

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

NIANI EMANUELLE DEITOS

**REFLETINDO SOBRE O MANUAL DO PÉ DIABÉTICO: UMA ANÁLISE A PARTIR
DA VIVÊNCIA DE ENFERMEIRAS ATRAVÉS DA FERRAMENTA AGREE II**

PORTO ALEGRE

2016

NIANI EMANUELLE DEITOS

**REFLETINDO SOBRE O MANUAL DO PÉ DIABÉTICO: UMA ANÁLISE A PARTIR
DA VIVÊNCIA DE ENFERMEIRAS ATRAVÉS DA FERRAMENTA AGREE II**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica, do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador:

Prof^ª. Dra. Érica Rosalba Mallmann Duarte.

Porto Alegre

2016

RESUMO

Introdução: No Brasil, o Diabetes Mellitus foi responsável por 5,3% dos óbitos ocorridos em 2011, apesar da redução de 1,7% ao ano, verificada no período 2000-2011 (MS,2006). Fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde. Em 2016 o Ministério da Saúde lançou o Manual do Pé Diabético buscando investir em ferramentas para qualificar o cuidado ao paciente com diabetes, buscando ampliar a resolutividade da Atenção Primária a Saúde.

Objetivo: Analisar utilizando o instrumento AGREEII o Manual do Pé Diabético do Ministério da Saúde lançado em 2016, a partir da vivência de enfermeiras.

Metodologia: Pesquisa qualitativa que utilizou o método de estudo de caso. O Manual do Pé Diabético (MS,2016) será o nosso campo de estudo e utilizou-se o instrumento AGREEII que avalia a qualidade de diretrizes clínicas. O estudo foi aprovado no CEP UFRGS e SMS/POA.

Resultados: O manual foi bem avaliado por seus objetivos, apresentação e conteúdo, tendo recebido a nota de 4,7 pela ferramenta de avaliação AGREE II, entretanto houve sugestão de inclusão de mais dados dos autores, inclusão de conteúdos com enfoque na Atenção Secundária, inclusão de conteúdo de órtese e prótese, e uso de fitoterápicos. Questionaram-se os materiais de cobertura sugeridos, visto que a rede básica não os disponibiliza na rede habitualmente.

Considerações finais: O estudo contou com a experiência de dois enfermeiros entendendo que precisamos ampliar essa avaliação com os demais integrantes da equipe de saúde que utiliza o manual, mas algumas sugestões já foram apontadas nos resultados.

Sumário

RESUMO.....	3
1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVO.....	8
3. METODOLOGIA.....	9
3.1 OBJETO DE ESTUDO	9
3.2 MÉTODO DE ANÁLISE.....	9
3.3 QUESTÕES ÉTICAS	11
4. REVISÃO DA LITERATURA	12
4.1 Saúde, Prevenção e Promoção da Saúde	12
4.2 Diabetes Melittus	12
4.3 O Cuidado de Enfermagem	13
4.4 Protocolos Assistências	14
5. RESULTADOS.....	17
DOMÍNIO 1: escopo e finalidade	18
DOMÍNIO 2: envolvimento das partes interessadas.....	19
DOMÍNIO 3: rigor do desenvolvimento.....	19
DOMÍNIO 4: clareza da apresentação	21
DOMÍNIO 5: aplicabilidade.....	21
DOMÍNIO 6: independência editorial.....	22
CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE GLOBAL DO MANUAL DO PÉ DIABÉTICO	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	26

1. INTRODUÇÃO

O profissional que atua na Atenção Básica (AB) tem em sua atividade cotidiana uma grande quantidade de atendimentos para usuários de diversas faixas etárias, desde o recém-nascido ao idoso, realizando diferentes atendimentos, desde a realização de vacinas até a consulta de matriciamento em saúde mental. Nesta diversidade de cuidado, a equipe de saúde encontra usuários que apresentam diferentes patologias sendo, portanto, necessário que o profissional tenha uma formação generalista (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001) para poder ter uma visão integral do usuário.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida. As doenças de maior impacto no mundo são as cardiovasculares, o diabetes, o câncer e as doenças respiratórias crônicas que são identificadas como um importante e sério problema de saúde pública que em 2008 foi o motivo de 63 % das mortes no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

No Brasil, as estimativas sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar são resultantes da presença de três dessas doenças, que são: o diabetes, a doença do coração e os acidentes vasculares encefálicos com uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões, entre 2006 e 2015 (ABEGUNDE et al., 2007).

