMII). Dentre as causas de amputação, a insuficiência vascular periférica corresponde a 80% de todas as amputações dos MMII.¹ Em Feira de Santana, na Bahia, o pé diabético é a causa vascular de amputação mais incidente, sendo que 72,9% delas são de MMII, das quais 62,8% são de origem vascular, e destas, 51,2% são por pé diabético.⁵

O curso crônico do DM, associado ao controle inadequado dos níveis séricos de glicose e aos fatores de risco (hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, sedentarismo e dislipidemias), provoca complicações que são classificadas como agudas e crônicas. As agudas são a hipoglicemia, cetoacidose diabética e síndrome não cetótica hiperosmolar hiperglicêmica, que estão relacionadas aos distúrbios em curto prazo nos níveis séricos de glicose.⁶ Já as complicações crônicas podem ser macrovasculares (cardiopatía isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica) e microvasculares (retinopatia e

nefropatia) e neuropatia.⁶ Tais complicações atingem vários sistemas do corpo, podendo gerar cegueira, insuficiência renal e comprometimento do sistema cardiovascular, além de ser a principal causa de amputação de MMII em adultos, resultando em provável incapacitação e diminuição da qualidade de vida.⁶⁻⁸

A união das consequências da vasculopatia periférica e/ou insuficiência vascular periférica e o imunocomprometimento causam disfunções que aumentam as chances de ocorrer infecção da lesão, a qual pode, posteriormente, evoluir clinicamente e apresentar-se em graus variados de úlceras, infecção e gangrena, quando não tratada adequadamente, caracterizando o chamado pé diabético. O Consenso Internacional Sobre Pé Diabético define pé diabético como infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos, associadas a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica nos MMII.^{6,9}

Tais questões são importantes pelo fato de a amputação estar associada ao aumento da sobrevida. No entanto, ela pode gerar dependência parcial ou total de outras pessoas, além de causar grandes impactos em nível social, econômico e psicológico, podendo levar à limitação da mobilidade, à perda da autonomia para cuidar de si e para o trabalho, a limitações nas atividades domésticas, no sexo e no lazer, resultando em decréscimo da qualidade de vida, em perda da capacidade laboral e diminuição da socialização.

No que tange a atenção à pessoa com DM, segundo o que preconiza a Política de Atenção ao Diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS), a porta de entrada preferencial do sistema de saúde para essas pessoas é a Atenção Básica. Esta tem como características as ações que contemplam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento de doenças, a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de forma saudável, a reabilitação e a manutenção da saúde individual e coletivamente, pautando-se nos princípios do SUS.¹⁰

Nesse sentido, o papel da Atenção Básica compreende detectar, estabelecer o diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e efetuar tratamento adequado para o DM; orientar e sistematizar medidas de prevenção, controle e vinculação das pessoas com diabetes inseridas na Atenção Básica; reconhecer as situações que requerem atendimento nas redes secundária e/ou terciária e as complicações do DM, possibilitando a reabilitação psicológica, física e social dos portadores dessas enfermidades.¹¹

Diante disso, mostra-se relevante conhecer as práticas individuais de pessoas amputadas e a busca do cuidado para tal, desde o surgimento da lesão até a amputação, em termo de caminho percorrido para o enfrentamento de seus problemas de saúde.

O presente estudo teve como objetivo conhecer o caminho percorrido pelas pessoas amputadas por pé diabético infectado, que estavam internadas na clínica cirúrgica do Hospital Geral Cleriston de Andrade (HGCA), entre agosto e setembro de 2012, desde o início da lesão à consumação da amputação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. O campo empírico do estudo foi a clínica cirúrgica do HGCA, que está situado no município de Feira de Santana, Bahia. A clínica cirúrgica é uma unidade de internação que presta assistência aos pacientes com demandas cirúrgicas, no pré e pós-operatório.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o protocolo 55/2012.

Os critérios adotados para a inclusão dos informantes no estudo foram: pessoas com DM tipo 2; com amputação de MMII, tendo como causa o pé diabético infectado; maiores de 18 anos; de ambos os sexos, que concordaram em participar do estudo; assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e que não estavam em pós-operatório imediato. Para exclusão do estudo, foram adotados os seguintes critérios: pessoas com outros tipos de DM; com amputação de MMII por outras causas; menores de 18 anos e que estavam em pós-operatório imediato.

Respeitando o compromisso assumido de manter o anonimato de tais pessoas, seus nomes foram substituídos por outros fictícios iniciados com a letra M, pois nenhum dos nomes reais iniciava-se por tal letra.

