

RESSIGNIFICAÇÃO DO CUIDADO DE UMA PESSOA COM DIABETES E PÉ DIABÉTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

A MINDFUL CHANGE IN DIABETIC PATIENT CARE WITH DIABETIC FOOT: A CASE REPORT

RESIGNIFICACION DEL CUIDADO DE UNA PERSONA CON DIABETES Y PIES DIABÉTICOS: RELATO DE EXPERIENCIA

Daisy Moreira Gomes¹, Eliza Maria Rezende Dazio², Camila Maria Silva Paraizo³, Mariana Viotti Nogueira Brito³, Jamila Souza Gonçalves⁴, Silvana Maria Coelho Leite Fava⁵

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência de integrantes de um projeto de extensão no acompanhamento longitudinal à pessoa com Diabetes Mellitus. **Método:** trata-se de um relato de experiência dos integrantes de um projeto de extensão realizado com um homem de 63 anos, com pé diabético, lesão crônica há 15 anos, infectada e necrótica na região medial plantar esquerda e direita, com amputação de dois pododáctilos em cada um dos membros inferiores e dificuldades na convivência com o adoecimento. As ações pautadas no princípio da Clínica ampliada e compartilhada apresentavam por objetivo o incentivo ao tratamento, o processo cicatricial de lesões e o autogerenciamento dos cuidados em Diabetes. Utilizou-se instrumento para conhecer o contexto social e cultural e para a consulta de enfermagem. **Resultados:** constatou-se melhor controle dos níveis glicêmicos, mudanças em relação aos hábitos alimentares com perda ponderal significativa, processo cicatricial das lesões, domínio e habilidade na aplicação de insulina e mais cooperativo. **Conclusão:** A relação dialógica, a interação prolongada e o vínculo, princípios que fundamentaram as ações, foram capazes de produzir mudanças nos integrantes do projeto e na sensibilização do participante, contribuindo para a ressignificação do cuidado e para a melhoria da condição de saúde.

Descritores: Enfermagem; Diabetes Mellitus; Cuidados de enfermagem; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Objective: to report the experience held by members of an extension project on a longitudinal follow-up of patients who have Diabetes Mellitus. **Method:** it is an experience report of the members from an extension project carried out with a sixty-three-year-old man with diabetic foot, a chronic lesion - lasting 15 years, left and right plantar medial region under infected and necrotic conditions, amputation of two toes in both inferior members and difficulties in accepting the illness. The actions based on the principle of extended and shared clinic aimed at getting the patient to take therapy, healing process of lesions and, self-management of care in Diabetes. It was used a protocol to know the social and cultural context and nursing assessment. **Results:** better control of glycemic levels, changes in dietary habits with significant weight loss, scarring of lesions, mastery and ability in insulin shots and patients being adherent to treatment. **Conclusion:** The dialogic relation, a prolonged interaction and bonding, principles that underpinned the actions were able to bring along improvements among project members and patient's willingness to participate, resulting in an overall mindset change in health care and health condition improvements.

Descriptors: Nursing; Diabetes Mellitus; Nursing Care; Qualitative research.

RESUMEN

Objetivo: para divulgar la experiencia de un proyecto de extensión en el seguimiento longitudinal de la persona con Diabetes Mellitus. **Método:** los estudios de caso de un proyecto de extensión realizado con un hombre de 63 años de edad con lesiones crónicas, pie diabético por 15 años, infectados y necróticos en la región plantar medial izquierda y derecha, con amputación de dos pododáctilos en ambos miembros inferiores y dificultad de vivir con la enfermedad. Las acciones basadas en el principio de Clínica ampliada y compartilhada terria como meta fomentar el tratamiento, la cicatrización de heridas y fortalecimiento de la autogestión de los cuidados en Diabetes. Instrumento se utilizó para conocer el contexto social y cultural y a la consulta de enfermería. **Resultados:** tiene mejor control de los niveles de glucosa, cambios en lo referente a alimentación hábitos con pérdida de peso significativa, el proceso de curación de lesiones y habilidad en la aplicación de insulina y más cooperativas. **Conclusión:** la relación dialógica, prolongada interacción y vinculación, principios que subyacen a las acciones, fueron capaces de producir cambios en el proyecto y en la conciencia de los participantes, contribuyendo a la ressignification de la atención y para la mejora de la condición de salud.

