



Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde
E-ISSN: 2764-2550
DOI: <https://doi.org/10.29327/269776.2.1-10>
<https://revista.ghc.com.br/>

Itinerário terapêutico de pessoas diabéticas com amputação de membros inferiores: desencontros com os profissionais e o sistema de saúde

Therapeutic itinerary of diabetic persons with lower limb amputations: disagreements with professionals and the health system

Itinerário terapéutico de personas diabéticas con amputación de miembros inferiores: desencuentros con los profesionales y el sistema de salud

Marina Bísio Mattos ¹
Luana Ramalho Martins ²
Margarita Silva Diercks ³

¹Especialista em Saúde da Família e Comunidade- Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição- RMS/GHC, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Sapucaia do Sul-RS.

Contribuição de autoria: Concepção da pesquisa, análise e interpretação dos dados. Redação do artigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1297-9231>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2652695625718365>

E-mail: mattosmarina30@gmail.com

² Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora substituta no curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria - RS. Tutora do núcleo da Terapia Ocupacional na Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Contribuição de autoria: Concepção da pesquisa, análise e interpretação dos dados. Redação do artigo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2236-9653>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8525364821784991>

E-mail: ramalhomartins@gmail.com

³ Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Médica de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária e Professora do Mestrado Profissional Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição. Contribuição de autoria: Análise e interpretação dos dados. Revisão crítica do conteúdo intelectual. Aprovação final da versão a ser publicada.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0890-6870>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4164955579415364>

E-mail: margarita.diercks@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Analisar o itinerário terapêutico de usuários da Atenção Primária à Saúde que sofreram amputação de membro inferior por complicação do Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), abordando aspectos relacionados aos profissionais/sistema de saúde nos diferentes níveis de atenção. Método: Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso com seis usuários da Atenção Primária à Saúde, portadores de DM2 que sofreram amputação de membro inferior. Foi realizada revisão de prontuário e entrevistas semiestruturadas individuais que foram analisadas à luz da Análise de Conteúdo. Resultados: Os itinerários terapêuticos dos sujeitos demonstraram as fragilidades da Atenção Primária e da Rede de Atenção à Saúde no cuidado do portador de DM2 no que se refere à avaliação dos pés, que se manifestaram pelo diagnóstico tardio, ausência de acompanhamento da DM2 levando ao agravamento e amputação, falhas no preparo e acolhimento do paciente durante a cirurgia e no acompanhamento pós-cirúrgico e falta de empatia com sua condição de saúde. Considerações finais: O cuidado ao paciente portador de DM2 deve ser integral, centrado na pessoa e suas necessidades. Ações em saúde efetivas de cuidado com os pés podem evitar grande parte das amputações. Constata-se ainda a importância de se estabelecer uma linha de cuidado ao portador de DM 2 e estabelecer um fluxo para que a APS consiga ser coordenadora do cuidado destes usuários.

Palavras-chave: diabetes mellitus tipo2; amputação; pé diabético; profissional da saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Purpose: To analyze the therapeutic itinerary of Primary Health Care users who underwent lower limb amputations due to Type 2 Diabetes Mellitus (DM2) complications, addressing aspects related to the health professionals/system at the different levels of care. Method: This qualitative research of the case study type was carried out with six Primary Health Care users with DM2 that underwent lower limb amputations. Medical record reviews and individual semistructured interviews were carried out and analyzed in the light of Content Analysis. Results: The therapeutic itineraries of the individuals demonstrated the fragilities of the Primary Care and the Health Care Network in caring for persons with DM2 regarding feet assessments, which were later manifested by late diagnosis, absence of DM2 follow-up leading to worsening and amputation, failures in the preparation and reception of the patients during surgery and post-surgical monitoring, and lack of empathy with their health conditions. Final considerations: The care provided to patients with DM2 must be integral and centered on the person and their needs. Effective health care actions with the feet may prevent a large portion of the amputations. The importance of establishing a line of care for persons with DM2 and a flow for the Primary Health Care to be able to be the coordinator of the care for such users were also found.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus; amputation; diabetic foot; health professional; primary health care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el itinerario terapéutico de usuarios de la Atención Primaria para la Salud que sufrieron amputación de miembro inferior por complicación de Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), abordando aspectos relacionados a los profesionales/sistema de salud en los diferentes niveles de atención. Método: Investigación cualitativa, del tipo estudio de caso con



seis usuarios de la Atención Primaria para la Salud, portadores de DM2 que sufrieron amputación de miembro inferior. Fue realizada revisión de prontuario y entrevistas semiestructuradas individuales que fueron analizadas a la luz del Análisis de Contenido. Resultados: Los itinerarios terapéuticos de los sujetos demostraron las fragilidades de la Atención Primaria y de la Red de Atención a la Salud en el cuidado del portador de DM2 en lo que se refiere a la evaluación de los pies, que se manifestaron por el diagnóstico tardío, ausencia de seguimiento de la DM2 llevando al agravamiento y amputación, fallas en la preparación y recepción del paciente durante la cirugía y en el seguimiento post quirúrgico y falta de empatía con su condición de salud. Consideraciones finales: El cuidado al paciente portador de DM2 debe ser integral, centrado en la persona y sus necesidades. Acciones en salud efectivas para el cuidado de los pies pueden evitar gran parte de las amputaciones. Se constata también la importancia de establecerse una línea de cuidado al portador de DM 2 y establecer un flujo para que la APS pueda ser coordinadora del cuidado de estos usuarios.

Palabras Clave: Diabetes mellitus tipo2; amputación; pie diabético; profesional de la salud; atención primaria para la salud.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), é responsável por cerca de 90 a 95% dos casos de diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020). Dados da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico-VIGITEL mostram que a prevalência de adultos com diagnóstico médico de DM2 é de 8,2 % nas capitais brasileiras, sendo que chega a 10% em Porto Alegre-RS. Por outro lado 25% dos adultos acima de 65 anos teriam diagnóstico médico de DM2 (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, 2021).