Inicialmente, 11 informantes atenderam aos critérios de inclusão, contudo permaneceram apenas nove no estudo, pois um deles desistiu por se sentir incomodado com o sentimento de culpa gerado pelas lembranças que emergiram no decorrer da entrevista, relativas ao não cumprimento do tratamento do DM; o outro foi retirado do estudo em função de inconformidades das informações contidas no prontuário referentes ao membro amputado e ao diagnóstico.

A coleta de dados ocorreu em três momentos: consulta ao Mapa de Pacientes Internados na Clínica Cirúrgica, que é um documento no qual estão registrados todos os pacientes internados na unidade por leito, nome, diagnóstico, idade e data de internação; acesso aos prontuários dos pacientes pré-selecionados e visita aos mesmos.

A entrevista narrativa foi a técnica utilizada para a produção dos dados primários, permitindo assim que o objeto fosse apreendido com maior fidedignidade.

A entrevista narrativa, segundo Javchelovitch e Bauer:¹² “[...] tem em vista uma situação que encoraje e estimule um entrevistado (que na entrevista narrativa é chamado um ‘informante’) a contar a história sobre algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social”.

A análise documental foi usada de forma complementar aos dados obtidos pela entrevista narrativa. Foram analisados os prontuários dos informantes, com o intuito de resgatar e/ou acrescentar pontos importantes sobre a história clínica deles.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin,¹³ que dentre suas características tem-se o fato de possibilitar o estudo das comunicações que ocorre entre os homens, enfatizando o conteúdo de tais mensagens. A análise dos dados foi feita em três fases, as quais foram organizadas cronologicamente em: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pesquisa não deixou de contemplar rigorosamente o que é aprovado pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, equidade e todos os critérios a serem obedecidos pelo pesquisador durante o processo de construção do seu estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, utilizou-se o termo caminho percorrido para expressar o percurso empreendido na busca de cuidados terapêuticos pelos indivíduos amputados por pé diabético infectado, considerando que este percurso assume diferentes trajetórias a depender da necessidade e das possibilidades disponíveis.

A partir da análise do material empírico acerca do caminho percorrido pelos informantes deste estudo, foram identificadas quatro categorias: a lesão inicial; o caminho percorrido para tratar a úlcera no pé diabético; as práticas e estratégias usadas para tratar a úlcera no pé diabético, que abrange as estratégias e práticas usadas pelas pessoas com úlcera no pé diabético e aquelas utilizadas nos serviços de saúde oficiais; e o desfecho da lesão – o sentimento perante a amputação.

A LESÃO INICIAL

O caminho das pessoas que sofrem com úlcera no pé diabético começa por uma lesão inicial causada por traumas externos, que geralmente ocorrem por causas consideradas comuns como, por exemplo, cortes, furos com espinhos e bolhas, mas que, em todos os casos dos informantes deste estudo, resultou em amputação de MMII.

É importante considerar que o desenvolvimento de ulceração no pé diabético tem como causas a neuropatia diabética periférica, a vasculopatia periférica e o estresse biomecânico, contudo o comprometimento do sistema nervoso periférico é a principal causa dessas lesões que afetam todas as fibras sensitivas, motoras e autonômicas. Elas também resultam da associação entre dois ou mais fatores de risco que ocorrem concomitantemente.^{14,15}

A causa mais comum é a sensorial, na qual se observa déficit da sensibilidade dolorosa, percepção da pressão, temperatura e propriocepção, de forma que a percepção dos traumas mais triviais ou até os maiores está diminuída ou ausente, o que pode causar ulceração, além de se tornar porta de entrada para micro-organismos e podendo resultar em infecções silenciosas e graves,^{14,15} conforme expressou um informante na fala a seguir, na qual relatou-se acerca da lesão que deu origem à úlcera no pé diabético:

Foi à noite, debaixo de um pé-de-pau virgem, numa roça que eu tenho, eu não vi o espinho, pisei e quebrou um pedaço dentro do [...] num senti que tinha ficado um pedaço. Eu sempre acostumei a me furar e não sentir nada eu fiquei [...] fiquei na boa, né? Que acostuma, é uma estrepadinha, não tinha nada não deu nada, agora esse agravou, né? (Moacir).

Outro ponto importante é que a pessoa que tem DM enfrenta uma série de mudanças fisiopatológicas em função do estado hiperglicêmico. Além daquelas citadas, existe também maior suscetibilidade à infecção decorrente de alterações no sistema imunológico, gerando prejuízo da resposta inflamatória, da alteração da migração, da fagocitose e da quimiotaxia dos leucócitos e da menor produção de citocinas.¹⁴

Dessa forma, DM é um fator que facilita o agravamento das infecções, pois algumas delas surgem com mais frequência em portadores desta doença, uma vez que aqueles sujeitos com neuropatia possuem grande sensibilidade a infecções. Estas se iniciam pelas defesas naturais, por exemplo, a pele, seguidas pelas alterações vasculares que diminuem o aporte de oxigênio para os tecidos, facilitando a proliferação de infecções.