Descritores: Enfermería; Diabetes Mellitus; Atención de enfermeira; Investigación cualitativa.

¹Graduada em enfermagem. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. ²Graduada em Enfermagem. Pós-Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. ³Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. ⁴Graduada em Enfermagem. Mestre em Processo de Cuidar em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais. ⁵Graduada em Enfermagem. Doutora em Ciências. Docente na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas.

Como citar este artigo:

Gomes DM, Dazio EMR, Paraizo CMS, et al. Ressignificação do Cuidado de uma Pessoa com Diabetes e Pé Diabético: Relato de Experiência. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1509. [Access_____]; Available in:_____. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1509>

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é definido como um conjunto de múltiplos distúrbios metabólicos decorrentes tanto de falhas na ação da insulina, na sua secreção ou em ambas, tendo como consequência a hiperglicemia⁽¹⁾.

A hiperglicemia, a longo prazo, associada a outros fatores, como a obesidade, a resistência à ação da insulina, a inflamação branda e crônica e a disfunção endotelial, tem contribuído para o alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. Estas complicações são responsáveis por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida⁽²⁾.

As complicações decorrem muitas vezes da dificuldade da pessoa em manter o DM sob controle, porque, muitas vezes, os cuidados são negligenciados pela dificuldade em reconhecer a gravidade da doença e as mudanças de estilo de vida são difíceis de serem incorporadas no cotidiano de vida dos adoecidos, comprometendo assim, a adesão ao tratamento e a qualidade de vida⁽³⁾.

Embora seja difícil o seu controle, a pessoa com DM precisa ser orientada e motivada pelos profissionais de saúde de forma individualizada e integral, a fim de atender as suas necessidades e possibilitar a adesão ao tratamento⁽³⁻⁴⁾.

As ações educativas empreendidas neste processo devem priorizar o controle glicêmico, por meio de medidas não farmacológicas e farmacológicas, avaliação e os cuidados com os pés⁽⁵⁻⁷⁾. A avaliação dos pés é fundamental por constituir uma das mais graves complicações e de maior impacto socioeconômico⁽⁷⁾, para prevenção e/ou minimização das complicações aos níveis neuro-músculo-esquelético e vascular, o que contribui ao processo de viver humano com menor risco das complicações do DM⁽⁵⁾.

Pé diabético é definido pelo glossário do Consenso Internacional sobre Pé Diabético, como infecção, surgimento de úlceras e ou destruição das camadas mais profundas da pele, acompanhado de alterações neurológicas e diferentes graus de doença vascular periférica nos membros inferiores (MMII)⁽⁸⁾.

A fisiopatologia do pé diabético está relacionada a componente isquêmico, neuropático ou misto. A isquemia caracteriza-se

por história de claudicação intermitente, dor em repouso e que piora com os exercícios. O componente neuropático deve-se ao comprometimento do sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico, com alterações da sensibilidade do pé, levando a deformidades, atrofia da musculatura interóssea, aumento do arco plantar, dedos em “garra” e calos em áreas de aumento de pressão. Estes componentes contribuem para o aparecimento de bolhas, calos, lesões e úlceras^(7,9-10). Em geral estão envolvidos os seguintes fatores extrínsecos, calçados inadequados, trauma, andar descalço e fissuras⁽¹⁰⁾.