Uma das complicações mais comuns derivadas do DM2 é o pé diabético (PD), que é caracterizada pela ulceração e/ou destruição de tecidos moles associados a alterações neurológicas de vários graus assim como manifestações variáveis de doença arterial periférica (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016). As complicações do PD são responsáveis por 40% a 70% do total de amputações não traumáticas de membros inferiores na população geral, sendo que grande parte dessas amputações são evitáveis.

A atenção primária em saúde (APS), porta de entrada do sistema de saúde, tem papel fundamental no acesso, no vínculo, na integralidade e na coordenação do cuidado das pessoas com DM2, através de ações clínicas, de educação em saúde, de prevenção e rastreamento de fatores de risco. A amputação como complicação do DM2 é considerada uma condição sensível na Atenção Primária, ou seja, os serviços e suas equipes teriam potencial através de ações específicas - como avaliação rotineira dos pés e atingir metas glicêmicas - para diminuir as amputações, assim como outras complicações do DM2.

A avaliação dos pés busca identificar a perda da sensibilidade protetora dos pés (PSP), avaliar o risco de ulceração, detectar doença arterial periférica (DAP) e diagnosticar Polineuropatia Diabética (PND). Esta avaliação é realizada através do exame clínico dos pés, por profissionais de nível superior, médicos e enfermeiros. O exame físico dos pés com o monofilamento de 10g é considerado padrão ouro para diagnóstico precoce da PND e deveria ser realizada na APS de forma rotineira. Estas atividades de cunho clínico, educativo e preventivo permite um acompanhamento ao longo do tempo, que favorecem o autocuidado do paciente e a construção de um plano conjunto de



cuidados individualizado e segundo as necessidades de cada pessoa com DM2. A avaliação dos pés tem que ser realizada no momento do diagnóstico do DM2 e seguir uma rotina de aprazamento que varia de anual até mensal conforme os achados clínicos do exame avaliativo e classificação de risco (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2022).

Conversar sobre a amputação, é considerado, em termos comunicacionais, como uma notícia difícil ou como uma má notícia, já que altera drástica e negativamente a perspectiva de futuro do paciente e traz mudanças na sua vida. O profissional que transmite a notícia deve ter uma postura humana e ética, que garanta acolhida e informação adequada, minimizando a angústia gerada nesse processo (SEBASTIANI; MAIA, 2005; FITZPATRICK, 1999).

A pessoa amputada tem uma piora da qualidade de vida muito importante. Há repercussões emocionais e físicas incapacitantes. A pessoa após a amputação tem dificuldades em reconhecer o seu próprio corpo, o que leva à tristeza e muitas vezes à depressão. Também se instala uma incerteza em relação ao futuro, já que muitos deles perdem a capacidade laborativa e de realização de atividades cotidianas diárias. Se o amputado é idoso se torna ainda mais vulnerável e dependente dos cuidados de uma rede de apoio muitas vezes inexistente. Sentimentos de medo e angústia frente à possibilidade de realizar uma nova amputação também ronda o dia a dia dos amputados, já que muitos deles não conseguem estabilização da glicemia piorando o prognóstico da sua condição. As reações à amputação são variáveis, mas na maioria das pessoas predomina um sentimento de incapacidade e incertezas em relação ao futuro, assim como uma representação negativa de si mesmo (SANTOS *et al.*, 2019; OROSCO *et al.*, 2019).

Conhecer o Itinerário Terapêutico (IT) entendido aqui como os percursos empreendidos pelos pacientes e sua família na busca por cuidado para resolver suas necessidades de saúde, ajuda a compreender a prática dos profissionais de saúde envolvidos nesse cuidado e a organização do sistema de saúde como um todo. Estes caminhos não coincidem necessariamente com os fluxos pré-estabelecidos pelos serviços de saúde já que são permeados por construções subjetivas, individuais e coletivas do processo de adoecimento e tratamento, além de sofrerem influência dos contextos socioculturais, das experiências pessoais e da oferta dos serviços de saúde (BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008).

A rede de atenção e a linha de cuidado para a avaliação dos pés está descrita de forma detalhada pelo protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016) e protocolo internacional de referencia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2022) onde estipulam que é na APS que deve ser realizada a primeira e subsequentes avaliações dos pés dos diabéticos, principalmente por médicos e enfermeiros. Que deverá haver um cuidado longitudinal ao longo do tempo observando as necessidades específicas de cada pessoa com DM2 como a estabilização da glicemia, o acompanhamento das co-morbidades assim



como fazer os encaminhamentos necessários para especialistas, principalmente cirurgiões vasculares. Por outro lado segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016) revelam que somente 29% das pessoas com diabetes tiveram seus pés examinados o que demonstra que a linha de cuidado e a rede de atenção ainda são frágeis, apresenta falhas e não está consolidada. Essa precariedade pode ser identificada no dia a dia dos serviços de saúde, como por exemplo, na ausência de monofilamento nas unidades básicas de saúde para realizar a avaliação da PSP, a escassez de consultas com cirurgiões vasculares no âmbito do SUS, para realizar a medida do Índice Tornozelo Braquial (ITB), fundamental para o diagnóstico precoce de doença arterial periférica (DAP), e avaliar a necessidade de revascularização processos importantes para prevenir o pé diabético. A fragilidade também é demonstrada pela prática clínica dos profissionais de saúde que foi caracterizada como de inércia clínica que é definida como a omissão em realizar determinado tratamento ou procedimento, mesmo que exista indicação para tal. A inércia clínica tem fatores multifatoriais relacionados ao paciente, ao profissional de saúde e ao sistema de saúde (ANTUNES, 2020).

