

**PREFEITURA DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL  
PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS ÚLCERAS  
CRÔNICAS E DO PÉ DIABÉTICO**

**Benedita Maria de Paula Rocha**

**“O INVESTIMENTO NA RESOLUTIVIDADE E PROFICIÊNCIA  
DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM ÚLCERAS CRÔNICAS  
E PÉS DIABÉTICOS  
NA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL/SMS/PSP:  
O DESAFIO DE PROMOVER O CUIDADO HUMANO  
COM SEGURANÇA E QUALIDADE”**

SÃO PAULO

2012

**Benedita Maria de Paula Rocha**

**“O INVESTIMENTO NA RESOLUTIVIDADE E PROFICIÊNCIA  
DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM ÚLCERAS CRÔNICAS  
E PÉS DIABÉTICOS  
NA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL/SMS/PSP:  
O DESAFIO DE PROMOVER O CUIDADO HUMANO  
COM SEGURANÇA E QUALIDADE”**

SÃO PAULO

2012

# **Cicatrizes**

*No corpo, mormente, expomos  
As marcas dos ferimentos,  
Dos danos, fatais momentos,  
Que, às vezes, vivenciamos.  
Os machucados reais  
Ou eventos inocentes,  
Feridas inseqüentes,  
Sofrendo ou não, relembramos.*

*Mas existe um tipo amargo  
De marcas que vão ao fundo,  
São as tristezas do mundo,  
Injustiças que passamos,  
São amores que perdemos  
Ou nódoas da consciência  
Quando nós, por negligência,  
A outrem prejudicamos.*

*Nos caminhos da existência,  
Estas mais duras feridas  
Calcadas em nossas vidas,  
Que nos abalam a calma,  
Formam tensas provações,  
Calam mais forte na gente,  
São os algozes da mente,  
São cicatrizes da alma...*

*As cicatrizes do corpo  
Mais fáceis de controlar,  
São passíveis de operar  
Ou de tê-las maquiadas...  
Porém dores metafísicas  
Díficeis de disfarçar,  
Teimam em atormentar  
As almas fragilizadas...*

*Essas mágoas do espírito,  
De um sofrer inconfundível,  
Nem sempre me foi possível  
Extirpar pelas raízes...  
Então sigo meu caminho,  
Longa estrada a percorrer,  
Aprendendo a conviver  
Com as minhas cicatrizes...*

**©Oriza Martins**

## RESUMO

Este relato descreve a singular experiência da Responsável Técnica pela Interlocução de Curativos da COORDENADORIA REGIONAL de SAÚDE SUL, da SECRETARIA MUNICIPAL de SAÚDE de SÃO PAULO, na organização e implantação de uma Rede Assistencial, resolutiva e proficiente, para oferecer acolhimento e assistência às pessoas com úlceras crônicas e pés diabéticos, dentro de uma proposta de atenção humanitária e com qualidade para o SISTEMA ÚNICO de SAÚDE, na região sul da cidade de São Paulo.

Trata-se de uma Pesquisa Qualitativa Descritiva e Documental, com a descrição do o processo de organização e implantação da Rede de Serviços de Saúde Especializados, bem como seu fluxograma de referência e contra referência com os Equipamentos da Atenção Básica regional, integrados e destinados a diminuir a incidência de complicações agudas e crônicas, internações hospitalares e amputações em pessoas diabéticas na COORDENADORIA REGIONAL de SAÚDE SUL da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de SÃO PAULO, no período de 2010 a 2012.

## **ABSTRACT**

This report describes the unique experience of the technician responsible for Interlocution Dressing the South Regional Health District, the Municipal Health Department, the organization and implementation of a Care Network, resolving and proficient to provide care and assistance to persons with chronic ulcers and diabetic foot within a proposed humanitarian assistance and quality for the Unified Health, in the southern city of Sao Paulo.

It is a Descriptive and Qualitative Research Document, describing the process of organizing and implementing the Network Health Services Specialist, as well as your flowchart reference and counter reference to the Primary Care Equipment regional, integrated and designed to decrease the incidence of acute and chronic complications, hospitalizations and amputations in people with diabetes in the South Regional Health District of the Municipal Health Department in the period 2010 to 2012.

# SUMÁRIO

➤ <b>Introdução .....</b>	<b>08</b>
➤ <b>Objetivo.....</b>	<b>21</b>
➤ <b>Metodologia.....</b>	<b>22</b>
➤ <b>Resultados e Processos.....</b>	<b>23</b>
➤ <b>Considerações Finais.....</b>	<b>27</b>
➤ <b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>28</b>

## INTRODUÇÃO

O processo de cuidado das feridas é dinâmico, complicado e demanda uma assistência peculiar principalmente quando se refere a uma lesão crônica. Deve-se levar em consideração que as feridas crônicas evoluem rapidamente, são refratárias a diversos tipos de tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a normal cicatrização (Cândido, 2001, p. 201).

A pele e seus anexos (unhas, pelos e glândulas) fazem parte do Sistema Tegumentar. Ela é composta por três camadas: Epiderme, Derme e Tela Subcutânea.