Dada a magnitude do problema relacionada à complexidade do pé diabético e sua alta prevalência, torna-se necessário para sua prevenção e controle, o desenvolvimento de ações em saúde e o envolvimento de toda a equipe multidisciplinar, pois requer um processo de educação contínuo^(7,10), de atendimento integral e multiprofissional, além de acesso facilitado aos serviços de saúde⁽¹¹⁾.

Uma revisão Cochrane realizada para avaliar os programas educacionais para pessoas com DM na prevenção de ulcerações nos pés, concluiu que as intervenções educacionais mostraram ser capazes de melhorar o conhecimento sobre os cuidados com os pés, no curto prazo e as pessoas relataram que o comportamento com relação ao autocuidado também melhorou⁽¹²⁾.

A educação em saúde se apresenta como um dos pilares do processo de cuidado⁽¹³⁾. Ela tem por finalidade sensibilizar, motivar e mudar os hábitos das pessoas, a fim de reduzir as complicações, proporcionar uma melhor qualidade de vida, valorizando e respeitando suas limitações e a envolvendo como sujeitos nas ações de autocuidado⁽¹³⁻¹⁵⁾. Nesta perspectiva, os cuidados à pessoa com DM devem atender as necessidades afetadas, levando em consideração as dimensões biológica, social, emocional, espiritual e cultural, o contexto de vida da pessoa, a avaliação dos MMII, os cuidados gerais, como manutenção adequada dos níveis glicêmicos, o controle de outras comorbidades como a Hipertensão Arterial Sistêmica, a obesidade e a dislipidemia, a prática de exercícios físicos, os hábitos alimentares, os modos de se cuidar e de se tratar, questões que são decisivas para

melhorar sua qualidade de vida e aumentar sua sobrevivência^(5,7,15-16).

A partir destas considerações, este artigo pretende apresentar a experiência vivenciada pelos docentes e discentes de enfermagem, integrantes de um projeto de extensão universitária no acompanhamento longitudinal de uma pessoa com DM e pé diabético e a motivação para o autogerenciamento do Diabetes, tornando-o corresponsável por esse processo de mudança. É esperado que este artigo consiga criar condições para discutir a educação em saúde e as estratégias que possibilitaram a ressignificação do cuidado.

MÉTODOS

Trata-se de relato de experiência que se insere no campo de pesquisa com abordagem qualitativa, que permite uma reflexão sobre as ações desenvolvidas em uma situação vivenciada e traz contribuições relevantes para a área de enfermagem.

Este estudo fundamenta-se nos princípios da Clínica ampliada e compartilhada⁽¹⁷⁾ e na literatura acerca dos cuidados à pessoa com DM, especificamente no Caderno de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes mellitus e no Manual do Pé Diabético^(7,15).

Este relato descreve as vivências de docentes e discentes no acompanhamento longitudinal domiciliar, no período de agosto de 2014 a janeiro de 2016, de um homem com DM que há 10 anos possui lesões nas regiões medial plantar esquerda e direita. As ações desenvolvidas apresentavam por objetivo o incentivo ao tratamento, o processo cicatricial de lesões, a autonomia e a motivação para o autogerenciamento do adoecimento.

Para a coleta de dados e o acompanhamento utilizou-se o instrumento elaborado pelos integrantes do projeto de extensão universitária, pautado na avaliação da pessoa com Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde⁽⁷⁾, que tem por objetivo o acompanhamento de pessoas com condições crônicas, constituído por questões que possibilitaram levantar o contexto social e cultural, a consulta de enfermagem, antecedentes pessoais e familiares, tratamento farmacológico e não farmacológico, exame físico, a avaliação da lesão e a indicação de coberturas.