Ainda em relação ao processo de amputação, a rede não está preparada para oferecer reabilitação de forma sistemática aos diabéticos amputados, fragilizando o cuidado. Na Rede de Atenção à Saúde ao portador de DM2, a APS deve funcionar como coordenadora do cuidado, no entanto os retornos (contra referência) da atenção terciária para APS não acontecem de forma organizada e muitas vezes o usuário não consegue usufruir dos serviços que estão disponíveis para sua reabilitação. Além disso, compete ao sistema de saúde, propiciar meios para que os profissionais da APS consigam executar o cuidado integral da pessoa com DM2, como por exemplo, o acesso a diversas especialidades necessárias ao cuidado dos pés uma vez avaliados na APS (cirurgião vascular, podólogo, terapeuta ocupacional e reabilitação para aquisição de calçados especiais e fisioterapia) (GROSSI; PASCALI, 2009).

O presente estudo teve como objetivo analisar o itinerário terapêutico de usuários diabéticos de um serviço de Atenção Primária à Saúde que sofreram amputação de membro inferior abordando aspectos relacionados aos profissionais de saúde participantes do cuidado e a organização do sistema de saúde nos diferentes níveis de atenção.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa foi realizada com usuários adultos diabéticos de um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

No ano de 2016, 16 pessoas foram registradas como tendo sofrido amputação do pé decorrente de complicações do DM2 nesse serviço (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2016). Participaram do estudo seis usuários em acompanhamento nas US o que permitiu a saturação das informações relacionadas ao problema em estudo (MINAYO, 2010). Os critérios de inclusão dos



participantes foram: usuários que sofreram amputação de membros inferiores derivados do DM2 no ano de 2016 ou que estavam em acompanhamento por este motivo nas US no ano de 2017 e desejo de participar do estudo. Os participantes foram identificados pela letra E junto com um número sequencial (E1 a E6) conforme a ordem das entrevistas.

A coleta das informações ocorreu no primeiro semestre de 2018, mediante pesquisa nos prontuários dos participantes e entrevista semiestruturada individual. Nos prontuários foram coletadas as informações sobre tratamento medicamentoso, equipe de referência, comorbidades, tempo de acompanhamento nas US, atendimentos realizados com equipe multidisciplinar e dados sobre amputação. As entrevistas individuais foram realizadas no domicílio do participante. As mesmas foram gravadas e tiveram duração média de 50 minutos. A abordagem metodológica utilizada foi a História de Vida Focal (HVF), executada através da entrevista em profundidade sobre aspectos relacionados ao DM2 e a trajetória até a amputação (MINAYO, 2010).

As informações coletadas nos prontuários foram tabuladas em frequência simples. As entrevistas foram transcritas na sua totalidade. Estas foram lidas para uma primeira categorização das falas quando foram identificadas trinta categorias empíricas. A seguir, realizou-se nova leitura com base na proposta de análise temática (MINAYO, 2010), e as manifestações concordantes como as divergentes foram valorizadas o que permitiu agrupar as categorias empíricas e elaborar um quadro analítico composto por quatro categorias de análise: Cotidiano com Diabetes mellitus tipo 2, autocuidado e Diabetes mellitus, profissionais de saúde, serviços e sistemas de saúde e Itinerário terapêutico da amputação (MARTINS; MATTOS; DIERCKS, 2020). Neste artigo serão analisadas duas categorias: Itinerário terapêutico da amputação e Profissionais de saúde e serviços/sistema de saúde.

Os aspectos éticos foram respeitados na sua integralidade, sendo o projeto aprovado no comitê de ética do Grupo Hospitalar Conceição com parecer nº 2.466.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

As principais informações estão descritas na tabela 1. Constatou-se que a idade dos sujeitos variou entre 52 e 83 anos, com média de 66 anos, sendo cinco do sexo masculino e uma do sexo feminino. Dos cinco participantes do sexo masculino, quatro eram casados e um solteiro. A participante do sexo feminino era viúva. Em relação à escolaridade, três tinham o Ensino Fundamental completo, um com Ensino Fundamental incompleto e dois com Ensino Médio completo. Dos seis participantes da pesquisa, cinco se autodeclararam brancos e um pardo.

O tempo de DM2 variou entre dez anos e 35 anos. Todos eles tinham uma ou mais comorbidades associadas, sendo que todos eram portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Dentre as comorbidades, três tinham histórico de alcoolismo e um deles tinha registro de depressão



no prontuário, embora todos eles tenham relatado nas entrevistas sinais e sintomas depressivos. Um dos participantes havia iniciado o acompanhamento na Unidade de Saúde no ano de 2017, o restante variou de seis a 17 anos o tempo de acompanhamento.

Quanto aos medicamentos utilizados para DM2, cinco faziam uso de metformina, sendo que quatro deles associam insulina ao tratamento. Desses quatro, um deles utiliza além da metformina e insulina, a glibenclamida. Um dos participantes utiliza apenas a insulina como tratamento da DM2. Cinco dos participantes utilizam seis ou mais medicamentos, caracterizando poli farmácia. A renda de todos os participantes era em média de 1,5 salário mínimo (SM) advindo de aposentadoria ou outros benefícios sociais.

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos.

Codiname	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Idade	52	83	62	60	70	71
Sexo	M	M	M	M	F	M
Estado civil	Solteiro	Casado	Casado	Casado	Viúva	Casado
Escolaridade	Fundamental Inc.	Fundamental C.	Médio completo	Fundamental C.	Fundamental C.	M é d i o Completo
Etnia	Branco	Branco	Branco	Branco	Parda	Branco
Renda	B e n e f í c i o Socioeconômico	Aposentado	Aposentado	Aposentadoria da esposa	Pensão	Aposentado
Tempo de DM2	+/- 11 anos	+/- 35 anos	+/- 10 anos	+/- 12 anos	+/- 16 anos	+/- 16 anos
Medicamentos em uso	Poli farmácia (8 medicamentos em uso)	Poli farmácia (10 medicamentos em uso)	Poli farmácia (8 medicamentos em uso)	Poli farmácia (6 medicamentos em uso)	Poli farmácia (6 medicamentos em uso)	P o l i i farmácia (4 medicamentos em uso)
C o - morbidades	Alcoolismo / Hepatite C / HAS	Parkinson/HAS/Sequela de AVC.	HAS/Alcoolismo	HAS/hipotireoidismo	HAS/Depressão Histórico de CA	Alcoolismo / HAS

Fonte: Dados coletados em 2018, Porto Alegre, RS.