A **Epiderme** é a parte mais externa e a única que está em contato com o meio ambiente, razão pela qual ela possui a importante responsabilidade de proteger o organismo contra os danos causados por agentes externos. Ela é composta por tecido epitelial (carente de vascularização) e possui cinco camadas: Camada Basal, Espinhosa, Granulosa, Lúcida e Camada Córnea.

A Epiderme é um epitélio multiestratificado; formado por várias camadas (estratos) de células achatadas (epitélio pavimentoso) justapostas. A camada de células mais interna, denominada epitélio germinativo, é constituída por células que se multiplicam continuamente; dessa maneira, as novas células geradas empurram as mais velhas para cima, em direção à superfície do corpo. À medida que envelhecem, as células epidérmicas tornam-se achatadas, e passam a fabricar e a acumular dentro de si uma proteína resistente e impermeável, a Queratina. As células mais superficiais, ao se tornarem repletas de Queratina, morrem e passam a constituir um revestimento resistente ao atrito e altamente impermeável à água, denominado Camada Queratinizada ou Córnea.

Toda a superfície cutânea está provida de terminações nervosas capazes de captar estímulos térmicos, mecânicos ou dolorosos. Essas terminações nervosas ou

receptoras cutâneas são especializadas na recepção de estímulos específicos. Não obstante, alguns podem captar estímulos de natureza distinta. Porém na Epiderme não existem vasos sanguíneos. Os nutrientes e oxigênio chegam à Epiderme por difusão a partir de vasos sanguíneos da Derme.

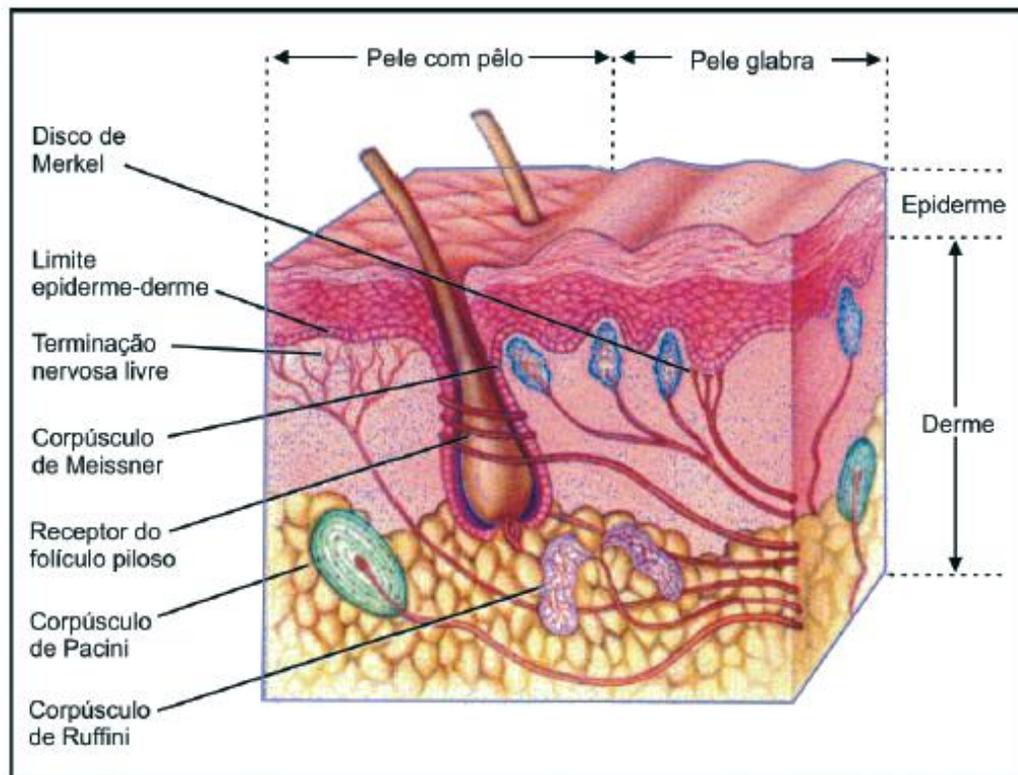
Nas camadas inferiores da Epiderme estão os Melanócitos; células que produzem Melanina, pigmento que determina a coloração da pele.

As glândulas anexas – Sudoríparas e Sebáceas – encontram-se mergulhadas na Derme, embora tenham origem epidérmica. O suor (composto de água, sais e um pouco de uréia) é drenado pelo duto das glândulas Sudoríparas, enquanto a secreção Sebácea (secreção gordurosa que lubrifica a Epiderme e os pelos) sai pelos poros de onde emergem os pelos. A transpiração ou sudorese tem por função refrescar o corpo quando há elevação da temperatura ambiental ou quando a temperatura interna do corpo sobe, devido, por exemplo, ao aumento da atividade física.

A **Derme** é formada por tecido conjuntivo, que ao contrário do Tecido Epitelial é ricamente vascularizado. Nela encontram-se as fibras colágenas, elásticas e reticulares, além das células formadoras de sua composição (Fibroblastos, Linfócitos, Mastócitos...).