O diabetes causou 4,9 milhões de mortes no mundo em 2014, e foi responsável por 11% do gasto total com a saúde de adultos: um custo estimado de 612 milhões de dólares (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2014). No Brasil, essa

enfermidade foi responsável por 5,3% dos óbitos ocorridos em 2011, com taxa de mortalidade de 33,7 óbitos a cada 100 mil habitantes, apesar da redução de 1,7% ao ano, verificada no período 2000-2011 (MALTA et al., 2014).

Sou enfermeira e atuo desde 2010 no município de Vale Real RS, que possui 5.118 habitantes (IBGE, 2010), com 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Juntamente à equipe, realizei o encaminhamento de usuários diabéticos com comprometimento do pé (Pé Diabético) para atendimento aos municípios de Feliz, Caxias do Sul ou Porto Alegre, locais que possuem serviço de atendimento secundário. Esses municípios ficam distantes 9 km, 35 km e 92 km, respectivamente, da cidade de Vale Real. Os enfermeiros da rede de saúde do município não possuíam, até aquele momento, a qualificação necessária para tal tipo de atendimento.

Em 2015, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) lançou um edital voltado para profissionais da rede de AB do SUS para participarem de um curso de Especialização em Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica. Neste período, a gestão do município oportunizou que as três enfermeiras do município participassem do curso, e todas as três foram selecionadas pelo edital.

No desenvolvimento do curso, a realidade do cuidado dos pacientes com lesão de pele e pé diabético foi sendo totalmente modificada. Atualmente o acompanhamento destes usuários é realizado nas próprias Unidades de Saúde da Família (USF), por tais profissionais, não sendo mais necessário que os usuários migrem para outros municípios para receber um atendimento qualificado.

No Brasil, um estudo realizado em Cuiabá/MT (FERREIRA; FERREIRA, 2009) concluiu que a proporção de diagnóstico de DM está aquém do esperado, que o tratamento é muitas vezes inadequado, e que o controle do DM é baixo. Este estudo levantou muitas questões para os serviços de AB e uma delas é: “As dificuldades

encontradas seriam dos processos de trabalho e das tecnologias utilizadas na assistência à saúde, na gestão e nos processos educacionais?''.

Sabendo que a maior parte dos casos de diabetes estão ligados a fatores comportamentais e de estilos de vida, pode-se entender que situações passíveis de prevenção podem alterar este quadro. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente para os profissionais de Saúde é fundamental para mudar as práticas atuais em relação a tal problema de saúde.

As equipes de cuidados primários de saúde devem ser apoiadas por guias e protocolos baseados em evidências científicas recentes, bem como ferramentas para o monitoramento contínuo de pacientes através de um sistema de informação clínica. Associações de grupos de autoajuda da comunidade e pacientes podem, idealmente, complementar os serviços de saúde, ajudando os pacientes a entender e viver melhor com o diabetes. (Who Healdt 2016)

Em 2016, o MS lançou o Manual do Pé Diabético a fim de investir em ferramentas para qualificar o cuidado ao paciente com diabetes, buscando ampliar a resolutividade da Atenção Primária a Saúde.

O Manual do Pé Diabético é um instrumento para qualificar a prática diária do atendimento ao paciente com diabete, proporcionando aos profissionais de saúde uma sistemática de atendimento clínico e organizacional a ser seguido, ou ajustado, para a otimização do serviço e do cuidado prestado aos usuários.

Tive a oportunidade de usar este Manual em sua primeira edição, e percebi a possibilidade de realizar uma avaliação do instrumento, por entender que como enfermeira da AB e do Sistema Único de Saúde, a importância da qualificação de equipes de saúde em um país com dimensões imensas como o nosso.