HAS: hipertensão Arterial sistêmica; AVC: Acidente Vascular Cerebral; CA: Câncer

Sistematização das autoras, 2019.

Itinerário terapêutico da amputação

Nessa categoria, será abordado o percurso dos usuários desde o diagnóstico da DM2 até a amputação e como aconteceu a busca por atendimento nos diferentes níveis de atenção (APS, ambulatorios especializados e atendimento hospitalar) levando em consideração a subjetividade e percepção dos participantes deste estudo ao longo do processo.

Com respeito ao diagnóstico, os sujeitos desta pesquisa descobriram a doença seja na internação hospitalar por outro problema de saúde ou por se sentirem mal em um momento pontual e procuraram



a unidade básica de saúde.

[...] me senti mal, comi a metade de um abacate, me senti mal. comecei a suar [...] Ai fui no posto ali e eles ficaram [...] dizendo que eu tava com a diabete alta, que eu podia ter infartado e não sei o que e aí foi onde começou [...] (E4).

Em relação ao acompanhamento da doença após o diagnóstico, os participantes relataram não fazer um acompanhamento sistemático da DM2. Procuravam a US por algum problema pontual de saúde, ou para renovarem as receitas, muitas vezes sem consultar. Começaram a ter uma maior preocupação com a doença, quando as complicações começaram a aparecer, principalmente as relacionadas aos pés, e após a amputação.

Não acompanhava a diabetes, só tomava o remédio. [...] tudo se agravou mais depois do AVC e começou a dar aquele problema no dedo [...] ai entrei no hospital [...] ai começaram a acompanhar. [...] vou quando é necessário. (E2)

Não, nunca fiz acompanhamento. Na verdade eu sempre priorizava o serviço. (E3)

Ai depois que eu descobri eu comecei ir no posto [...] mas esse acompanhamento mais de perto, de eu ir seguido no posto começou depois da amputação. (E4)

Os motivos que levaram a amputação foram diversos, mas todos agravados pela presença da neuropatia diabética. Três participantes buscaram a US para avaliação e encaminhamento para o hospital e o restante procurou o hospital diretamente.

[...] Tava de pé descalço, aqui no pátio. Ai bem no dedão, eu pisei num caco de vidro, [...]. Ai levantei o pé assim uma hora e vi que tava sangrando... ai disse: ué, nem senti. [...] Ai fui olhar e tinha um furinho. Mas aquele furinho, bah, três dias e começou a inflamar tudo [...] Ai fui no médico do posto [...] Ai me mandou tomar uns comprimidos e não adiantou. Tive que vir aqui pra falar com ele, meu dedo tá cada vez mais vermelho [...] me deu antibiótico, tomei, mas assim, chegou de noite e começou [...] e ai ficou mais inflamado ainda, ai não aguentava de dor ai [...] fui para o hospital. (E1)

Ai comecei a sentir dor no pé e me dei conta que era a unha [...] Ai peguei o alicate e vi que já tava meio escurinha a ponta do dedo. Ai cortei, cortei a unha. Puxei, tirei fora tudo, coloquei água oxigenada. Mas ai começou aquela dorzinha de novo e pedi p minha esposa dar uma olhada. [...] Ai fui ali no posto. Cheguei ali, falei com as enfermeiras. [...] E ai ele veio e disse que ia fazer o papel e que eu fosse direto para o hospital. (E6)

Profissionais de saúde e serviços/sistema de saúde

Os assuntos abordados nessa categoria serão relacionados aos profissionais de saúde participantes desse cuidado, como se deram esses encontros, que trocas foram realizadas e o quanto suas condutas e atuações impactaram na vida destes usuários. Além disso, tentaremos entender como funciona a organização do sistema de saúde para atendimento de usuários com pé diabético.

A maioria dos participantes teve seu diagnostico realizado na APS. Notou-se pelas falas dos sujeitos que as orientações quanto à doença e as complicações causadas por ela são pouco enfatizadas, ou são realizadas de uma forma que não é bem compreendida por eles. Abordam-se muito as questões restritivas na alimentação e mudança de alguns hábitos de vida, mas em relação aos cuidados com os pés as orientações eram periféricas, gerais, prescritivas e centradas num discurso de culpabilização do paciente. Destaca-se também que o cuidado é focado no profissional médico, já que não observamos nas falas dos participantes do estudo a presença do enfermeiro como participante do cuidado, bem como outros profissionais da equipe multiprofissional.



Não explicaram. Só assim, ó tem que cuidar a glicose, não comer doce, comer pouco, mais salada [...] Não falavam que podia arrancar dedo [...] isso eu não sabia. Fui saber lá dentro do quarto, um sem perna, outro sem dedo [...] Nunca examinaram meus pés. [...] Nunca olharam para os meus pés. Só olharam depois que eu perdi o dedo (1). (E1)

Ele (médico) me passava receita e alimentação [...] que se não cuidasse ia começar a dar problema no pé, pode dar problemas em outros órgãos também se não cuidar [...] os olhos, problemas nos olhos também [...] (E3).