Por último, vem a **Tela Subcutânea**, também conhecida como Hipoderme, esta é composta por células gordurosas. Ela é responsável pela reserva de nutrientes, proteção dos vasos e nervos localizados nos níveis mais profundos.

É importante saber que quando se pensa em Epiderme, Derme e Hipoderme, deve-se ter em mente que uma depende da outra para o equilíbrio deste importante órgão que é a pele humana, e também para o “perfeito” funcionamento de nosso organismo.



BEAR, M.F., CONNORS, B.W. & PARADISO, M.A. Neurociências -  
Desvendando o Sistema Nervoso. Porto Alegre 2ª ed, Artmed Editora, 2002.

Feridas são definidas como rupturas causadas na pele, em maior ou menor extensão em qualquer parte da pele, mucosa ou órgão (MAVIOSO, 2003; GODOY; PRADO, 2005).

Sua classificação constitui importante forma de sistematização, necessária para o processo de avaliação e registro. Sendo assim; as feridas podem ser classificadas, em agudas e crônicas e, de acordo com o tempo de reparação tissular. As feridas agudas são originadas de cirurgias ou traumas e a reparação ocorre em tempo adequado, sem complicações. As feridas crônicas são aquelas que não são reparadas em tempo esperado e apresentam agravos (BLANES, 2004).

## 1. CONCEITOS ATUAIS DE CICATRIZAÇÃO

A cicatrização de feridas consiste em uma perfeita e coordenada cascata de eventos celulares e moleculares que interagem para que ocorra a repavimentação e a reconstituição do tecido. Tal evento é um processo dinâmico que envolve fenômenos bioquímicos e fisiológicos, que se comportem de forma harmoniosa, a fim de garantir a restauração. Devemos conhecer a fisiopatologia da cicatrização e saber quais são os fatores que podem acelerá-la ou retardá-la (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

De acordo com a literatura especializada (DEALEY, 2001; MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003; BLANES, 2004; MABTUM et al, 2004; BALBINO; PEREIRA; CURI, 2005; CANDIDO, 2006) o conhecimento das fases evolutivas do processo fisiológico cicatricial é fundamental para o tratamento adequado, as quais passam a ser descritas abaixo fundamentadas nesses mesmos autores.

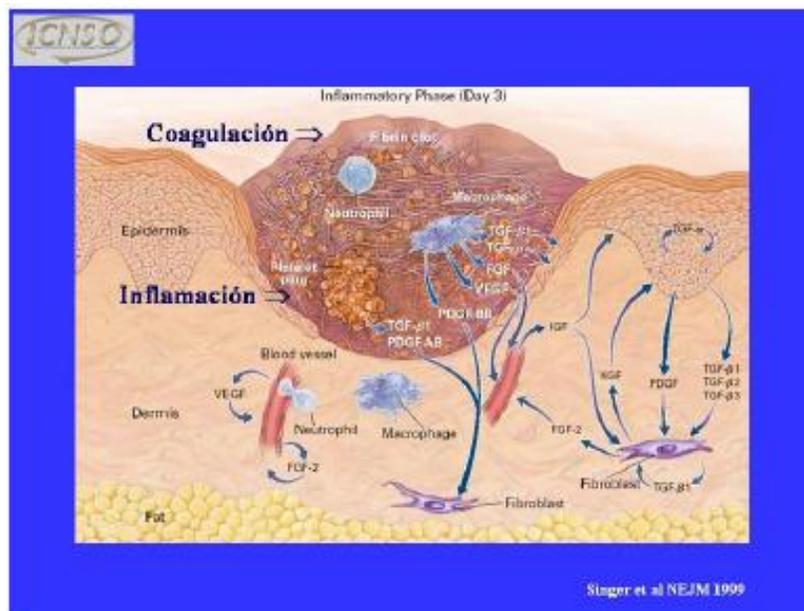
### 1.1 Inflamação

A resposta inflamatória é uma reação local não - específica a lesão do tecido e/ou invasão bacteriana. É uma parte importante dos mecanismos de defesa do corpo, e fase essencial do processo de cicatrização. Os sinais de inflamação foram descritos pela primeira vez por Celsus, no século primeiro da era cristã, como **vermelhidão** que é a vasodilatação que resulta em grande quantidade de sangue na área, **calor** que é a grande quantidade de sangue e energia calórica produzida por reações metabólicas, **dor** que pode ser causada por lesão nas terminações nervosas, ativação do sistema cinina, pressão do fluido nos tecidos ou presença de enzimas, tais como a prostaglandina, que causam irritação química e **edema** que é a vasodilatação e vazamento de fluido na área ferida.

Os danos ao tecido ativam os Sistemas Complemento e Cinina. O Sistema Complemento é composto de proteínas do plasma que são precursores inativos.