Os informantes declararam que os problemas se iniciam com pequenas lesões que evoluem com piora, aumentando de tamanho e se associando a outros sintomas como febre e dor, o que traz limitações que repercutem diretamente sobre mobilidade. Tais questões são perceptíveis pela seguinte fala:

Eu cortei com um vidro e cortou e eu não liguei, com três dias eu tava com muita febre e o pé com uma bolhinha de pus e aí eu furei com uma agulha, no que furei ele foi piorando piorando [...] (Maeli).

Nesse sentido, é válido enfatizar que as infecções que surgem nas pessoas com DM geralmente têm um curso insidioso e progressivo, com destruição de tecidos. Desta forma, pequenas lesões infectadas progridem em um curto espaço de tempo para lesões generalizadas do pé, membro inferior, com celulites extensas, gangrena e quadros sépticos.¹⁶

Assim como os demais traumas, as bolhas precisam ser averiguadas visando à prevenção de possíveis recorrências. Bolhas diabéticas (*bullosum diabeticorum*) também podem ser a causa da lesão inicial e serem pontos de infecção secundária, levando a complicações mais severas que necessitam de amputação,^{9,16} como expresso na fala seguinte:

É o seguinte, o problema que começou na minha perna é que eu sou diabético então causava [...] aquelas bolhinhas de água e aí começou a afetar o pé [...] começou fazer aquela bolhinha de água e aí amputei um dedo, depois passou para o outro e amputei outro dedo, passou para o outro pé, amputou mais dois dedos, aí quando foi agora saiu a [...] bolha de novo, que é essa bolha de água, aí bateu nela e eu acho que machucou aí afetou o pé, aí eu tive que amputar o pé, aí a perna já tava infectada (Marcelino).

Ainda quanto à evolução insidiosa das ulcerações nos informantes deste estudo, é merecedor de destaque o tempo desde o surgimento da lesão inicial à amputação, que, na maioria dos casos relatados, é curto, corroborando com os achados do estudo realizado por Brasileiro et al.,¹⁴ no qual verificou-se que o período desde a manifestação inicial até a admissão hospitalar em 55% dos casos tinha entre 8 a 30 dias de evolução e 19,6% tinham até sete dias.

[...] E foi justamente nesse intervalo, de quinta-feira à noite até sexta-feira à segunda-feira pela manhã, que essa infecção se generalizou e tomou todo o pé. O pé inchou e estourou aquelas bolhas, soltou toda a pele do pé e começou a subir em forma de erisipelas pela perna até chegar aqui ó na virilha [...] (Moacir).

[...] passou a terça-feira, passou a quarta, passou a quinta, passou a sexta, no sábado [...], quando foi no domingo o pé já amanheceu perdido (Madalena).

Diante das narrativas, notou-se que, no geral, os informantes atribuem pouca importância aos problemas de pele, buscando auxílio quando se encontram em estágios mais

graves. Por outro lado, ficou evidente que os serviços de saúde atuam com limitações no que tange à prevenção e aos cuidados às feridas.

São diversas as vias que levam a uma lesão que geram ulcerações; diante disso, entendemos que conhecê-las possibilitará a criação e o desenvolvimento de ações no sentido de identificar as pessoas com DM que estão susceptíveis a tais riscos, tendo em vista prevenir esses acontecimentos com potencial elevado para ulceração e amputações.

O CAMINHO PERCORRIDO PARA TRATAR A ÚLCERA NO PÉ DIABÉTICO

No que diz respeito ao tratamento e acompanhamento das pessoas com DM, a Atenção Básica deve ser a porta de entrada do sistema de saúde para essas pessoas, pois este nível de atenção à saúde deve fornecer ações de promoção e proteção da saúde; prevenção de agravos; diagnóstico; tratamento; reabilitação e manutenção da saúde. Com relação às pessoas com DM, tais ações devem estar voltadas para identificação e remoção dos fatores de risco, detecção e tratamento precoce do DM e redução das complicações.^{9,17}

Dessa forma, o caminho percorrido para tratar o DM e prevenir suas complicações deve ser feito com mais intensidade neste nível. No entanto, observou-se que os informantes deste estudo tiveram uma ulceração no pé que evoluiu rapidamente para um estado mais grave, o qual necessitou de internação, sendo direcionados imediatamente para os níveis de alta e média complexidade, quer pelo SUS ou pelo serviço privado, como disse Moacir ao relatar acerca da lesão inicial e sua evolução insidiosa e internação:

Domingo dia 22, furou o pé [...]. Dia 24, na terça-feira, ficou doendo bastante e fui para o hospital [...]. No dia 25 eu, na quarta-feira, continuei sentindo umas dores, mas na quinta-feira à noite, do dia 26, eu não mais suportava a dor [...]. Aí ele [filho] me pegou dia 26, na quinta-feira, e me levou para o hospital particular. Aí como o hospital lá não oferecia internamento, me levaram para o hospital municipal na quinta-feira à noite, em torno de onze horas da noite e aí eu fiquei internado de quinta-feira até segunda-feira, no caso quinta-feira dia 26 até segunda-feira dia 30 pela manhã, que tava esperando a regulação pra ser transferido aqui pro Clériston.

Moacir ainda complementa sua fala informando sobre a forma como a lesão evoluiu rapidamente para um quadro mais grave, afetando sua mobilidade, o que dificultou a busca dos serviços de saúde. Em função deste tempo de espera pela transferência, ele presumiu que, provavelmente, este fator possa ter agravado sua situação de saúde, uma vez que o hospital do seu município não dispunha do atendimento necessário para sua necessidade de saúde.

Contudo, é pertinente destacar que se o município não garante a oferta de um determinado serviço em seu território para sua população, este deve referenciar sua população para o município como qual pactua serviços de saúde indisponíveis em seu território, responsabilizando-se por organizar o encaminhamento das referências para garantir o acesso a tais serviços.¹⁸

Outro ponto a se considerar é a rápida evolução da ulceração, pois isto remete a questões relacionadas à identificação dos fatores de risco, ao acompanhamento dos níveis séricos de glicose e às medidas preventivas de complicações, principalmente no que tange ao cuidado com os pés, que são atividades de responsabilidade da atenção básica. Isto também nos leva a refletir acerca dos fatores que levaram a uma evolução tão insidiosa, uma vez que o caminho para tratar as úlceras graves no pé diabético deveria ser uma estratégia pouco usada, pois esta situação pode ser evitada por diversos meios.¹⁹

Diante de uma úlcera no pé, outra opção foi recorrer diretamente a especialistas. Esta escolha foi usada em função da gravidade do quadro já instalado, o que demonstra uma lacuna nos conhecimentos relativos à importância do acompanhamento sistemático por meio de consultas, que poderiam ter identificado previamente os fatores de risco e as complicações, permitindo a instituição de medidas tendo em vista a prevenção de lesões nos MMII. Além dessas questões, é importante destacar que a busca pelos serviços de saúde privados ocorre muitas vezes devido à demora em obter atendimento especializado na rede pública e até mesmo pela indisponibilidade de especialistas. Como pode ser verificado no discurso seguinte:

Aí foi no angiologista e o angiologista falou que [...] tinha que fazer uma amputação do dedo ou então da perna, aí ele deu o relatório e mandou internar aqui [HGCA] (Maria).

Outro caminho utilizado foi recorrer aos três níveis de atenção à saúde, baixa, média e alta complexidade, por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), policlínicas, Centro de Atendimento ao Diabético e Hipertenso (CADH) e HGCA. No entanto, o que podemos apreender na fala de Maeli é que, num estágio mais avançado de lesão no pé diabético, os recursos disponíveis nas USF, policlínicas e CADH não mais seriam suficientes para resolver o problema já instalado e que esta rotatividade pelos estabelecimentos de saúde postergou o início do tratamento, o que pode ter contribuído para o prognóstico, que foi a amputação de dois pododáctilos, pois, conforme salientam Brasileiro et al.,¹⁴ a demora no

início do tratamento adequado do pé diabético aumenta a ocorrência de complicações e a necessidade de amputação.

[...] Eu fui pro posto do Parque Ipê [policlínica], pro posto do Tomba [policlínica], pro posto da Mangabeira, vim pra que [HGCA] e não me aceitou só aceitava lá [CADH] e quando eu cheguei lá [CADH] aí rasgou um pouquinho, mas já tava todo infectado que eu demorei [...] Aí vim pra que [HGCA], quando cheguei aqui aí passei quase o dia todo pra poder achar esse médico [...] Aí ele falou que ia internar para amputar [...] os três dedos e o abscesso que tava enorme debaixo do pé (Maeli).

Também notamos que o caminho percorrido por Madalena, aparentemente, foi menor, mas envolveu os níveis de atenção à saúde supracitados. Porém, as duas narrativas têm em comum a clara demora de acesso ao tratamento, demonstrando que os informantes peregrinaram por várias unidades de saúde até chegar ao hospital e, mesmo em tal local, continuaram encontrando dificuldades para ter atendimento, o que nesses casos contribuiu de forma negativa para o quadro clínico e emocional dessas pessoas.