Também em relação à integralidade e qualidade do cuidado expressado em cinco ações que sabidamente melhoram a qualidade de vida da pessoa com DM2, sejam elas controle glicêmico, controle da hipertensão, cessação do tabagismo, uso da metformina e exame e cuidado com os pés dos diabéticos, os participantes, todos com mais de 10 anos de DM2, não mencionaram a maioria destes aspectos assim como, nenhum deles, tiveram seus pés inspecionados ou examinados com monofilamento assim como não foram realizados avaliação de reflexos e de percepção térmica de forma sistemática e, ao longo do tempo, conforme protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016).

Outro aspecto que o protocolo destaca é que pessoas com pé diabético, caso de todos os entrevistados, devem ser encaminhados para consulta com cirurgião vascular para realização do Índice Tornozelo Braquial (ITB) e avaliar a necessidade de revascularização. Todos consultaram com o cirurgião vascular somente no momento da amputação.

Em relação à chegada ao hospital para avaliação das afecções dos membros inferiores e possível amputação, bem como a notícia da amputação de fato, os relatos sugerem pouco acolhimento às necessidades emocionais e uma falta de empatia por parte dos profissionais frente a um momento tão delicado para o usuário. A situação é naturalizada e a conversa estabelecida entre os profissionais e os usuários não segue qualquer roteiro, os deixando assustados e ansiosos com o procedimento.

Ai cheguei lá, o médico olhou e disse: tu vai perder o dedo. Ai eu disse: Ai doutor não me diz isso. E ele: É tem tudo para perder o dedo, já vai baixar porque vai ter que tirar esse dedo fora. Pra não correr o risco de perder a perna, tem que cuidar isso aí. (E6)

Ai veio o médico de tarde para me ver e avaliar para no outro dia ser operado e falou: Bom, quantos dedos mesmo? E eu: é esse dedinho só aqui. E ele: Por que tu acha que é esse dedo? É esse dedo, porque ele tá contaminado e o dedão não tá. Ai ele olhou para mim, começou a rir, balançou a cabeça e foi embora. (E4)

Cinco entrevistados fizeram a amputação no hospital de referência das US. Os mesmos não foram sedados, ou seja, foi realizada a amputação somente com anestesia local. Os pacientes ficaram acordados durante o procedimento de amputação enxergando e escutando todos os ruídos e conversas, exemplificado nas falas a seguir.

Ai quando ela passou o bisturi eu dei um berro né, e suave assim, chegava a pingar no chão. E falava, para cara, não tá dando, não tá dando... e ele: só mais pouquinho, só mais um pouquinho [...] Vamo quebrar? Eu ouvi aquilo ali e senti que fez “clac”. Acho que é o mesmo que cortar um osso de galinha e passando a metade fica um pedacinho e pronto... [...] E ele disse assim, vamo corta o osso? Vamos... tu que sabe. Vamo? Então vamo. Ai senti aquele estalo, tá... E ai ela disse: Se acalme que agora só falta a pelezinha. [...] aí terminou, terminou aquele sacrifício. (E1)

A doutora disse: vou dar duas injeções para garantir bem a anestesia. E eu: tá, tá bom. E fiquei eu lá olhando... e ela colocou um pano lá [...] o pano dela caiu e ela tava sozinha ali e com um alicate e puxando e serrando e eu olhando. [...] E ela tirou. Tirou toda a raiz do dedo ali. E ela: Tu sabe que não é costurado né? E eu: eu sei. (E4)



Após a amputação não houve relato de qualquer fluxo de contra referência para as US com orientações pós-operatórias e de acompanhamento assim como os sujeitos não relataram que tenham sido encaminhados para algum tipo de reabilitação ou atendimento psicológico sistemático para os usuários.

No hospital eu tinha fisioterapeuta, mas não era sempre. Psicóloga não... Nutricionista disse que ia me dar uma dieta e não deu. (E6)

Não ofereceram nada, nenhuma reabilitação. (E4)

Ainda em relação à organização do sistema de saúde, houve relatos de esperas prolongadas por leito na Unidade de Cirurgia Vascular, bem como falta de comunicação entre os membros da equipe ocasionando mais intervenções do que o previsto nos usuários. Observou-se também nas falas encaminhamentos equivocados, fazendo com que os usuários ficassem transitando pelos serviços.

Só que não tinha leito na vascular, então eu fiquei 30 dias, ficava num lugar aqui hoje, aí ia a outro, mas aí eles me colocavam em outras áreas. Aí fiquei 30 dias lá dentro de um lado pra outro, claro eles me atendiam né, tava sendo medicado, vinha sempre um médico me visitar. Depois eu consegui ir para a vascular, daí levou uns 20 dias para eu ir fazer a cirurgia. Primeiro me trataram por que o negócio ficou bem complicado. (E3)

Fui no hospital X. E o hospital X disse não, isso é no hospital Y. Aí cheguei no hospital Y, e disseram que era no hospital X. Aí no hospital X me fizeram uma infiltração, com uma agulha, aí disseram: Olha, eu acho que o senhor tá com diabetes [...]. (E6)

[...] vou ter que cortar mais um pedaço. E aí perguntei: O que houve doutor? E ele disse: Tá infeccionado. Vamos voltar lá p o bloco. Vou chamar uma amiga aí, e ela que vai fazer p o senhor. [...] No outro dia ele foi olhar, abriu e disse: A minha colega não fez o que eu mandei. Vou ter que abrir de novo e cortar mais um pedaço. E eu? De novo? Eu não aguento mais doutor. e ele disse: agora deixe, que eu vou fazer. (E6)

DISCUSSÃO

No presente estudo, os dados da caracterização dos sujeitos estão em consonância com outros estudos publicados, onde há um número maior de homens que sofrem amputação por complicação da DM2, brancos com média de idade em torno de 65 anos, (GAMBA *et al.*, 2018). A prevalência de amputação por DM2 associada à baixa escolaridade também foi encontrada em outro estudo, (CECILIO *et al.*, 2015) o que pode interferir na aprendizagem dos cuidados relacionados ao diabetes, impondo aos profissionais da APS um desafio de criar estratégias criativas quanto às orientações para o autocuidado, no intuito de alcançar de forma efetiva a população com esta característica. (SANTOS *et al.*, 2014).