2. OBJETIVO

Avaliar o Manual do Pé Diabético (MS, 2016) a partir da vivência de enfermeiras através da ferramenta de avaliação AGREE II.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou o método de estudo de caso. A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social ou de uma organização (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Estudos de caso pesquisam casos únicos ou múltiplos. Uma das utilizações desse método é para a análise de dados com um propósito revelador. Para o autor os resultados obtidos no estudo de caso devem ser provenientes da convergência ou da divergência das observações obtidas de diferentes procedimentos. Dessa maneira é que se torna possível conferir validade ao estudo, evitando que ele fique subordinado à subjetividade do pesquisador (YIN, 2001).

3.1 OBJETO DE ESTUDO

O Manual do Pé Diabético (MS,2016) será o objeto de análise.

3.2 MÉTODO DE ANÁLISE

A análise do Manual ocorreu a partir da vivência de duas enfermeiras. A escolha foi proposital, sendo ambas com experiência no atendimento de pessoas com pé diabético, entretanto atuando em cenários diferentes: uma enfermeira trabalha na atenção básica (Estratégia de Saúde de Família - ESF) de uma cidade do interior do RS, e a outra trabalha na atenção secundária (Centro Especializado em Feridas para atender pacientes com lesão de pele e ostomias) na capital do Estado. Foi utilizado como

instrumento de análise o AGREE II (BROUWERS et al., 2010) instrumento que avalia a qualidade das diretrizes clínicas.

A avaliação por este instrumento inclui julgamento sobre o método utilizado para elaborar as diretrizes clínicas, o conteúdo das recomendações finais, ou fatores que estão ligados à sua aplicação. É uma ferramenta composta por 23 itens que abrangem seis domínios de qualidade: Domínio 1: Escopo e finalidade; Domínio 2: Envolvimento das partes interessadas; Domínio 3: Rigor do desenvolvimento; Domínio 4: Clareza da apresentação; Domínio 5: Aplicabilidade; Domínio 6: Independência editorial. O Instrumento AGREE II é genérico, e pode ser aplicado a diretrizes relacionadas a qualquer doença ou qualquer etapa do cuidado em saúde, incluindo aspectos relacionados à promoção da saúde, saúde pública, rastreamento, diagnóstico, tratamento ou intervenções. Este instrumento destina-se ao uso de profissionais de saúde que desejam realizar a sua própria avaliação de uma diretriz antes de adotar as recomendações em sua prática; aos colaboradores de diretrizes para seguirem uma metodologia de desenvolvimento estruturada e rigorosa, para conduzir uma avaliação interna que garanta que as diretrizes sejam sólidas; para avaliar diretrizes de outros grupos com vistas a uma potencial adaptação ao seu próprio contexto; para gestores de políticas de saúde para ajudá-los a decidir quais as diretrizes poderiam ser recomendadas para uso na prática, ou para informar as decisões em políticas de saúde; e educadores para ajudá-los a aprimorar as habilidades de avaliação crítica entre profissionais de saúde e para ensiná-los as competências essenciais no desenvolvimento e registro das diretrizes. Na análise das respostas objetivou-se identificar as convergências e divergências das observações descritas.

3.3 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo faz parte da Pesquisa Integrada sobre Organização do Trabalho e Integralidade nos Serviços: novas tecnologias no cuidado a usuários com lesão de pele na rede de atenção à saúde no Estado do Rio Grande do Sul aprovado do CEP/UFRGS sob o nº 56382316.2.0000.5347 e ao CEP da SMS/POA sob nº 56382316.2.3001.5338, atendendo ao objetivo do estudo de conhecer o acesso dos usuários à rede de atenção à saúde no cuidado com a pele. O projeto está vinculado ao Grupo de Pesquisa Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Rede Interstício), Linha de Pesquisa Prática de Integralidade em Saúde (CNPQ).

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Saúde, Prevenção e Promoção da Saúde

Geralmente, saúde e qualidade de vida são dois temas muito relacionados, visto que a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, e é fundamental para que um indivíduo, ou comunidade, ter saúde.

Portanto, saúde é um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos (OMS, 2016).

As ações preventivas são intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno e seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2003).

Promoção da Saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, segundo a Carta de Ottawa (1986). A Constituição Federal de 1988 criou os princípios básicos e norteadores do Sistema Único de Saúde, partindo do princípio de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

4.2 Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus (DM) é um transtorno metabólico de etiologia heterogênea, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas

e gorduras, que resultam de defeitos na secreção ou ação da insulina no corpo do indivíduo (WHO, 2011).