Eu fui lá na do Tomba [Policlínica], eu fui no sábado. Quando foi na segunda-feira, ele me trouxe [neto], aí quando ele chegou lá a menina disse que vai descer pra [...] vai descer para o Clériston, aí me trouxe pra cá [HGCA] (Madalena).

Observou-se que o acompanhamento e tratamento na USF foi realizado por meio de consultas, terapia farmacológica e realização de curativos, que, de fato, é atribuição da equipe de saúde. No tocante às atribuições da equipe de saúde das USF, é importante salientar que isso também faz parte de suas responsabilidades: “Realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário”.¹⁰

Tais questões ficam evidentes na fala seguinte:

No posto do bairro tomava medicamento pra diabetes, pra pressão alta, fazia o curativo. Depois, suspenderam o curativo, falou que era pra eu mesma ficar fazendo em casa, aí piorou, aumentou e se agravou mais (Maria).

Fica expresso, na fala de Maria, que, embora tenha adentrado pela porta de entrada do sistema de saúde e mesmo com o tratamento instituído, sua lesão teve uma piora significativa. Tal situação nos leva a refletir sobre as ações de incentivo ao autocuidado por parte da equipe de saúde, uma vez que deveria ter sido feito um treinamento para que a paciente conhecesse a forma correta de realizar o curativo. Isto englobaria inclusive

membros do seu ciclo de convivência, entretanto esta atitude não isenta a equipe de saúde da responsabilidade de acompanhar a evolução da ferida e o conhecimento sobre a forma como estava realizando os cuidados pela paciente.

O que se destaca, no contexto do caminho percorrido para tratar o problema no pé, é o fato de predominar como ponto inicial para resolução do problema a chegada aos hospitais já para amputação, tornando perceptível a ideia que se tem sobre o hospital como um local de cura, no qual há acesso a uma gama de especialidades médicas, consultas e exames de forma mais ágil.

Tais achados instigam questionamentos sobre as formas como são realizados o rastreamento, o acompanhamento e o tratamento das pessoas com DM, principalmente quando se encontram em risco de complicações, já que essa doença possui complicações que afetam diretamente a qualidade de vida dessas pessoas e que são passíveis de prevenção e controle, além de ser uma patologia altamente incidente, o que já suscita cuidado.

PRÁTICAS E ESTRATÉGIAS USADAS PARA TRATAR A ÚLCERA NO PÉ DIABÉTICO

Acioli²⁰ relata que: “[...] práticas expressam uma forma de conhecimento elaborado e partilhado socialmente e que [...] contribuem para a construção de uma realidade social comum”. Portanto, as práticas indicam a existência de um saber consubstanciado às vivências cotidianas das pessoas e que, muitas vezes, são vistas como atividades que contribuem para o bem-estar, podendo estar ou não baseadas no senso comum.

Já as estratégias são práticas voltadas para a resolução de questões/problemas relacionados à saúde, ou seja, “[...] são ações desenvolvidas a partir da lógica do outro e dos elementos que constituem essa lógica. Esse outro pode ser o médico, o terapeuta ou as equipes de saúde”.²⁰

Neste contexto das estratégias, consideramos pertinente destacar os elementos da biomedicina, da racionalidade médica expressos pelo processo de medicalização, bem como as práticas alternativas de caráter popular, quer nas estratégias utilizadas pelas pessoas com pé diabético, quer pelos serviços de saúde oficiais.

ESTRATÉGIAS E PRÁTICAS USADAS PELAS PESSOAS COM ÚLCERA NO PÉ DIABÉTICO

Quando há um problema de saúde, neste caso úlcera no pé diabético, no geral, nas situações de menor gravidade, uma estratégia bem difundida e comum é a automedicação, como pudemos perceber pelas respostas obtidas:

[...] eu passei uma pomada com o nome Fibrase (Moacir).

[...] botava rifocina (Mariano).

A sociedade, seguindo a lógica da biomedicina, atribui um valor, por vezes excessivo, ao uso de medicamentos para alcançar a cura para determinadas doenças. Esta questão é ratificada no discurso de Coelho, Silva e Padilha,²¹ ao afirmarem que: “popularmente, o remédio é muito valorizado, a busca de medicamento para solucionar os problemas de saúde é prática comum no dia-a-dia da população”.

Uma prática mencionada foi a utilização empírica da terapia com calor, utilizando compressas quentes, o que denota práticas individuais para saúde guiadas por uma saber prático composto de sentidos, significados e valores provenientes das experiências dos sujeitos adquiridas no cotidiano, por meio de suas necessidades de cuidado e enfrentamento de seus problemas de saúde,²⁰ como descrito na fala a seguir:

Botava compressa bem quente dentro do balde, mas não adiantava a água quente (Maeli).