Com relação ao tempo de doença, todos os sujeitos tinham 10 anos ou mais de DM2, corroborando com outro estudo, apontando ainda que a presença de complicações relacionadas ao diabetes pôde ser associada ao tempo maior de duração da doença (ARAÚJO *et al.*, 2013; DINIZ *et al.*, 2019). A Hipertensão Arterial Sistêmica foi a comorbidade associada de maior prevalência, semelhante a outros estudos (SANTOS *et al.*, 2019; CECILIO *et al.*, 2015; ARAÚJO *et al.*, 2013). No entanto, o alcoolismo e a depressão também estiveram presentes nas falas dos sujeitos, sendo que o uso de álcool aumenta sete vezes o risco de desenvolver neuropatia (GAGLIARDI, 2003) e



a depressão, pode piorar os sintomas da DM2 e interferir no autocuidado (FRÁGUAS; SOARES; BRONSTEIN, 2009).

Conforme a literatura a ocorrência de polifarmácia em pacientes com DM2 no Brasil varia de 26,7% a 46,3% (VITOI *et al.*, 2015) proporções inferiores à encontrada no presente estudo onde somente um sujeito utilizava menos que seis medicamentos cotidianamente. O aumento da expectativa de vida e das condições crônicas aumenta a perspectiva de múltiplos fármacos, realidade bastante comum dos diabéticos atendidos na APS. Dessa forma, ao prescrever deve-se considerar a real necessidade de cada indivíduo pontuando os riscos e benefícios, bem como intensificar a capacitação da equipe multiprofissional e educação da população no uso de medicamentos (NACIMENTO *et al.*, 2017).

A DM2 tem início insidioso, podendo permanecer não detectada por vários anos até o início das complicações. Em estudo realizado no Recife com 137 portadores de pé diabético, a maior parte deles referiu ter conhecimento do diagnóstico apenas após alguma internação ou após alguma complicação, dado que vai de encontro aos achados dessa pesquisa. Além disso, esse achado pode evidenciar a falta de acesso ou adesão dos sujeitos visto que o agravamento do pé diabético é evitável por meio de diagnóstico precoce e ações preventivas que deveriam ser realizadas na APS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016).

Entende-se que existem alguns fatores predisponentes ao aparecimento de afecções como o pé diabético em indivíduos com DM2, sendo eles pessoais, dos profissionais de saúde e da rede de atenção. Os fatores pessoais podem envolver uma grande gama de fatores que dificultam os cuidados básicos diários que uma pessoa com DM2 supostamente deveria ter, como: deter informações detalhadas sobre a sua condição crônica, a compreensão da dimensão das complicações derivadas da diabetes, suas interações corporais, modos de cuidado e prevenção de maiores afecções, hábitos de vida e *modos operandis* referentes ao autocuidado (DUNCAN; GOLDRAICH; CHUEIRI, 2013; OROSCO *et al.*, 2019).

Neste estudo os depoimentos dos participantes nos levam a entender que há uma fragilidade da rede de atenção relacionada ao cuidado dos sujeitos acometidos com pé diabético que vem em concordância com os dados de baixa avaliação dos pés em pacientes diabéticos (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016). Nenhum dos participantes deste estudo teve seus pés avaliados de forma rotineira pelos profissionais da APS e nem nos ambulatório especializados. Há evidências que programas organizados de avaliação e acompanhamento de lesões de pé diabético na APS reduzem consideravelmente o número de amputações (TESTON *et al.*, 2018; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2022).

Nesse sentido estudo realizado com profissionais da APS refere que médicos e enfermeiros não realizam de forma rotineira a avaliação dos pés das pessoas com DM2. Os autores caracterizaram



a prática destes profissionais, como de “inércia clínica”, ou seja, que haveria uma omissão por parte do profissional em realizar determinado procedimento mesmo que exista indicação e evidências para tal (ANTUNES, 2020). Para além da ausência de material adequado para realizar os diversos procedimentos, a quase ausência de especialistas para referenciar os pacientes, há também necessidade de educação permanente para com os profissionais da APS, para reforçar a necessidade premente de avaliar os pés dos diabéticos, para assim diminuir a incidência de amputação e oferecer uma atenção de qualidade.

Dessa forma, é necessário que o cuidado as pessoas acometidas por DM2 seja planejado de forma individualizada já que há melhores resultados na adesão e mudanças de estilo de vida (MENDES, 2011). Além disso, deve-se buscar a integralidade do cuidado incluindo profissionais da equipe multiprofissional (com por exemplo enfermeiros, nutricionistas e dentistas) no sentido de superar a centralidade médica como único profissional protagonista do cuidado (RAMOS *et al.*, 2016; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2022).

Nesse sentido, cabe às equipes de saúde da APS orientar as pessoas com DM2 sobre a importância dos cuidados rotineiros, sejam preventivos e/ou curativos, sobre os seus pés, e avaliar os pés dos usuários diabéticos assim como organizar o acesso destas pessoas para realização deste procedimento. Também a APS deve funcionar como coordenadora do cuidado, ou seja, a pessoa deveria estar vinculada a uma Unidade Básica de Saúde onde deveriam ser realizados a maioria dos cuidados e encaminhamentos necessários para uma assistência integral e de qualidade. Isso inclui o acesso a várias especialidades principalmente cirurgia vascular, fisioterapia e aquisição de calçados especiais. Uma linha de cuidado organizada com acesso e acompanhamento sistemático nos diferentes níveis de atenção reduz as amputações (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016).