Atualmente, 415 milhões de pessoas no mundo vivem com diabetes e a perspectiva, segundo o relatório da Federação Internacional de Diabetes (IDF, 2014) é de que esse número aumente para 642 milhões até 2040. No Brasil, este relatório descreve que até 2015 existem 12 milhões de adultos vivendo com diabetes.

Existem três (3) tipos de diabetes: Tipo 1: ocorre principalmente em crianças e adolescentes e aparece de forma rápida na vida da criança; Tipo 2: manifesta-se em adultos com história familiar e excesso de peso, e inicia lentamente com sintomas mais brandos. Atualmente, enfrenta-se uma epidemia de obesidade na infância o que tem aumentado a doença do tipo 2 nesta faixa etária. O 3º Tipo é o diabetes gestacional, o qual pode ocorrer na gravidez, sendo menos severa do que as anteriores, e geralmente é revertido no período pós-parto, podendo, ou não, retornar anos depois (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo 1, que responde por aproximadamente 8% (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010). Além desses tipos, o diabetes gestacional também merece destaque, devido ao impacto na saúde da gestante e do feto (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

4.3 O Cuidado de Enfermagem

O cuidado de Enfermagem existe há centenas de anos, e o cuidado com a pele faz parte de toda a vivência da profissão e da humanidade. Em toda a história muitas foram as substâncias que o homem utilizou na tentativa de cuidar das suas lesões, de uma forma empírica, porém principalmente na última década as possibilidades de

coberturas e tecnologias para feridas têm se multiplicado. Os cuidados com feridas crônicas fazem parte da rotina do profissional que trabalha com Atenção Básica, e os usuários com úlceras vasculares crônicas são frequentes nas Unidades Básicas de Saúde e Centros Especializados em Feridas. No Brasil, as lesões de pele constituem um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de pessoas com alterações na integridade tissular, o que onera o gasto público (CÔRTEZ, 2013).

Devido às dimensões continentais do Brasil, sabe-se que a população é atendida em milhares de serviços de saúde. Cada um destes serviços conta com profissionais com formações semelhantes, porém com realidades de trabalho totalmente diferentes. A prática profissional deve ser padronizada, obviamente, se considerando as características individuais, e a realidade da comunidade a ser atendida. Os protocolos clínicos e de organização de serviços, servem para nortear e auxiliar os profissionais na prática diária, aprimorando a assistência, diminuindo a variação das práticas de membros de uma mesma equipe de saúde.

4.4 Protocolos Assistências

Em 2005, o Ministério da Saúde criou a Portaria Nº 816, de 31 de maio de 2005. A partir desta Portaria, criou-se o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, principalmente para definir os critérios para a criação de protocolos clínicos e assistenciais, diretrizes terapêuticas no âmbito do SUS, além de ordenar os protocolos já existentes. Considerando-se a necessidade de racionalização de gastos com a inclusão de novos procedimentos e tecnologias, sem esquecer a importância de revisar protocolos clínicos

e assistenciais, e tecnologias em saúde, tendo como princípio as evidências científicas e o impacto que estas causam na saúde da população.

De forma mais sintética, protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados por evidências científicas, profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Protocolos clínicos estão voltados para o cuidado e atenção à saúde do usuário, seja na AB ou hospitalar. Os protocolos de organização dos serviços são voltados para a gestão dos serviços de saúde, seja de uma unidade, território ou de serviços em rede, independente do nível de atenção.

Há princípios estabelecidos para construção e validação dos protocolos de assistência/cuidado, como a definição clara do foco, da população a que se destina quem é o executor das ações, qual a estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas. Um protocolo também deve descrever a forma de validação pelos pares, estratégias de implementação e a construção dos desfechos ou resultados esperados (PIMENTA et al., 2014).

O Manual do Pé Diabético foi criado para ser utilizado como ferramenta para os profissionais qualificarem o cuidado na prática do dia a dia. Técnicas e abordagens amparadas em práticas com comprovação científicas devem ser utilizadas e são orientadas: avaliação dos pés, ações preventivas, práticas educativas, cuidado com o pé diabético e tratamento quando a doença estiver instalada, tudo isso tendo como objetivo final, ampliar a resolutividade da Atenção Primária a Saúde no Brasil.