No entanto, esta prática traz riscos para as pessoas com DM, principalmente as que já são acometidas pela neuropatia diabética periférica, na qual verifica-se diminuição da percepção da temperatura, expondo ao risco de queimaduras no local da aplicação.

Diante destes discursos, se faz necessário conhecer mais a fundo as experiências e os saberes dessas pessoas para que possamos compartilhar, com esse grupo, conhecimentos e práticas que possam reorientar as estratégias utilizadas para prevenção e tratamento das úlceras no pé diabético.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE OFICIAIS

No percurso em busca de tratamento para a ulceração do pé diabético, o ponto certo de passagem são os serviços de saúde oficiais (USF, policlínicas e hospitais), nos quais diversas são as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde destes locais, relatadas pelos informantes deste estudo.

Porém, independentemente do serviço de saúde oficial procurado, a organização do cuidado da pessoa com pé diabético pode ser mais bem desenvolvida por uma equipe multidisciplinar, abordando alguns pontos fundamentais como identificação do pé em risco; inspeção regular e exame do pé em risco; educação do paciente, família e

profissionais de saúde; calçados adequados; tratamento de patologias não ulcerativas, visando à redução da perda tecidual do pé, controle da infecção, correção isquêmica, os cuidados com a lesão e as atividades de educação em saúde.^{9,16}

Em qualquer nível de atenção à saúde, é de responsabilidade dos profissionais da equipe de saúde prestar assistência conforme as necessidades de cada paciente. No tocante às atribuições da(o) enfermeira(o), cabe realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, realizando o controle metabólico e da infecção por meio de cuidados de enfermagem, inclusive com a realização de curativos para o tratamento das feridas de modo a interferir efetivamente sob os fatores de risco para amputação de MMII, pois a assistência de enfermagem é um fator muito importante para diminuir tais riscos.²²

Segundo o próximo discurso, a estratégia da equipe de saúde da USF se restringiu a não disponibilizar a enfermeira para realizar assistência em domicílio, sem quaisquer evidências de uma avaliação sobre a possibilidade de a usuária continuar realizando os curativos na unidade ou da impossibilidade de chegar ao local. Vale ressaltar que pessoas com DM podem ter dificuldade de acessar o atendimento nas unidades de saúde por terem comprometimento da mobilidade. Houve também falta de orientações sobre a técnica adequada de realização do curativo pela própria informante. Também é válido destacar que devido à complexidade das atividades do processo de trabalho do enfermeiro nas USF e por questões administrativas como falta de transporte, os profissionais podem ter alguma dificuldade em realizar visitas domiciliares para realização/reavaliação do plano terapêutico.

O posto falava que não podia mandar a enfermeira não, que eu mesma que tinha que fazer [curativos], era isso (Maria).

Para o tratamento, uma estratégia relatada foi a remoção do corpo estranho causador da lesão inicial que originou a úlcera e provocador do processo infeccioso, seguida por uma conduta expectante, como notado:

[...] O médico abriu o pé e tirou o espinho de dentro, espinho assim com um centímetro de tamanho [...]. Tirou dois espinhos, só que um espinho parece que quebrou, o médico acha que ficou uma pontinha, só que não tava conseguindo encontrar, certo? Ele não queria abrir mais o pé, aí esperava que é [...] depois de acordo como fosse ali o espinho fosse saindo, entendeu?[...] (Moacir).

Contudo, uma vez penetrada à barreira da pele, os tecidos subjacentes se tornam expostos à colonização de patógenos. Esse comprometimento tecidual nos MMII causado ou agravado por traumas e associado à vulnerabilidade das pessoas com DM às infecções gera quadros clínicos complexos, já que infecção nessas pessoas é potencialmente séria.²³ Diante disso, se fez necessário lançar mão de outras estratégias para o tratamento, como explicitado na fala seguinte:

[...] Aí o médico do hospital particular olhou o pé e abriu mais um pouquinho em baixo do calcanhar e tirou mais um pedacinho de espinho e fez algum [...]. Aplicou as medicações, antibiótico para poder combater a infecção, porque quem via meu pé por baixo, a planta do pé já estava toda assim amarela parecendo pus, ali já era a infecção (Moacir).