As mudanças exigidas no cuidado do DM2 trazem grandes desafios para a vida do indivíduo. Neste estudo observamos que muitas vezes, as orientações dos profissionais são transmitidas de uma maneira muito prescritiva e de cunho restritivo, principalmente relacionado à alimentação. O papel do profissional da saúde deveria ser de um agente facilitador e mobilizador no processo de adesão, incentivando mudanças e fortalecendo a capacidade de autocuidado do indivíduo. As orientações devem ser acessíveis à realidade das pessoas e de fácil compreensão, sempre adotando uma postura de tomada de decisão compartilhada e elaboração de plano conjunto de cuidados, estabelecendo metas realistas passíveis de execução, encorajando a autonomia e o autocuidado do contrário, a percepção da gravidade da doença só acontece após alguma complicação mais grave (RAMOS *et al.*, 2016; GROSSI; PASCALI, 2009).

Nesse contexto, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) possibilita uma nova abordagem, propondo a coparticipação dos sujeitos no seu cuidado, no intuito de melhorar os serviços de saúde e propor novas tecnologias de cuidado. Destaca-se como características desse modelo a



oferta de serviços de acordo com as necessidades da população, de modo integrado entre os diferentes pontos de atenção. Dentre os principais aspectos que fundamentam este modelo, está o autocuidado apoiado, caracterizado por apoiar o usuário no processo de (re) construção de sua própria saúde (MENDES, 2011).

No entanto, considera-se que ainda existem muitas falhas na estruturação das políticas públicas de saúde, em especial na gestão e assistência a pessoas com diabetes, o que limita o desenvolvimento de ações educativas na APS e a implementação de uma assistência ao indivíduo com DM2 que atenda o que é preconizado nos protocolos e no MACC, fragilizando as boas práticas no processo de cuidado, gerando desfechos não favoráveis de condições sensíveis à atenção primária, como a amputação.

Quando o desfecho não favorável da amputação acontece, percebe-se um despreparo dos serviços e profissionais no atendimento desses indivíduos. No presente estudo, diante dos relatos, nota-se que a insensibilidade e naturalização do processo de amputação pelos profissionais envolvidos, não havendo a necessária empatia, fundamental nessa situação. Segundo a literatura, a pessoa que vai passar por uma cirurgia sente-se fragilizada, pela incerteza da operação e dúvidas sobre o processo. No caso conversar sobre a amputação, é considerado, em termos comunicacionais, como uma notícia difícil ou como uma má notícia, já que altera drástica e negativamente a perspectiva de futuro do paciente e traz mudanças na sua vida. O profissional que transmite a notícia deve ter uma postura humana e ética, que garanta acolhida e informação adequada, minimizando a angústia gerada nesse processo (SEBASTIANI; MAIA, 2005; FITZPATRICK, 1999).

A decisão de amputar deve ser definida baseada em protocolos pela equipe médica e o indivíduo deve ser participante das decisões. O profissional deve estar aberto para dúvidas e esclarecimentos sobre os quais o paciente queira perguntar, estabelecendo uma comunicação aberta, provendo uma atenção individualizada e sensível. A entrevista pré-operatória, deve ser vista como parte fundamental do cuidado, objetivando informar o paciente sobre o que esperar da cirurgia, os benefícios e prejuízos, esclarecer dúvidas sobre temores relacionados à operação, bem como garantir os cuidados realizados para prevenir riscos ou complicações. Ainda em relação ao processo de amputação, a rede não está preparada para oferecer reabilitação de forma sistemática aos diabéticos amputados, fragilizando o cuidado.

A pessoa amputada tem repercussões emocionais e físicas incapacitantes. A pessoa após a amputação tem dificuldades em reconhecer o seu próprio corpo, o que leva à tristeza e muitas vezes à depressão. Também se instala uma incerteza em relação ao futuro, já que muitos deles perdem a capacidade laborativa e de realização de atividades cotidianas diárias. O isolamento social é uma realidade que muitos amputados vivenciam, já que há dificuldades importantes para a deambulação. Se o amputado é idoso se torna ainda mais vulnerável e dependente dos cuidados de uma rede de apoio muitas vezes inexistente. Sentimentos de medo e angústia frente à possibilidade de realizar uma nova amputação também ronda o dia a dia dos amputados, já que muitos deles não conseguem estabilização



da glicemia piorando o prognóstico da sua condição. As reações à amputação são variáveis, mas na maioria das pessoas predomina um sentimento de incapacidade e incertezas em relação ao futuro, assim como uma representação negativa de si mesmo (SANTOS *et al.*, 2019; OROSCO *et al.*, 2019, CARVALHO, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os itinerários terapêuticos dos seis sujeitos demonstraram as fragilidades da Rede de Atenção que se manifestam no diagnóstico tardio, na ausência de acompanhamento da DM2 levando ao agravamento do quadro clínico e amputação, falhas no preparo e acolhimento ao paciente durante a cirurgia e no acompanhamento pós cirúrgico e reabilitação, assim como a ausência de empatia em relação à pessoa com esse problema de saúde. Observamos uma baixa qualidade e ausência dos serviços de saúde no cuidado com os pés das pessoas com diabetes. O cuidado relacionado aos pés só se fez presente no momento da amputação. Foram muitos desencontros na busca por cuidado, situações traumáticas e falta de sensibilidade com sua condição de saúde.

Ressalta-se que o cuidado ao paciente portador de DM2 deve ser integral e respeitar as características de cada indivíduo ou grupo, além de suas crenças e conhecimentos. Para tal ações em saúde efetivas visando à prevenção do pé diabético podem evitar grande parte das amputações. É necessário que as equipes e profissionais da saúde da APS, olhem para esse problema como uma prioridade, estimulando o autocuidado, o atendimento interdisciplinar e a educação em saúde. Nesse sentido superar a inércia clínica dos profissionais se faz necessário. A instauração de programas de educação permanente relacionados à avaliação dos pés das pessoas com diabetes se faz necessário diante das dificuldades apresentadas pelos profissionais em incluir a avaliação dos pés das pessoas com DM2 na sua prática clínica.