O objetivo principal do Manual do Pé Diabético é de qualificar a atenção á saúde dos diabéticos, diminuindo assim um dos principais agravos desta doença que é o pé diabético, segundo o levantamento na apresentação do manual, mostrou que o acesso aos usuários aos serviços de saúde não garante um atendimento de qualidade, não sendo suficiente para prevenção aos agravos do diabetes.

Para um adequado enfrentamento da patologia abordada, o Manual inicia descrevendo o porquê de avaliar os pés de usuários com diabetes, e como avalia-los, e a seguir conceitua o que é Pé Diabético.

O Manual além de ser um protocolo clínico também é um protocolo de organização de serviços, visto que orienta como a equipe pode se organizar para a avaliação dos pés da pessoa com diabetes, no que diz respeito: ao Acesso - organização da equipe para oferta da avaliação dos pés das pessoas com DM; à Integralidade - o cuidado que vai além dos pés da pessoa com DM orienta a coordenação do cuidado; Longitudinalidade - o cuidado horizontal da pessoa com DM ordenando o fluxo da Rede de Atenção à Saúde, Coordenação do Cuidado: ordenando o fluxo na Rede de Atenção à Saúde, Organização da Rede de Atenção à Saúde no cuidado dos pés de pessoas com Diabetes.

Para a utilização do Manual, o profissional deve ser integrante de uma equipe de Atenção à Saúde. O trabalho em equipe é um facilitador, tendo cada profissional o seu papel. Para uma Unidade de Saúde conseguir implementar o Manual de Pé Diabético, ela deve contar com uma equipe mínima de saúde: enfermeiro, médico e técnicos de enfermagem. Na estrutura física, deve contar com sala de curativos, consultórios médico e de enfermagem. Nos insumos, deve-se contar com coberturas diferentes para curativos.

5. RESULTADOS

A tabela a seguir apresenta as notas atribuídas aos itens avaliados.

Tabela 1: Avaliação do Manual do Pé Diabético pelo método AGREE II

Enfermeiras Avaliadoras	A	B
Itens Avaliados a partir do AGREE II:		
DOMÍNIO 1: ESCOPO E FINALIDADE		
1. O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descritos	7	7
2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s)	5	7
3. A população a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita	6	6
DOMÍNIO 2: ENVOLVIMENTO DAS PARTES INTERESSADAS		
4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes	5	2
5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo	1	5
6. Os usuários alvo da diretriz estão claramente definidos	7	7
DOMÍNIO 3: RIGOR DO DESENVOLVIMENTO		
7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.	6	7
8. Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos	4	1
9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.	7	7
10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.	7	7
11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.	7	7
12. Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.	7	7
13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação	1	1
14. Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.	1	1
DOMÍNIO 4: CLAREZA DA APRESENTAÇÃO		
15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.	6	5
16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.	7	5
17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.	7	7
DOMÍNIO 5: APLICABILIDADE		
18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.	1	4
19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.	7	5
20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.	2	1
21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.	6	5
DOMÍNIO 6: INDEPENDÊNCIA EDITORIAL		
22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.	1	1
23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.	1	1
CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE GLOBAL DA PRESENTE DIRETRIZ	5	5

O manual foi bem avaliado por seus objetivos e apresentação, recebendo uma nota média de 4,7 através da avaliação de qualidade AGREE II, lembrando que a nota mínima é 1: discordo totalmente, e a máxima 7: concordo totalmente. Entretanto houve sugestão de inclusão de mais dados dos autores: o primeiro deles, é que em uma próxima edição do manual, também contemple como público alvo os profissionais da atenção secundária.

Após atribuírem uma nota ao Manual a partir do instrumento AGREE II, as enfermeiras avaliadoras tinham um espaço para escrever sobre o item avaliado. A seguir serão descritas as respostas sumárias das opiniões das enfermeiras avaliadoras.