Quando ativado, ocorre um efeito cascata que leva a liberação de Histamina dos Mastócitos e resulta em vasodilatação e aumento da permeabilidade capilar. Esse efeito é aumentado pelo sistema Cinina que, através de uma série de etapas, ativa Cininogênio em Cinina. As Cininas têm vários outros efeitos. Elas atraem Neutrófilos para a ferida, aumentam a fagocitose e provocam dor por estímulo das terminações nervosas.

À medida que os capilares dilatam e se tornam permeáveis, há fluxo de fluido para os tecidos lesados. Esse fluido transforma-se então na exudação inflamatória e contém proteínas plasmáticas, Anticorpos, Eritrócitos, Leucócitos e Plaquetas. Além de estarem envolvidas na formação de coágulo, as Plaquetas também liberam fatores de crescimento e Fibrionectina. A sua função é promover a migração e o crescimento das células no local da ferida. A inflamação dura de quatro a cinco dias e requer recursos energéticos e nutricionais. Nas feridas grandes, os requisitos podem ser de porte considerável. Se esse estágio for prolongado por irritação da ferida – como infecção, corpo estranho ou lesão causada pelo curativo, ele pode debilitar o paciente e fazer com que a cicatrização demore mais.



## **1.2 Reconstrução**

A fase de reconstrução se caracteriza pelo desenvolvimento de tecido de Granulação. Consiste em uma matriz indefinida de Fibrina, Fibronectina, Colágeno, Ácido Hialurônico. Dentro dessa matriz pode-se encontrar Macrófagos, Fibroblastos e os vasos sanguíneos recém-formados. Os Macrófagos têm um papel fundamental na transição da inflamação para a reconstrução. Elas produzem fatores de crescimento que atraem Fibroblastos para a ferida e estimulam-nos a dividir-se posteriormente para produzir fibras de Colágeno. A Fibronectina também aparentemente aumenta a atividade dos Fibroblastos. A atividade dos Fibroblastos depende do fornecimento local de oxigênio. Se os tecidos não forem bem vascularizados, a ferida não cicatrizará bem. Os Macrófagos ajudam no aumento da atividade dos Fibroblastos estimulando o crescimento de novos vasos sanguíneos capazes de trazer oxigênio para a ferida, já que a superfície da ferida possui uma concentração relativamente baixa de oxigênio.

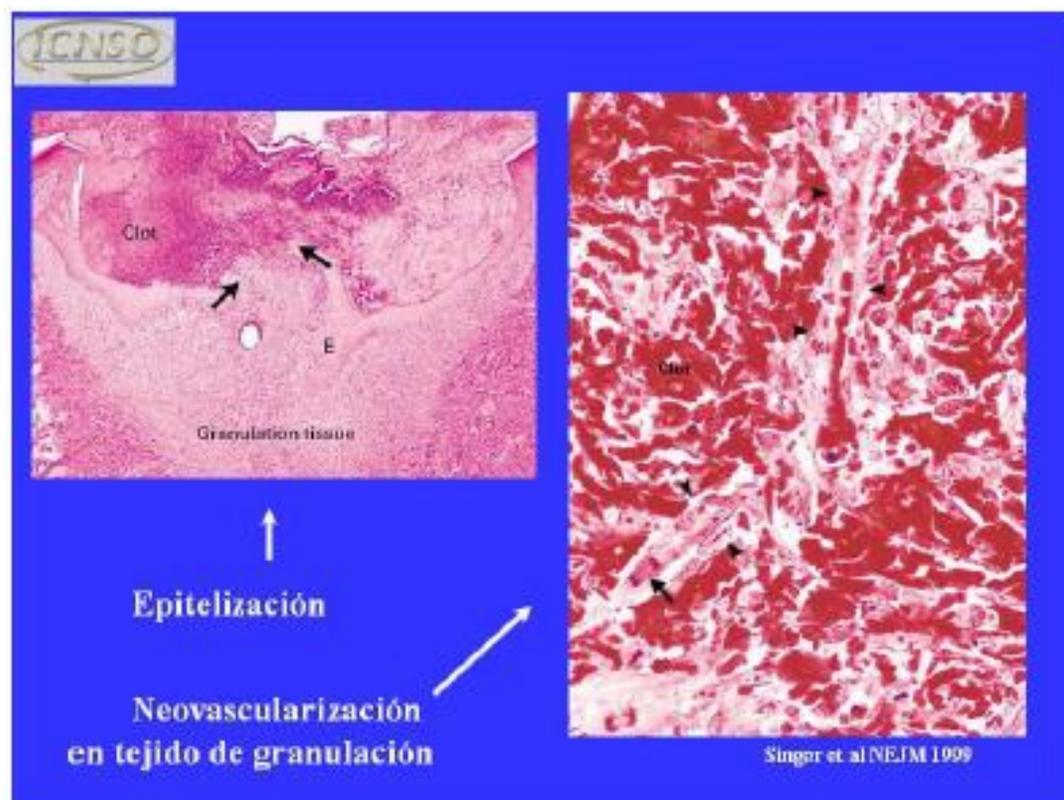
À medida que a ferida se enche e novo tecido e uma rede capilar é formada, o número de Macrófagos e Fibroblastos se reduzem gradualmente. Esse estágio pode ter começado antes de se completar o estágio de inflamação. O tempo necessário para a reconstrução depende do tipo e do tamanho da ferida, mas pode ser de cerca de 20 dias para a cicatrização de feridas.