Este relato está vinculado ao projeto de pesquisa, Adoecimento crônico: a enfermagem

como elo, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas sob o nº 06655512.0.0000.5142. Por tratar-se de um relato de experiência, obteve-se o consentimento formal do participante para participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preservado o anonimato com alteração das iniciais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O participante selecionado para este relato é T.A.O, homem, 63 anos de idade, 1,79 cm de estatura, 98 Kg, melanodérmico, aposentado por invalidez, com o ensino fundamental incompleto, solteiro, reside com três irmãos em um bairro de periferia, caracterizado por uma população de baixo nível socioeconômico e em área adstrita à Unidade de Estratégia de Saúde da Família (UESF). Refere a diagnóstico médico de DM há 15 anos e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) há aproximadamente cinco anos. Faz uso contínuo de Hidroclorotiazida 25 mg[®], Losartana potássica 50 mg[®], Nifedipina 20 mg[®], Cloridrato de Metformina 850 mg[®], Glibenclamida 5 mg[®] e Insulina NPH[®]. Relata que há 10 anos apresenta lesões no pé, como mencionava “ela dá de fechá, mais num fecha, aí ela zanga de novo”, hiperglicemia com dificuldade de controle, “já chegou até 600, é muito difícil abaixar”.

No início do acompanhamento referia-se ao hábito de consumir alimentos hipercalóricos, hiperglicídicos, hiperssódico, com intervalos irregulares entre as refeições e o consumo de bebida alcoólica. Mantinha-se em estado hiperglicêmico quase permanente, realizava teste de glicemia capilar de forma irregular, apesar de possuir três glicosímetros e fitas para os testes. Desconfiava sempre dos resultados da glicemia capilar em detrimento às manifestações corporais. Seus depoimentos revelavam conhecimento deficiente sobre a doença, o armazenamento, o preparo e a técnica de administração de insulina. Realizava a glicemia capilar na área central do dedo médio e o modo de descarte do material contaminado e perfurocortante era em lixo comum.

Em relação aos seus antecedentes, contava que sua mãe faleceu em decorrência de complicações do DM, apresentava déficit visual quase total, amputação de membro inferior direito, pois, os dedos apresentavam “cheio de bichinho branco”, seu pai também tinha DM e faleceu em decorrência de “derrame”. Seus três irmãos também têm DM. O mais velho também

tem “essa ferida na perna, aqui quase todo mundo tem Diabetes”, só a minha irmã mais velha que não tem. Ao narrar sua história parece tratar as experiências de adoecimento vividas em família com naturalidade e fica evidente que sua relação com alguns profissionais da UESF é marcada por desentendimentos, pois, quando questionado sobre o acompanhamento, ele dizia: “aquele povo lá numa vem fazer o curativo não, eu já larguei mão deles”.

Quanto ao exame físico, as principais alterações relacionavam-se à presença de déficit visual principalmente à direita, circunferência abdominal de 120 cm, Índice tornozelo braquial 1,2; glicemia capilar 270 mg, Pa: 150/95 mmHg, mobilidade física prejudicada com alteração anatômica em ambos os pés, calçado e meia inapropriados, hiperpigmentação da pele e ressecamento na região tibial, dorsal e plantar de ambos os MMII, edema +++/++++, pé direito com amputação do primeiro e segundo pododáctilo, presença de lesão em estágio 3, na região medial plantar com 9 cm², em formato circular irregular, leito lesionar com 30% de tecido necrótico e 70% de hiperqueratose, ausência de exsudato, embora apresentasse odor fétido, leito perilesionar hiperemiado, bordas irregulares e flutuantes. Pé esquerdo com amputação do primeiro e quinto pododáctilos, com exsudato purulento no terceiro pododáctilo; lesão em estágio 3, na região medial plantar com aproximadamente 12 cm², de formato irregular, leito lesionar com 40% de tecido necrótico e 60% hiperqueratose, com exsudato amarelo escuro com odor fétido, leito perilesionar hiperemiado e bordas irregulares. Cuidava da lesão com a realização de curativo diário com soro fisiológico 0,9% e para cobertura no leito da lesão o creme dermatológico sulfadiazina de prata 1% e na região perilesionar o óleo de girassol. Mantinha o curativo coberto com gazes e atadura de crepom.