DOMÍNIO 1: escopo e finalidade

1- Os objetivos do Manual foram perfeitamente descritos, considerando o manual como uma ferramenta para qualificar o atendimento aos usuários com diabetes, a relevância do cuidado com os pés para a pessoa com DM, as ações preventivas e educativas foram associadas ao exame periódico, foram apresentados exames e critérios de avaliação dos pés e tratamentos recomendados para as principais alterações dos exames, todas as orientações foram amparadas em ampla e atual literatura.

2- O Manual cita que a instância ideal para avaliação periódica dos pés dos diabéticos é a Atenção Básica, tendo como índice de resolutividade mais de 80%, e descreve a população alvo como sendo todos os diabéticos da área de cobertura de cada equipe de AB, orientando busca ativa. Descreve em detalhes o exame do pé diabético, para prevenção, tratamento e tipos de coberturas. Entretanto, as informações são sucintas, com poucas imagens nas descrições das lesões, o que dificulta a avaliação da lesão para a equipe de saúde que utiliza este material. Destaca-se ainda não se ter a padronização de materiais e insumos para o cuidado de lesões em unidades de saúde na Atenção Básica no Brasil, e aquelas recomendadas podem ser um auxílio para que isso

ocorra. Entretanto, falta amparo do custo-benefício de cada um. Não foram apresentados outros tipos de tratamento, como os fitoterápicos manipulados, ou não.

3-O Manual do Pé diabético destina-se a auxiliar na qualificação das equipes de saúde no atendimento a usuários Diabéticos, entretanto não cita as faixas etárias em que o Pé Diabético é mais frequente, ou gênero mais prevalente, sendo pouco específica e bastante generalista, pois contempla todos os pacientes com a doença.

O Manual inclui pacientes diabéticos com, ou sem, comorbidades, o que é bastante claro já na apresentação do manual, excluindo pacientes que não são portadores do agravo.

DOMÍNIO 2: envolvimento das partes interessadas

4- Os profissionais que se envolveram no desenvolvimento do Manual, foram citados apenas pelo nome e função como membro da equipe no desenvolvimento da diretriz, não sendo citadas disciplina, categoria, instituições ou localização geográfica do profissional, poderia haver mais informações destes indivíduos.

5- Não há descrição da participação da população, ou público alvo, na elaboração do Manual. Ou seja, não relata se os profissionais da AB participaram da elaboração do Manual do Pé Diabético.

6- Está bastante claro no manual que o público alvo são os profissionais da Atenção Básica.

DOMÍNIO 3: rigor do desenvolvimento

7- A estratégia adotada para busca de evidências foi citada com clareza, após cada capítulo, o referencial teórico utilizado para o capítulo é descrito.

8- Não há citação de critérios para utilização de evidências no manual, com exceção do público alvo para utilização do manual, que são os profissionais da Atenção Básica.

9- As evidências foram citadas através de revisão bibliográfica, estando claramente descritos os pontos fortes e as limitações do conjunto de evidências.

10- Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.

11- O próprio Manual consiste em uma ferramenta para os profissionais da AB, diminuindo os agravos que alguns usuários possam ter decorrentes do diabetes, identificando a AB e seus profissionais como instrumento essencial, o atendimento precoce e redução dos agravos da DM, e auxilia a qualificação da equipe, introduzindo novos instrumentos e critérios de cuidados dos usuários com diabetes.

O Manual tem como uma das principais orientações o exame periódico dos pés dos diabéticos, o que irá beneficiar estes usuários da rede de AB, pois irá propiciar a identificação precoce e o tratamento oportuno das alterações encontradas, possibilitando assim a prevenção de um número expressivo de complicações.

O Manual traz evidências de que programas organizados de avaliação e acompanhamento de pessoas com DM para lesões de Pé Diabético reduzem as taxas de amputações, quando comparados ao cuidado convencional. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações. Quanto aos riscos, é salientada a importância do profissional que atende esse paciente estar atualizado para manejar adequadamente o usuário, há também a classificação de risco do pé diabético. No capítulo que trata sobre tratamento são citados os fármacos utilizados, e os efeitos colaterais são descritos.

12- Existe uma ligação explícita entre as recomendações do Manual do Pé Diabético e as respectivas evidências de suporte utilizadas. Todas as principais recomendações vêm com citações de referenciais científicos utilizados para elaboração do manual.