## **1.3 Epitelização**

Epitelização descreve a fase na qual a ferida está coberta por células epiteliais. Os Macrófagos liberam o fator de crescimento da Epiderme, que estimula a proliferação e a migração das células epiteliais. As células escamosas as margens da ferida e em volta dos remanescentes dos folículos capilares sintetizam a Fibronectina, que formam uma matriz temporária ao longo da quais as células migram, com a primeira célula permanecendo na superfície da ferida e formando uma nova membrana estrutural. Quando as células se encontram, seja no centro da ferida, formando ilhotas de células

ou na margem da mesma, elas se detém. Isso é conhecido como inibição de contato. As células epiteliais só se movem sobre tecido viável e exigem um ambiente úmido.

Nas feridas fechadas, essa fase começa já no segundo dia. Nas feridas abertas é necessário que a cavidade da ferida seja preenchida com tecido de granulação antes que a epitelização possa começar. A duração desses estágios é bastante variável.



#### 1.4 Maturação

Durante a maturação, a ferida fica menos vascularizada porque se reduz a necessidade de levar células até o local da ferida. As fibras de Colágeno se reorganizam de modo que, em vez de se depositarem de maneira aleatória, se disponham em ângulos retos às margens da ferida. O tecido cicatricial presente

remodela-se gradualmente ficando comparável ao tecido normal, depois de bastante tempo. A cicatriz gradativamente adquire o formato de uma linha branca fina. Isso pode levar até um ano nas feridas fechadas e muito mais tempo nas feridas abertas.

O tratamento de feridas vem sendo tema destacado em diversos setores profissionais da área de Saúde no mundo todo. É uma prática milenar que, nos primórdios da civilização estava intimamente ligada a costumes e hábitos populares e, com o desenrolar da história e do desenvolvimento tecnológico, conquistou seu merecido cunho científico. O que vivenciamos nos dias de hoje, de forma crescente, são profissionais, instituições, e indústrias, se empenhando e buscando a excelência para proporcionar ao portador de lesões, em especial àquelas de caráter crônico, um tratamento eficaz, em curto prazo que possam trazer maior conforto e breve retorno à normalidade de sua vida. (MARIA, AUN, 2004).

Segundo CECO (2003), o problema das úlceras crônicas que tem uma tendência a aumentar nos países industrializados devido a uma maior expectativa de vida com o envelhecimento da população, as pluripatologias prevalentes e a um cuidado deficiente da pele e da nutrição. Segundo diversos estudos, as úlceras dos membros inferiores afetam entre 0,15% a 0,18% da população atual; entre 1% e 2% desta população desenvolverá em algum momento de sua vida uma úlcera nos membros inferiores, o que representa um problema importante de Saúde Pública.

Uma Úlcera é uma interrupção da pele, com perda de substância, com escaras e/ou nula tendência à cicatrização espontânea. Na avaliação e assistência integral a um paciente com úlceras crônicas, a escolha de um tratamento e um plano de cuidado adequado é essencial; este tratamento deverá levar em conta as características do paciente, o tipo de úlcera, o estado da pele, os hábitos nutricionais e de higiene, além dos objetivos gerais do tratamento. Por isso, cada dia torna-se mais importante a descoberta de novas formas de tratamento, visando a cura das úlceras de maneira pouco traumática e com o menor custo possível. Todas estas atitudes irão beneficiar a qualidade de vida do paciente (CUNHA, 2006).

As úlceras vasculares de origem venosa são produzidas por uma falha na circulação de retorno. Aparecem principalmente nos membros inferiores e em pessoas com doenças concomitantes. No cuidado das úlceras deve-se levar em conta tanto a lesão produzida, como o paciente em sua globalidade, uma vez que o surgimento de uma úlcera pode agravar seriamente o estado geral do paciente, em especial o risco de infecção e outras complicações associadas. Além disso alguns autores relatam uma perda de autonomia e autoestima (CUNHA, 2006).

As úlceras de estase constituem as feridas crônicas mais frequentes na população americana. A maioria das úlceras crônicas dos membros inferiores (80 a 90%) tem como etiologia a estase venosa, 5% a insuficiência arterial e 2% a neuropatia. As associações de péssima qualidade de vida causada por essa doença e a dificuldade de eficiência terapêutica ambulatorial determinam grande desafio aos serviços que se propõem a tratá-los (RITTES, 2005).

A Diabetes mellitus constitui um grave problema de Saúde Pública em nível mundial e, que se encontra em rápida expansão, sobretudo nos países desenvolvidos. Estima-se que existam mais de 170 milhões de pessoas com diabetes em nível mundial (Organização Mundial de Saúde, 2000) e que este valor terá duplicado em 2030.