Inicialmente, nossa primeira conduta foi levantar as seguintes prioridades para o planejamento das ações: ressecamento da pele, lesões infectadas em membros inferiores, hiperglicemia, hipertensão arterial, obesidade principalmente central, necessidade de mudanças de hábitos alimentares, de calçado e meia, necessidade de orientações sobre a doença, o armazenamento e autoaplicação de insulina e glicemia capilar e descarte de resíduo sólido, encaminhamento para avaliação de déficit visual e suporte para melhorar a convivência e o controle da doença. Para o tratamento inicial das

lesões, foi-lhe indicada consulta com os profissionais da UESF com vistas à solicitação de exames laboratoriais, que envolviam hemograma, proteínas totais e frações, avaliação da função renal, cultura de secreção das lesões com antibiograma, exames radiológicos dos MMII para avaliação de possível quadro de osteomielite, encaminhamento para consulta com oftalmologista, ortopedista e fisioterapia. Após quinze dias, já estava em mãos os resultados dos exames laboratoriais e radiológicos e a prescrição médica. As principais alterações apontavam para a leucocitose sem desvio e a presença de *Pseudomonas aeruginosa*, para a qual foi iniciado antibioticoterapia com Gentamicina 80 mg / 2ml[®] IM uma vez ao dia durante quatro dias, sem, contudo, ter solicitado a avaliação da função renal. Os encaminhamentos a outros profissionais foram agendados e, de acordo com orientações da UESF, a espera dura em média seis meses. Pela gravidade da lesão, optou-se pelos curativos diários, a serem realizados pelos integrantes do projeto, pois, exigiam debridamento e avaliação para indicação de coberturas. Os curativos foram realizados com soro fisiológico 0,9% morno, aplicado em jatos, além das respectivas coberturas ao longo de processo cicatricial da ferida: curativos antimicrobianos com Hidrofibra impregnada com prata, Carvão ativado com prata, Matriz Cadexômero de Iodo 0,9% gel, Hidroalginato com Prata, papaína a 10% e 2%, Gel Barreira de Adesão com Polihexanida. Para a hidratação da pele dos MMII utilizou-se Ácidos Graxos Essenciais (AGE).

Cabe destacar que a atuação dos enfermeiros na avaliação e indicação de coberturas está assegurada pela Resolução COFEN nº 0501/2015⁽¹⁸⁾, que regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas.

Ainda, as opções terapêuticas para o tratamento de uma lesão transpõem a mera realização do curativo. É preciso ter habilidade para cuidar da lesão e das expectativas do paciente, sensibilizá-lo para a continuidade ao tratamento e para mudanças de hábitos de vida.

Neste sentido, os enfermeiros têm enorme preocupação em prestar uma assistência individualizada, sistematizada e efetiva, pautada cientificamente na avaliação e indicação da cobertura ideal para a cicatrização de cada tipo de lesão⁽¹⁹⁾.

É importante ressaltar que as coberturas utilizadas nos curativos foram obtidas pelo

projeto com os recursos públicos da universidade e aquelas indicadas e não disponíveis pela universidade, foram doadas pelas pesquisadoras.

No início do tratamento da ferida utilizou-se como cobertura o carvão ativado com prata, cobertura que promove a adsorção de exsudato, reduzindo o odor. Além disso, a prata possui ação bactericida, bacteriostática, sendo indicada em feridas fétidas, exsudativas e infectadas, e tem a capacidade de adsorver as bactérias de forma concomitante à absorção do exsudato, além de filtrar os odores⁽²⁰⁾.

A seguir, foi utilizado o hidroalginato de prata devido à excelente capacidade de controlar exsudato e atividade antimicrobiana prolongada, devido à presença de ions de prata. Esta cobertura está indicada no tratamento de feridas crônicas, com presença de exsudato de moderada a alta quantidade. Sua estrutura é composta por uma almofada estéril composta por uma mistura de alginato de cálcio, carboximetilcelulose e de fibras revestidas com prata. Sua fórmula tem o poder de controlar de modo eficaz o exsudato, além da ação antimicrobiana de amplo espectro⁽²¹⁾.