Em relação aos casos graves de pé diabético (úlceras, isquemia e infecção), o tratamento deve ser imediato e incisivo, procedendo-se à hospitalização e pautado nos seguintes princípios: alívio da pressão nos pés; restauração da perfusão cutânea; tratamento da infecção (quando se trata de úlceras superficiais com celulite extensa, recomenda-se o desbridamento da área necrótica, curativos e antibioticoterapia; quando a infecção é profunda com ameaça do membro, recomenda-se realizar a drenagem cirúrgica imediata com encaminhamento emergencial para remoção da necrose ou dos tecidos mal perfundidos); revascularização quando necessário, curativos e antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro; controle metabólico; cuidados com o local da lesão; instruções ao paciente e aos familiares; determinação da causa e prevenção da recorrência.^{9,16}

Nos casos em que se opta pela antibioticoterapia como parte do tratamento, quando possível, deve ser guiada pela cultura e o antibiograma. No entanto, a terapia antimicrobiana, na maioria das vezes, como salientam Brasileiro et al.¹⁴ e Leite,²³ é empírica e com a utilização de drogas de largo espectro direcionadas aos agentes patogênicos mais frequentemente identificados.

Além da terapia farmacológica, se faz necessário evitar a perda tecidual e tratar a lesão. Para tal, outra estratégia essencial é a realização de curativos, pois o:

[...] cuidado ao paciente com feridas está permeado por avanços tecnológicos que trazem uma série de vantagens como [...] diminuição do tempo de internação, aceleração do processo de cicatrização das feridas e diminuição no número de amputações.¹⁶

Quanto a esse ponto, Moacir informou sobre as demais estratégias utilizadas para os cuidados com a lesão:

As enfermeiras vinham, faziam o curativo, só fazia tirar a gaze, jogava o soro por cima e fechava, mas ficava toda aquela pele solta e morta ali, não faziam uma limpeza, né? [...] mas a parte que estava na ponta do pé, as partes necrosadas permanecia (Moacir).

Uma intervenção apontada como factível, do ponto de vista dos informantes deste estudo, foi o desbridamento, que é um método de remoção dos tecidos desvitalizados ou colonizados, ajudando no controle da infecção e estimulando a fase proliferativa da cicatrização.^{9,14} Tal questão é perceptível pelo seguinte discurso:

[...] o médico lá em Araci ele só fazia olhar, ele não fez nenhuma limpeza, não fez [...] na parte que tava necrosada eles não tiraram, ele só fazia passar antibiótico, mas não fazia limpeza correta do pé, uma de...chama acho que é desbridagem (Moacir).

Além das estratégias adotadas voltadas para a melhora do quadro clínico, um relato chamou atenção, pois demonstrou, em suas poucas palavras, a impossibilidade de reversão do quadro do ponto de vista do médico e a inexistência de informações que justificassem a conduta. Isso gerou na informante a não aceitação do prognóstico, fato que adiou o início do tratamento e que, muito provavelmente, agravou o quadro clínico e emocional, como visto na fala de Maria:

Deu o relatório [o médico deu] do dia trinta e um dos sete e mandou vim, aí eu não vinha, quando foi no dia 18 me trouxe e fez amputação da perna.

Quando se propõe tratar da saúde de uma pessoa com DM, é imprescindível o controle da doença e o tratamento das complicações já instaladas, função exercida em grande parte pelos serviços de saúde e seus profissionais. Porém, é absolutamente necessário pensar não somente em um membro comprometido, mas em um ser humano com todas as suas peculiaridades que perpassam pelas questões emocionais, sociais, familiares, religiosas, econômicas, possibilidade de reabilitação, que são pontos importantes e auxiliaram no tratamento e aceitação da nova condição de vida dessas pessoas.

O DESFECHO DA LESÃO: O SENTIMENTO PERANTE A AMPUTAÇÃO

Por meio das narrativas dos informantes desta pesquisa, foi possível perceber que uma série de sentimentos referentes à necessidade eminente de amputação emergiu diante da vivência experimentada durante este percurso.

Nos relatos, foram frequentes as demonstrações de tristeza, principalmente por constatar que houve atraso no início do tratamento. Na percepção dos informantes, se o tratamento tivesse sido iniciado em tempo hábil, provavelmente a amputação não fosse necessária, como no discurso seguinte:

Agora o problema todo foi [...] chegar ao estado mais avançado na quinta-feira. Levaram para o hospital e internou, eles começaram a aplicar os antibióticos, mas esperando que o antibiótico combatesse a infecção e não combateu, foi aumentando, chegou final de semana que era sábado e domingo e não tinha como transferir aqui pro Clériston de Andrade, porque me parece que no Clériston no final de semana não tem o médico pra fazer esse tipo de...só emergência, não sei como é que funciona. Aí quando foi na segunda-feira já era tarde, se tivesse sido tomado a providência antes, né? Se tivesse feito esse tratamento [silêncio], se tivesse feito uma limpeza talvez tivesse controlado e não tivesse sido necessário a amputação [silêncio], se tivesse tirado a parte necrosada tudo não tinha perdido o pé (Moacir).