Uma das complicações mais dramáticas da diabetes é o “pé diabético”, uma vez que, ainda continua a ser responsável por um elevado número de amputações cirúrgicas dos membros inferiores. A Direção Geral de Saúde (2001) refere que, cerca de 20% da população diabética tem condições favoráveis ao aparecimento de patologias nos pés, sendo o pé diabético responsável por 40 a 60% de todas as amputações não traumáticas.

No Brasil, atualmente, o tratamento de feridas recebe atenção especial dos profissionais da área de Saúde, tendo como destaque a atuação dos Enfermeiros, que muito têm contribuído para o avanço e o sucesso do tratamento dos portadores de lesões crônicas. Busca-se a globalização da assistência, visando a cura ou cicatrização,

a melhora da condição clínica e social dos clientes, a racionalização e maior eficiência dos procedimentos direcionados ao tratamento de lesões cutâneas, com a consequente otimização do atendimento (CUNHA, 2006).

A Lei **Nº 14.984, de 23 de setembro de 2009**, em seu Art.1º instituiu, no âmbito do Município de São Paulo, o Programa de Prevenção e Tratamento das Úlceras Crônicas e do Pé Diabético; seu Art.2º reza que o referido programa será desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com a participação da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas (CPTF) daquela pasta, de membros titulares da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, da Associação Brasileira de Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé, da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculiar e da Sociedade Brasileira de Estoma terapia, tendo como principais objetivos:

I – Promover estratégias para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das úlceras crônicas e das complicações podais associadas ao Diabetes Méllitus, articulando-as com os programas de Hipertensão e Diabetes;

II – Implantar serviços de referência para o cuidado avançado das úlceras crônicas e do pé diabético nos Ambulatórios de Especialidades e nas unidades de Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades, da Rede Pública Municipal de Saúde, com equipe multiprofissional;

III – Estruturar e integrar a rede de cuidados das úlceras crônicas e do pé diabético;

IV – Pactuar fluxos de Referência e Contra referência entre todos os níveis de complexidade da Assistência, baseados em protocolos criados pelas áreas técnicas, com o auxílio da Coordenação da Atenção Básica, da COGerh, do NUPES e da Coordenadoria de Integração e Regulação do Sistema da Secretaria Municipal de Saúde;

V – Ampliar a rede de profissionais treinados, sensibilizados e aptos a promover cuidados avançados no tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético;

VI – Desenvolver campanhas de esclarecimento da população sobre a prevenção de úlceras e do pé diabético, tratamento e locais para informações.

O Art.3º diz que competem à Rede Básica de Saúde desenvolver todas as ações para prevenção, promoção, educação e tratamento das úlceras crônicas e do pé diabético, utilizando os protocolos da SMS, além dos encaminhamentos para outros níveis de complexidade da Assistência.

Art.4º - Compete os Serviços de Referência assistir os pacientes encaminhados pela Rede pública, de acordo com os protocolos instituídos por SMS, garantindo a ampliação do acesso aos cuidados clínicos avançados das úlceras crônicas e do pé diabético, à prescrição de órteses e próteses e à indicação de procedimentos invasivos diagnósticos e terapêuticos.

Art.5º - Compete aos Hospitais a realização de procedimentos invasivos diagnósticos e terapêuticos das úlceras e do pé diabético que exijam a manipulação intra hospitalar.

Art.6º - Compete à SMS estabelecer fluxos de encaminhamento para os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de modo a responder a demanda de todos os Serviços de Referência, em elaborar e implantar protocolo único para todos os níveis de atendimento e Cadernos Técnicos para os profissionais dos Serviços de Referência.

Art.7º - Os Serviços de Referência deverão contar com Cirurgião Vascular, Ortopedista e Enfermeiro, preferencialmente especialistas, e Auxiliares de Enfermagem, todos capacitados pela SMS.

Parágrafo único. Os Serviços de Referência deverão ter em seu quadro pelo menos um Auxiliar de Enfermagem capacitado em cuidados podálicos básicos.

Art.8º - Compete a SMS a manutenção de Programa de Educação Continuada para aperfeiçoamento dos profissionais Clínicos, Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem da Atenção Básica de Saúde.

Art.9º - A SMS editará as normas complementares necessárias à implantação das medidas previstas nesta lei.

Este relato descreve a singular experiência da Responsável Técnica pela Interlocação de Curativos da COORDENADORIA REGIONAL de SAÚDE SUL, da SECRETARIA MUNICIPAL de SAÚDE de SÃO PAULO, na organização e implantação de uma Rede Assistencial, resolutiva e proficiente, para oferecer acolhimento e assistência às pessoas com úlceras crônicas e pés diabéticos, dentro de uma proposta de atenção humanitária e com qualidade para o SISTEMA ÚNICO de SAÚDE, na região sul da cidade de São Paulo.

***“Viver é enfrentar desafios.***

***Quem nunca enfrentou desafios, apenas passou pela vida, não viveu”.***

**AUGUSTO BRANCO**



## OBJETIVO

- Relatar o processo de organização e implantação da Rede de Serviços de Saúde Especializados, bem como seu fluxograma de referência e contra referência com os Equipamentos da Atenção Básica regional, integrados e destinados a diminuir a incidência de complicações agudas e crônicas, internações hospitalares e amputações em pessoas diabéticas na COORDENADORIA REGIONAL de SAÚDE SUL da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de SÃO PAULO, no período de 2010 a 2012.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma Pesquisa Qualitativa Descritiva e Documental.