Constata-se ainda a importância de se consolidar efetivamente uma linha de cuidado ao portador de DM 2 no sistema, no sentido de que o atendimento seja integral e humanizado em todos os níveis de atenção, bem como estabelecer um fluxo para que realmente a APS consiga ser coordenadora do cuidado e realizar o acompanhamento longitudinal e contínuo dos usuários.



REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2022 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, New York, v. 40, n. 1, p. 10-38, Jan. 2022. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/clinical/article/40/1/10/139035/Standards-of-Medical-Care-in-Diabetes-2022>. Acesso em: 21 fev. 2022.

ANTUNES, V. *Avaliação dos pés em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária à saúde*. 2020. Trabalho de conclusão de curso (Residência Multiprofissional em Saúde) – Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2020.

ARAÚJO, M. F. M. *et al.* Uso de medicamentos, glicemia capilar e índice de massa corpórea em pacientes com diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, n. 5, p. 709-714, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/11.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 167-185.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 18 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. *Indicadores de saúde: relatório anual 2016*. Porto Alegre: [s. n.], 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

CARVALHO, E. L. *Itinerário terapêutico de sujeitos portadores de diabetes mellitus acometidos por pé diabético*. Tipo 2. 2021. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/34303>. Acesso em: 24 fev. 2022.

CECILIO, H. P. *et al.* Comportamentos e co-morbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 113-119, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0113.pdf>. Acesso



em: 21 fev. 2022.

DINIZ, I. V. *et al.* Fatores associados à amputação não traumática em pessoas com diabetes mellitus: um estudo transversal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 21, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.52484>. Acesso em: 24 fev. 2022.

DUNCAN, M. S.; GOLDRAICH, M. A.; CHUEIRI, P. S. Cuidados longitudinais e integrais a pessoas com condições crônicas. In: DUNCAN, M. S.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 892-904.

FITZPATRICK, M. The psychologic assessment and psychossocial recovery of the patient with an amputation. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Philadelphia, n. 361, p. 98-107, 1999.

FRÁGUAS, R.; SOARES, S. M. S. R.; BRONSTEIN, M. D. Depressão e diabetes mellitus. *Archives of Clinical of Psychiatry*, São Paulo, v. 36, p. 93-99, 2009. Supl. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36s3/05.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

GAGLIARDI, A. R. T. Neuropatia diabética periférica. *Jornal Vascular Brasileiro*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 67-74, 2003. Disponível em: <http://jvascbras.com.br/pdf/03-02-01/03-02-01-67/03-02-01-67.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2022.

GAMBA, M. A. *et al.* Amputações de extremidades inferiores por Diabetes Mellitus: estudo caso-controle. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 399-404, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/tftC5mdYKcsqtMfMSPBM6hq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2022.

GENZ, J. *et al.* Socioeconomic factors and effect of evidence-based patient information about primary prevention of type 2 diabetes mellitus - are there interactions? *BMC Research Notes*, London, v. 7, n.1, p. 541, 2014. Doi:10.1186/1756-0500-7-541. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25134530/>. Acesso em: 21 fev. 2022.

GROSSI, S. A. A.; PASCALI, P. M. (org.). *Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus*. São Paulo: Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.

MARTINS, L. R.; MATTOS, M. B.; DIERCKS, M. S. Itinerário terapêutico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que sofreram amputação do membro inferior: experiência do adoecimento. *Revista de Atenção à Saúde*, São Caetano do Sul, v. 18, n. 64, p. 72-84, abr./jun. 2020. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6284. Acesso em: 21 fev. 2022.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5,



p. 2297-2305, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

NASCIMENTO, R. C. R.M. *et al.* Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 51, p. 19, 2017. Supl. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007136.pdf. Acesso em: 23 fev. 2022.

OROSCO, S.S. *et al.* Caracterização de pacientes diabéticos submetidos a amputação em um hospital público. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 25-31, jun./ago. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190704_104614.pdf. Acesso em: 24 fev. 2022.

RAMOS, C. V. *et al.* Orientação alimentar para os diabéticos na estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v.10, n. 1, p. 202-210, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10941>. Acesso em: 23 fev. 2022.

SANTOS, I. C. R. V. *et al.* Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3007-3014, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a25.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SANTOS, W. P. *et al.* Repercussões das amputações por complicações do pé diabético. *Revista de Enfermagem Atual in Derme*, Rio de Janeiro, v. 88 n. 26, maio/jun. 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/36>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SEBASTIANI, R. W; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, São Paulo, v. 20, p. 51 2005. Supl. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s1/25568.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). *Epidemiologia e impacto global do Diabetes mellitus*. São Paulo: Clannad, 2020. p. 12-18. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

TESTON, E. F. *et al.* Nurses perspective on health education in Diabetes Mellitus care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, p. 2735-2742, 2018. Supl. 6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZGkvcBv4h3wdwk4sxPCM5jL/?lang=en>. Acesso em: 21 fev. 2022.

VITOI, N. C. *et al.* Prevalence and associated factors of diabetes in the elderly population in Viçosa, Minas Gerais, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 953-965, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/1980-5497-rbepid-18-04-00953.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.



Editor responsável: Elisandro Rodrigues

Recebido em 24 de fevereiro de 2022.

Aceito em 30 de maio de 2022.

Publicado em 30 de junho de 2022.

Como referenciar este artigo (ABNT):

MATOS, Marina Bísio; MARTNS, Luana Ramalho; DIERCKS, Margarita Silva. Itinerário terapêutico de pessoas diabéticas com amputação de membros inferiores: desencontros com os profissionais e o sistema de saúde. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 140-156, 2022.