Associada ao sentimento de tristeza, se fez presente também a aceitação da nova condição em função da irreversibilidade da situação e alívio pela melhora do quadro clínico. Outro aspecto identificado foi o apoio na espiritualidade e na fé, questões evidenciadas na fala de Moacir:

Não melhorou porque chegou ao ponto que chegou, né? Aliviou, aliviou, mas não resolveu nada [...]. Isso aqui [coxa direita] tava tudo vermelhão por causa da erisipela, aí tá murchando graças a Deus.

Nessa situação, a tristeza coexiste com sensação de alívio e aceitação, entretanto isto não diminui ou anula o sentimento de tristeza gerado pela perda em função da amputação. Diante disto, a fé tida como meio de sustentação para dar continuidade à nova realidade é, ao mesmo tempo, o apoio para buscar a recuperação e a cura.²⁴

As narrativas também remeteram ao sentimento de culpa quando foi relatado o não cuidado com os pés e o descuido quanto ao tratamento do DM, como visto no fragmento:

[...] Não cuidei do pé. Foi... [silêncio] eu não cuidei do pé, não liguei [silêncio], pensei que não ia acontecer nada (Maeli).

Diante das consequências já instaladas, os informantes tomaram para si, pelo menos em parte, a culpa pela não manutenção do controle do DM e os cuidados com os pés, induzindo ao pensamento de que eles podem ter sido responsáveis/culpados pela amputação do membro ou parte dele, à medida que não mantiveram os cuidados devidos.²¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direcionamento imediato dos informantes para os níveis de média e alta complexidades já para amputação suscita o não reconhecimento do real papel da Atenção Básica como porta de entrada, reguladora do fluxo da rede de atenção à saúde e filtro assistencial do SUS e o não reconhecimento das equipes de saúde sobre sua responsabilidade na operacionalização das estratégias usadas no rastreamento, na captação, no tratamento e no acompanhamento das pessoas com DM.

A assistência à pessoa com DM deve contemplar ações de educação em saúde, associadas aos procedimentos e ao embasamento teórico, buscando abandonar a visão reducionista do cuidado ao pé diabético e resgatar as práticas de saúde que realmente irão contribuir para uma melhoria na condição de saúde de tal grupo.

É necessário fortalecer a adesão ao tratamento e acompanhamento sistemáticos, bem como destacar a importância de se autocuidar, tendo em vista evitar e/ou minimizar as complicações advindas do DM, que por vezes são devastadoras.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho FS, Kunz VC, Depieri TZ, Cervellini R. Prevalência de amputação em membros inferiores de causa vascular: análise de prontuários. *Arq Ciênc Saúde Unipar*. 2005;9(1):23-30.
2. Luccia ND. Amputação e reconstrução nas doenças vasculares e no pé diabético. São Paulo: Revinter; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ação para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Mascarenhas TAP. Perfil dos amputados atendidos nas unidades de saúde da família do município de Feira de Santana – BA. [Monografia]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2012.
6. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12^a ed., v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

7. Thaines GHLS, Bellato R, Faria APSA, Araujo LFS. A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes Mellitus – um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2009;18(1):57-66.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 16: Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Grupo de Trabalho Internacional Sobre Pé Diabético. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2001.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Caderno de atenção básica: caderno 7 – hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
12. Jovchelovitch S, Bauer MW. Entrevista narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 90-113.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
14. Brasileiro JL, Oliveira WTP, Monteiro LB, Chen J, Pinho Jr. EL, Molkenhuth S, et al. Pé diabético: aspectos clínicos. *J Vasc Br.* 2005;2(1):11-21.
15. Nascimento OJM. Neuropatia diabética: diagnóstico e tratamento. In: Oliveira JEP, Milech A. Diabetes mellitus, clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar. Rio de Janeiro: Atheneu; 2006.
16. Malagutti W, Kakihara CT, organizadores. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

20. Acioli S. Sentidos e práticas de saúde em grupos populares e a enfermagem em saúde pública. *Rev Enferm UERJ*. 2006;14(1):21-6.
21. Coelho MS, Silva DMGV, Padilha MIS. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esc Enferm*. 2009;43(1):65-71.
22. Gamba MA, Sabina LDC, Denise PB, Lucila ACV. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):399-404.
23. Leite FEOPC. Pé diabético. Porto. [Dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2010.
24. Lucas LPP, Barichello E, Zuffi FB, Barbosa MH. A percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em relação à amputação. *Rev Eletr Enferm*. 2010;12(3). Extraído de [<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a17.htm>], acesso em [15 de agosto de 2012].

Recebido em 24.04.2013 e aprovado em 24.03.2014.