A Pesquisa Qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (GIL, 1991).

A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave (GIL, 1991).

É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (GIL, 1991).

## RESULTADOS e PROCESSOS

Iniciamos os trabalhos em 2010; participando e interagindo nas reuniões de orientação na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com a Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e com a Coordenação do Núcleo Integrado de Reabilitação, objetivando definir o fluxo de distribuição de palmilhas, órteses e próteses.

Dando continuidade ao processo, na região da Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul) apresentamos e implementamos, passo a passo, em reuniões rotineiras mensais e extraordinárias, as ações programáticas desse projeto, interagindo e construindo com a colaboração dos Enfermeiros (Responsáveis Técnicos) das cinco Supervisões Técnicas de Saúde da região (Capela do Socorro, Campo Limpo, M'Boi Mirim, Parelheiros e Santo Amaro/Cidade Ademar), assim como com os interlocutores das áreas interligadas e os Enfermeiros representantes das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e dos Parceiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

As seguintes fases estruturaram o processo organizacional:

- **Fase I** – Foram escolhidos, com base na disponibilidade de profissionais especialistas, na facilidade de acesso dos pacientes e nos recursos humanos e materiais existentes, um Ambulatório Médico de Assistência Especializada em cada Supervisão Técnica de Saúde da Coordenadoria Regional de saúde Sul, e um Ambulatório de Especialidades, a saber:
  - ✓ Ambulatório Médico de Assistência Especializada (AMAE) Capão Redondo na Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Campo Limpo;
  - ✓ AMAE Icarai na STS de Capela do Socorro;
  - ✓ AMAE Jardim São Luiz na STS de M'Boi Mirim;
  - ✓ AMAE Vila Constância na STS de Santo Amaro Cidade Ademar; e,

- ✓ Ambulatório de Especialidades (AE) Jd. Ibirapuera na STS de M'Boi Mirim.
  
- **Fase II** – Considerando as dificuldades que os pacientes diabéticos apresentam com seu autocuidado, os Enfermeiros Responsáveis Técnicos das STS, foram orientados a sensibilizar os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS); na otimização dos programas já existentes na rede e direcionados aos pacientes diabéticos. Exemplo: Programa de Auto Monitoramento Glicêmico (PAMG), Remédio em Casa e grupos de Educação em Saúde, além do atendimento individual nas Consultas Médicas e de Enfermagem, com a obrigatoriedade da avaliação periódica dos pés de todos os pacientes diabéticos.
  
- **Fase III** – Através do Programa TAB NET/DATA SUS, levantamos o número estimado de pacientes diabéticos, por Supervisão Técnica de Saúde da região Sul, objetivando adequar os recursos disponíveis na região e/ou adquirir aqueles ainda não disponibilizados.

Levantamos os seguintes quantitativos de pacientes diabéticos por região:

- ✓ Campo Limpo = 57.052
  - ✓ Capela do Socorro = 67.324
  - ✓ Cidade Ademar/Santo Amaro = 60.426
  - ✓ M'Boi Mirim = 53.456
  - ✓ Parelheiros = 15.107
  - ✓ **Total na região Sul = 253.365**
- 
- **Fase IV** – Foram treinados, num primeiro momento, pela Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas, da SMS, 33 profissionais especialistas de cinco AMAE/AE, a saber: Cirurgiões Vasculares, Endocrinologistas, Ortopedistas e Enfermeiros.

Também foi realizado Curso na modalidade Ensino à Distância (EAD) sobre Feridas Crônicas e Pé Diabético, pela ESCOLA MUNICIPAL de SAÚDE (EMS), via rede TV Saudável, para os Médicos Clínicos/Generalistas e Enfermeiros das UBS.

Os profissionais administrativos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem também foram treinados pelos técnicos da ATTI/PRODAM para o preenchimento do Programa SIGA/Módulo Curativos.

➤ **Fase V** – O seguinte fluxograma organizacional (referência e contra referência) foi estabelecido:

- ✓ Os pacientes diabéticos continuarão a ser atendidos integralmente pelas equipes das Estratégias de Saúde da Família e Tradicionais das UBS, através das ações programáticas estabelecidas pelos protocolos de SMS; e,
- ✓ Os pacientes que apresentarem fatores de risco para amputação, grau 2 ou mais e/ou feridas com mais de 45 dias sem evolução, serão encaminhados pelo Médico Clínico da Unidade, aos especialistas dos AMAE/AE da área de abrangência, para avaliação, diagnóstico, tratamento, encaminhamento para outros níveis de Referência da Rede, ou retorno, com acompanhamento do especialista, para a UBS de origem.