13- Não há referência de revisão externa da diretriz antes de sua publicação.

14- Não foi encontrado no manual o procedimento para a atualização da diretriz.

DOMÍNIO 4: clareza da apresentação

15- Uma grande facilidade do manual é a clareza das recomendações, são diretas, e providas de referencial, sem ambiguidades. De fácil utilização, os temas são abordados de forma dinâmica.

16- A clareza das diferentes opções de abordagem dos agravos e tratamentos é evidente ao longo de todo Manual, no capítulo que trata a respeito de úlceras e os cuidados de curativos, por exemplo, tem uma tabela com opções de coberturas em cada caso e opção de curativo com recursos mínimos.

17- As recomendações-chave são facilmente identificadas, no sumário é fácil para o usuário do manual encontrar os tópicos principais. Ao longo do manual há quadros, tabelas e fluxos o que dinamiza a utilização da diretriz, além disso, as principais recomendações estão agrupadas por capítulos.

DOMÍNIO 5: aplicabilidade

18- A diretriz não descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.

19- O manual traz diversas formas e ferramentas para que as recomendações contidas nele possam ser colocadas em prática. No capítulo que orienta a organização da AB para avaliação dos pés do paciente com diabetes, há um quadro de estratificação do risco do usuário com diabetes, orientando o manejo e nível de atenção em cada caso, roteiro para anamnese e exame físico do usuário, técnica de avaliação de sensibilidade dos pés inclusive com imagens e descrição detalhada, entre outras ferramentas.

20- A principal recomendação do Manual do Pé Diabético é o exame periódico dos pés do usuário com DM, o que segundo evidência apresentadas no manual, diminui significativamente as taxas de amputação. Esta recomendação, não diz respeito a custos, mas sim a um olhar mais atento ao cuidado do usuário com diabetes. Porém não está descrito no manual, potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.

21- A diretriz refere a Atenção Básica como responsável por avaliar a demanda de diabéticos, para que seja realizado o exame de Pé Diabético, e orienta o controle através da prevalência, fazendo busca através do VIGITEL e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), desta forma a equipe pode monitorar os casos de Pé Diabético e prevenir este agravo na sua área de abrangência.

DOMÍNIO 6: independência editorial

22- Não há registro de parecer do órgão financiador no Manual do Pé Diabético.

23- Não há registro de conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE GLOBAL DO MANUAL DO PÉ DIABÉTICO

Percebeu-se que os protocolos, diretrizes e fluxogramas são ferramentas que devem facilitar o trabalho dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atenção. A atenção básica, porta de entrada preferencial do SUS, atende usuários com as mais diversas patologias. Portanto o profissional que está na ponta, deve manter-se atualizado, e acercar-se de ferramentas para que suas condutas e procedimentos sejam pautados em evidências científicas.

O Manual do Pé Diabético possui 64 páginas, não sendo extenso, é de fácil manuseio, possui lista de figuras, de quadros e sumário, o que reforça a praticidade da ferramenta.

As diretrizes avaliadas destinam-se principalmente aos profissionais da Atenção Básica, inclusive para os Agentes Comunitários de Saúde. O Manual possui uma linguagem simples e de fácil interpretação, o que facilita o aproveitamento do material pelo profissional, trazendo como principal recomendação a avaliação periódica dos pés dos Diabéticos, salientada ao longo de tal texto.

Algumas considerações são necessárias: no capítulo em que são apresentados os tipos de lesões e seus respectivos tratamentos, as úlceras e os cuidados de curativo, o conteúdo está bastante limitado, com poucas imagens. Nas orientações de tipos de cobertura, as imagens são de qualidade razoável, e os tipos de cobertura sugeridos não estão disponíveis na rede básica de saúde do SUS habitualmente.

O foco do Manual é a Atenção Básica, porém sugere-se que sejam incluídas na diretriz, orientações e cuidados a nível secundário, já que seria, também, de grande valia para esses profissionais desse nível de atenção um instrumento de referência.

A inclusão de orientações sobre órteses e próteses no manual seria importante, pois frequentemente os usuários com pé diabético precisam fazer uso desse tipo de material, e nem sempre os profissionais têm a visão da necessidade da utilização de uma órtese ou prótese. No Manual, as órteses são citadas em três momentos, porém sem aprofundamento, o que se entende como algo necessário.