Foi prescrito o Gel de Polihexanida, que se mostrou efetivo no tratamento de feridas crônicas e de difícil cicatrização, especialmente aquelas colonizadas/infectadas, sua ação promove um ambiente favorável ao processo cicatricial, diminuindo o tempo necessário à cicatrização, reduzindo expressivamente os sinais inflamatórios e/ou de infecção/colonização⁽²²⁾.

Manteve-se na sequência dos curativos, a cobertura com papaína a 10%, devido à sua ação desbridante e estimuladora no processo de cicatrização. É indicada para feridas de diferentes etiologias, nas várias etapas do processo de cicatrização e em pacientes de qualquer faixa etária⁽²³⁾.

No decorrer do acompanhamento, foi realizada outra cultura da lesão, com crescimento de *Pseudomonas aeruginosa*, sendo prescrito antibioticoterapia com Ciprofloxacino 500 mg de 12/12 horas por 10 dias. Neste período, foi necessário o retorno do Carvão Ativado com Prata. Com o desaparecimento do odor fétido da lesão, indicou-se o cadexomero iodado. Trata-se de um gel que mostra-se útil no desbridamento de feridas, redução dos sinais clínicos de infecção e redução do exsudato⁽²⁴⁾. O cadexomero iodado mostrou eficácia superior tanto em modelos *in vitro* e *in vivo* e podem

representar uma melhor escolha para tratar biofilme bacteriano em feridas crônicas⁽²⁴⁾.

As lesões após 18 meses de curativos apresentavam em processo cicatricial, tendo em vista que a lesão na região plantar do pé direito apresentava 1 cm² em formato circular, leito lesionar com 80% de tecido de granulação e 30% hiperqueratose, ausência de exsudato e odor fétido, leito perilesionar íntegro, bordas irregulares. Pé esquerdo, lesão cicatrizada com 30% de hiperqueratose de formato plano, leito perilesionar íntegro.

As deformidades anatômicas do pé em decorrência da amputação, comprometia a deambulação, além da área de pressão em determinado ponto, o que demandou a necessidade de avaliação de ortopedista e de acompanhamento por um profissional fisioterapeuta, para indicação de calçado e confecção de palmilha anatômica. Constatou-se as dificuldades enfrentadas pela pessoa neste itinerário terapêutico, pelo fato da espera de um ano para o atendimento e, ainda, porque o município não conta com profissionais especializados nesta área.

Um dos profissionais da rede pública sensibilizou-se com o caso e se propôs a estudar e produzir a palmilha até que possa referenciar ao centro especializado. A consulta com o oftalmologista até o momento não foi realizada. Embora sejam assegurados os direitos na legislação federal e estadual e na Carta de Direitos dos Usuários do SUS, constatou-se que na prática, as pessoas com DM têm enfrentado dificuldades para a garantia destes direitos, ferindo os princípios da beneficência e da justiça.

Concomitantemente ao tratamento clínico da lesão, esforços foram empreendidos no sentido de sensibilizar o participante para a corresponsabilidade pelo processo de recuperação, ao aderir ao tratamento não farmacológico e corrigir as ações inadequadas referentes ao tratamento medicamentoso, o plano alimentar, a redução da obesidade, redução do consumo de bebida alcoólica e adoção de estilo de vida mais saudável⁽²⁵⁾.