**Resultados:** Foram capacitados 369 profissionais das 118 UBS, dos 4 AMAE e 1AE, em prevenção e tratamento de feridas, bota de Unna, preenchimento de banco de dados SIGA e GSS, através de aulas presenciais e à distância, através da Plataforma MOODLE e da Rede TV Saudável; ministradas por profissionais da SMS, da PRODAM, da EMS, dos fornecedores de coberturas especiais, Enfermeiros e Administrativos das STS e das Unidades.

**Potencialidades:** Conseguimos a adesão e a colaboração de todos os profissionais envolvidos, desde os componentes da CPTF da SMS, passando pelo Gabinete e interlocutores da CRS Sul, por todos os Enfermeiros Responsáveis Técnicos das STS, Parceiros e OSS, gerentes e equipes das Unidades.

**Dificuldades:** Iniciamos o programa com alguns entraves, pois os profissionais, principalmente os Médicos cumprem uma agenda programada com muita antecedência, o que atrasou o início do treinamento dos especialistas; falta de recursos humanos e materiais; rodízio dos profissionais; contra-referência para tratamento intra-hospitalar, principalmente quanto ao diagnóstico, tratamento com antibioterapia, internações e cirurgias.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A edificação e a qualificação da Assistência Integral e Humanística da Saúde, com a fundamental composição de Redes Assistenciais regionalizadas e integradas de Atenção, é condição indispensável para a instalação e continuidade do cuidar humano, possuindo grande importância na superação de espaços cegos assistenciais, com a racionalização e otimização dos recursos disponíveis.

Os entraves estruturais e conjunturais que dificultam a concretização plena dos princípios do SISTEMA ÚNICO de SAÚDE, constituem desafios importantes que devem ser considerados na organização e implementação de Programas e Serviços. Esses desafios quando problematizados e solucionados trazem uma singular vitória aos gestores, além de impactar positivamente nas condições e na qualidade de vida das pessoas que usufruem do processo de prestação de serviços na área da Saúde.

Neste relato, podemos verificar que o impulso político-administrativo e o potencial técnico especializado, apoiados por uma exemplar rede tecnológica de desenvolvimento e capacitação profissional, mais a racionalidade dos recursos existentes, trouxeram um avanço histórico e pró-ativo na organização dos Serviços de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da SMS/PSP, que para um futuro próximo, poderá colher os frutos do trabalho impecável, com a conseqüente diminuição da incidência de complicações agudas e crônicas, internações hospitalares e amputações em pessoas com diabetes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALBINO C. A.; PEREIRA L. M.; CURI R. **Mecanismos envolvidos na cicatrização: uma revisão.** Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas. v.41 n.1 São Paulo jan./mar. 2005.
- BARBOSA, M. A et al. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 01, p.09-15, 2004. Disponível em URL:< [http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_1/pdf/f1\\_coletiva.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f1_coletiva.pdf) > Acesso em 5 março 2007.
- BENFATI, F. B. S... **Úlceras de Pressão, Avaliação e Tratamento do Pé Diabético, Úlceras Venosas e Doenças Venosas,** jun. 2002. Disponível em: URL: Acesso em 26 abril 2007.
- BLANES, L. Tratamento de feridas: **Cirurgia vascular, guia ilustrado.** São Paulo: 2004. Disponível em: URL:< [http://www.bapbaptista.com/feridas\\_leila.pdf](http://www.bapbaptista.com/feridas_leila.pdf) - > Acesso em 20 março 2007.
- BORGES, C. C.; JAPUR, M. **Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família** v.9, n.18, p.507-19, set/ dez 2005. Disponível em

URL: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a04v9n18.pdf> Acesso em 28 março 2007.

- BORGES, E. L.; OLIVEIRA, V.G.; LIMA, V. L. A. N. **Projeto de extensão e atendimento ao portador de ferida crônica e o papel do bolsista**, 2004. Disponível em: URL:<  
<http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Saude153.pdf>> Acesso em 2 abril 2007.
- BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem**. COFEN, 1995.
- BRASIL. **Leis, Decretos. Portaria MS n.692, de 29 de Março. Dispõe sobre a oficialização do PSF**. Diário Oficial da União, n.060, 4572. Brasília, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- CANDIDO, L. C... **Feridólogo: tratamento clínico-cirúrgico de feridas cutâneas agudas e crônicas**. São Paulo, Dez, 2006. . Disponível em URL: Acesso em 17 março 2007.
- CUNHA, N.A., **Sistematização da Assistência de Enfermagem no tratamento de feridas crônicas**, Olinda, 2006.

- DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras.**  
Coordenação e revisão de Rúbia Aparecida Lacerda; tradução Eliane Kanner. São Paulo: Atheneu, p. 1 – 25, 1996.
  
- DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras.**  
Coordenação e revisão de Rúbia Aparecida Lacerda; tradução Eliane Kanner. São Paulo: Atheneu, 2001
  
- FERNANDES, L.R. A... **Fisiologia da cicatrização: feridas e curativos.** 2005. Disponível em URL: Acesso em 3 abril 2007.
  
- FLANAGAN, M.; GUIMARAES J... **Tratamento e cuidado de feridas infectadas.** 2000. Disponível em luagardioli[arroba]yahoo.com.br
  
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1991.