A equipe de desenvolvimento do manual não foi apresentada de forma que se pudesse reconhecê-los, sendo citados apenas os nomes dos participantes. Os dados da independência editorial também não foram esclarecidos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manual foi bem avaliado por seus objetivos e apresentação, recebendo uma nota média de 4,7 através da avaliação de qualidade AGREE II. Houve sugestão de inclusão de mais informações dos autores e que em uma próxima edição do manual, seja contemplado como público alvo também os profissionais da atenção secundária, conteúdos de órtese e prótese e uso de fitoterápicos. Questionam-se os materiais de cobertura sugeridos, uma vez que na rede básica do município e estado, não existe disponibilização do material na rede para seu uso habitualmente.

Algumas limitações da pesquisa: a avaliação de dois enfermeiros, que mesmo sendo atuantes na área de conhecimento de lesões e terem seu exercício na AB e especializada foram apenas dois.

Embora o instrumento utilizado para a avaliação o AGREE II, sugira que no mínimo sejam dois avaliadores, ele idealiza que sejam quatro. Além disso, seria ideal que outras categorias profissionais da AB realizassem a avaliação já que o Manual está focado em todos esses profissionais.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [versão eletrônica]. Acesso em <01/out/2016> de <http://www.agreetrust.org>.

American Diabetes Association. Diabetes Care 2010 Jan; 33(Supplement 1): S11 S61. Disponível em <http://dx.doi.org/10.2337/dc10-S011>. Acesso em 05. ago. 2016

ABEGUNDE, Dele O et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, [s.l.], v. 370, n. 9603, p.1929-1938, dez. 2007.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus / Cadernos de Atenção Básica**. 2006. 64p. (Cadernos de Atenção Básica - n.16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

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: Ministério da Saúde, 2016. 62 p.: il.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde (Org.). Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/2eM483n>>. Acesso em: 01 set. 2016.

_____. _____. Vigitel Brasil 2014. **Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília: DF, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF: 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

CÔRTEZ, Selma Márcia dos Santos. O Tratamento de Ferida: Um Artigo de Revisão. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**. Valparaíso de Goiás v.2, n.1, p.55-64, jan-jun. 2013.

CUBAS, Marcia Regina et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioterapia em Movimento**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.647-655, set. 2013.

CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*_ 15(4): 701-710, 2003.

FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. **Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde - análise a partir do sistema HiperDia**. Arq Bras Endocrinol Metab vol.53 no.1 São Paulo Feb. 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000100012. Acesso em 05 ago.2016.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Ufrgs, 2009. 120 p. Disponível em: <<http://bit.ly/11Y0IHZ>>. Acesso em: 03 out. 2016.

GOMES, Marília de Brito; COBAS, Roberta. Diabetes Mellitus. In: GROSSI, Sonia Aurora Alves; PASCALI, Paula Maria (Org.). **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus: Manual de Enfermagem**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009. Cap. 1. p. 6-17. Disponível em: <<http://bit.ly/2eYFJXA>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 set. 2016.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (Bélgica). International Diabetes Federation (Comp.). **IDF Diabetes Atlas**. 2014. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 19 set. 2016.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul.-set. 2010.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, p. 599-608. dez. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Brasil). Organização Pan-Americana da Saúde (Org.). **Dia Mundial da Saúde 2016: Combater o Diabetes**. 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/2fmOvmj>>. Acesso em: 30 set. 2016.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos et al. **GUIA PARA A CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM**. 2014. Câmaras Técnicas do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP - GESTÃO 2012-2014). Disponível em: <<http://bit.ly/2fdS92H>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

SCHMIDT, Maria Ines et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 43, p.74-82, nov. 2009.

TORRES, Heloisa de Carvalho et al. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 23, p.751-756, 06 ago. 2010.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 491 p. Disponível em: <<http://bit.ly/2eUghEn>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non communicable diseases 2010 - Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants / World Health Organization.** 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/1IRJ04O>>. Acesso em: 01 set. 2016.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 51 p. Tradução de: Daniel Grassi.