Assim, foram realizadas orientações de enfermagem sobre o DM, suas complicações; o modo correto de armazenamento, de preparo e da aplicação da insulina, a importância do rodízio de locais para aplicação da mesma, a fim de evitar complicações como a lipodistrofia; o descarte adequado de resíduos sólidos; a

importância da verificação regular da glicemia capilar, outros locais para realização da glicemia como a panturrilha e lóbulo da orelha; a importância de manter níveis glicêmicos e pressóricos dentro dos padrões aceitáveis de referência; os cuidados com os pés, observação diária dos MMII, mantê-los devidamente hidratados e em caso de qualquer alteração, solicitar avaliação de um profissional de saúde; importância de manter hábitos de vida saudáveis com adoção de dieta hipossódica, hipoglicídica e hipolipídica, a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e a necessidade de acompanhamento pelos profissionais de saúde.

Percebemos no decorrer destes 18 meses de acompanhamento que a relação de confiança e o vínculo foram sendo estabelecidas e que as mudanças de comportamento, não apenas ocorreram, mas também permaneceram no cotidiano de vida. Estas mudanças podem ser reveladas no depoimento “eu vejo como que é custoso para vocês estar aqui todo dia pra fazer este curativo, então a gente precisa fazer a parte da gente também, precisa mudar, agora quando eu faço o teste (glicemia capilar) está dando, um dia 100, outro dia 99, num passa disso, eu também emagreci um pouco, eu estou sentindo assim, mais leve e a perna num está inchando muito não”.

Tais mudanças foram também comprovadas pelos valores da hemoglobina glicada de 6,0 %, pelas mudanças de hábitos alimentares com perda ponderal significativa, e se mostra mais cooperativo, realiza aplicação adequada de insulina e mantém os cuidados necessários com a mesma, faz descarte do material em recipiente de frasco de plástico resistente, compreende a necessidade do tratamento para permitir-lhe viver com algumas restrições, principalmente dietéticas, mas sem imposição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação efetiva de projetos de extensão universitária numa perspectiva de indissociabilidade, ensino, pesquisa e extensão é capaz de proporcionar aos seus integrantes oportunidade para o desenvolvimento de competências e habilidades que corroboram para o aprimoramento profissional, para a compreensão da relevância do vínculo para os processos de mudanças, para a aproximação com a experiência do processo de adoecimento, para a necessidade do comprometimento e a

corresponsabilização com o outro, para compreender a capacidade do enfermeiro como agente de transformação e o potencial da experiência prática para a produção de conhecimentos.

Ao priorizar as ações de cuidado e de educação em saúde é possível reduzir os agravos gerados pelo adoecimento e demonstrar a capacidade para autonomia em direção ao autocuidado.

A relação dialógica, a interação prolongada, a horizontalidade e o vínculo-princípios que fundamentaram as ações foram capazes de produzir mudanças nos integrantes do projeto e na sensibilização do participante, contribuindo para a ressignificação do cuidado na vida das pessoas com complicações decorrentes do DM e para a melhoria da condição de saúde com DM.

Este relato contribui, ainda, para o fortalecimento das ações de extensão e para demonstrar o seu potencial para a formação cidadã, política e comprometida dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016. 2016 [citado em 10 set 2016]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
2. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto S et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011;4(1):60135-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
3. Santos LA, Cecílio HPM, Teston EF, Arruda GO, Peternella FMN, Marcon SS. Complicações microvasculares em diabéticos Tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. *Cienc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):761-70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12182014>
4. Faria HTG, Santos MA, Arrelias CCA, Rodrigues FFL, Gonela JT, Teixeira CRS et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):257-63. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200009>
5. Silva LWS, Pereira FS, Squarcini CFR, Souza DM, Souza FG, Caravaca Morera JA. Cuidado dos pés

de pessoas com diabetes mellitus: ações protetivas vinculadas à promoção da saúde. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2016 [citado em 30 Mar. 2017];5(2):12-18. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v5n2/v5n2a02.pdf>

6. Pais SC, Guedes M, Menezes I. Os contextos e as práticas da educação para a saúde em torno da doença crônica: uma perspectiva reflexiva e crítica com base na experiência de vida com diabetes mellitus. *Educ Soc Cult*. 2013 [citado em 3 mar 2016]:38:31-5. Disponível em: <http://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/04.SofiaCastanheiraetal.pdf>

7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 16 ago 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf

8. Ministério da Saúde (BR). Grupo de trabalho internacional sobre pé diabético. Consenso internacional sobre pé diabético. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001 [citado em 8 abr 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/general/conce_inter_pediabetico.pdf

9. Jeffcoate WJ, Harding KG. Diabetic foot ulcers. *Lancet*. 2003;361(9368):1545-5. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13169-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13169-8)

10. Martin IS, Beraldo AA, Passeri SM, Freitas MCF, Pace AE. Causas referidas para o desenvolvimento de úlceras em pés de pessoas com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):218-24. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200010>

11. Evangelista DG, Magalhães ERM, Moretão DIC, Stiva MM, Lima LR. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família. *Rev Enferm Cent Oeste Min*. 2012 [citado em 3 fev 2016]:2(2):254-63. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/15/308>

12. Dorresteijn JAN, Kriegsman DMW, Assendelft WJJ, Valk GD. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD001488. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001488.pub4>

13. Pereira FGF, Diógenes MAR, Freire DF, Meneses MS, Xavier ATF, Ataíde MBC. Abordagem clínica de enfermagem na prevenção do pé diabético. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2013;26(4):498-504.

<https://doi.org/10.5020/18061230.2013.p498>

14. Martin VT, Rodrigues CDS, Cesarino CB. Conhecimento do paciente com *diabetes mellitus* sobre o cuidado com os pés. *Rev Enferm UERJ*. 2011 [citado em 5 fev 2016]:19(4):621-25. Disponível em:

<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a20.pdf>

15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 14 ago 2016]. Disponível em:

http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

16. American Diabetes Association. Older adults. *Diabetes Care*. 2017;40(Suppl. 1):99-104. <https://doi.org/10.2337/dc17-S014>

17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [citado em 4 set 2016]. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

18. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Nº 0501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências, Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem; 2015 [citado 13 Jul. 2016]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html

19. Faria GBG, Prado TN, Lima EFA, Rogenski NMB, Borghardt AT, Massaroni L. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre o cuidado com feridas. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(12):4532-8.

<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i12a11520p4532-4538-2016>

20. Smaniotto PHS, Ferreira MC, Isaac C, Galli R. Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas. *Rev Bras Ci Plast*. 2012;27(4):623-6.

<https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000400026>

21. Galea E. Using SILVERCEL Non-Adherent antimicrobial dressings. *Wounds Middle East* . 2015 [citado em 28 mar 2017];2(1):30-3. Disponível em: http://www.woundsme.com/media/journals/_/1211/files/030_wme_2-1_galea.pdf
22. Santos EJP, SILVA MANCGM. Tratamento de feridas colonizadas/infetadas com utilização de polihexanida. *Rev Enf Referência*. 2011 [citado em 2 mar 2016];3(4):135-42. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200014
23. Leite AP, Oliveira BGRB, Soares MF, Barrocas DLR. Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm* . 2012;33(3):198-207. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300026>
24. Fitzgerald DJ, Renick PJ, Forrest EC, Tetens SP, Earnest DN, McMillan J et al. Cadexomer iodine provides superior efficacy against bacterial wound biofilms in vitro and in vivo. *Wound Repair Regen*. 2017;25(1):13-24. <https://doi.org/10.1111/wrr.12497>
25. Faria HTG; Santos MA, Arrelias CCA, Rodrigues FFL, Gonela JT, Teixeira CRS et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):257-63. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200009>

Nota: Relatório final do Programa de Extensão - Condições crônicas: cuidados inovadores e do Projeto Dipper, financiado com recursos do PROEXT.

Recebido em: 23/8/2016

Aprovado em: 08/08/2017

Endereço de correspondência:

Silvana Maria Coelho Leite Fava

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

CEP: 37130000 - Alfenas/MG - Brasil

E-mail: silvanalf2005@yahoo.com.br