

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

NATALIA DE SÁ POLICARPO

**CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE MEDIDAS PREVENTIVAS
SOBRE PÉ DIABÉTICO**

PICOS

2012

NATALIA DE SÁ POLICARPO

**CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE MEDIDAS PREVENTIVAS
SOBRE PÉ DIABÉTICO**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:
Profa. Dra. Ana Roberta Vilarouca da
Silva

PICOS

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

P766c Policarpo, Natália de Sá.

Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético / Natália de Sá Policarpo. – 2012.

CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (78 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2012.

Orientador(A): Profa. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva

1. Diabetes. 2. Pé Diabético. 3. Autocuidado. I. Título.

CDD 616.462

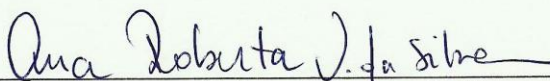
NATALIA DE SÁ POLICARPO

**CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE MEDIDAS PREVENTIVAS
SOBRE PÉ DIABÉTICO**

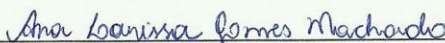
Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 09 / 10 / 2012

BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a Dr.^a Ana Roberta Vilarouca da Silva
Universidade Federal do Piauí-UFPI/CSHNB
Presidente da Banca



Prof.^a Ms. Ana Larissa Gomes Machado
Universidade Federal do Piauí-UFPI/ CSHNB
1.^o Examinador



Prof.^a Ms. Ana Karla Sousa de Oliveira
Universidade Federal do Piauí-UFPI/ CSHNB
2.^o Examinador

AGRADECIMENTOS

A Deus acima de tudo, porque Ele ouviu minhas súplicas nos momentos áridos e porque inclinou pra mim os seus ouvidos nos dias em que eu o invoquei.

Aos meus pais, Maria Edneuzza de Sá e José Policarpo Neto, pelo exemplo de vida, amor e compreensão; responsáveis pelo meu desenvolvimento humano e por ser o que sou hoje. Principalmente por ter me concedido força, coragem, sabedoria e esperança nesta trajetória, obrigada por existirem.

Aos meus queridos irmãos, Naila Policarpo e Alexandre Policarpo pelo incentivo, apoio, confiança e amizade nas horas que mais necessitei.

À Professora Ana Roberta Vilarouca da Silva pela sua paciência e dedicação na árdua tarefa de orientar e compartilhar suas experiências e conhecimentos, os quais contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Muito obrigada por tudo.

Aos Pacientes Diabéticos atendidos nas duas Unidades Básicas de Saúde pela sua participação e cooperação neste estudo.

As minhas grandes amigas de graduação Sauanna Sany e Nádyá Santos pela gentileza e prontidão para se doarem em qualquer momento, por sempre me acompanharem e compartilharem os bons e maus momentos e por demonstrarem sua amizade nos momentos mais oportunos.

À Dr^a. Sery Santos Lima e Dr^a. Wanderlene Barros, enfermeiras assistenciais das Unidades Básicas do estudo pela contribuição no desenvolvimento deste estudo, especialmente na fase de coleta de dados.

À todas as Agentes Comunitárias de Saúde que disponibilizaram seu tempo para realizar a coleta de dados através de visitas domiciliares aos pacientes com Diabetes da sua área.

Aos membros do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva - Saúde do Adulto e Idoso pela enorme contribuição na conclusão desta pesquisa, especialmente ajudando na coleta dos dados através de visitas domiciliares.

Enfim, agradeço a todos que participaram e contribuíram de alguma maneira na realização deste trabalho.

*Desanimar da vida nem pensar
Isso seria o pior acontecer
Antes do sofrer fulge a alegria
Bem antes da dor vem o prazer
Então não há doença, há saúde e paz
Tendo por base o cuidado e o saber
Enfermidade é mal que fere a vida
Só se não houver controle no viver*

(Sr. Abel Pereira)

RESUMO

A epidemia global das Doenças Crônicas Não Transmissíveis ameaça o desenvolvimento econômico e social, bem como a vida e a saúde de milhões de pessoas. Dentre estes agravos, o diabetes mellitus é um dos problemas de saúde mais importante da atualidade, porque está associado a complicações que comprometem a produtividade e a qualidade de vida. Nesse contexto, a neuropatia diabética merece atenção especial por ocorrer mais comumente dentro do curso natural da doença causando comprometimento da saúde dos pés, podendo acarretar amputações. Assim, objetivou-se identificar o conhecimento, as atitudes e as práticas de cuidados que visem a prevenção do pé diabético em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e transversal que foi desenvolvida em duas Unidades de Saúde da Família, no município de Picos – PI, no período de agosto de 2011 a junho de 2012, mediante o uso de um formulário semi-estruturado, tipo inquérito CAP (Conhecimento, Atitudes e Prática). A amostra foi constituída por 85 pessoas com diabetes, após garantia da obediência aos princípios éticos norteadores da pesquisa, envolvendo seres humanos. Os resultados apontaram predominância do sexo feminino com 62,4%, a faixa etária variou de 25 a 87 anos, com média de 61 anos, sendo que 45,9% eram casados, 55,3% aposentados ou pensionistas, com renda de até dois salários mínimos, pertencentes à classe econômica D e com baixo grau de instrução. Nos dados referentes ao diabetes, 57,6% descobriram em virtude da sintomatologia clássica, com tempo de tratamento entre de 1 a 4 anos em 34,1% dos entrevistados. Cerca de 91,8% realizavam tratamento medicamentoso, 83,5% faziam a dieta, 29,4% executavam a prática de atividade física e 15,3% usavam insulina. Do total, 45,9% afirmaram ser esclarecidos sobre seu problema de saúde, porém verificou-se que 60% negaram acesso a informações sobre cuidados com os pés. Investigou-se então o conhecimento sobre cuidados com os pés, onde se demonstrou que 49,4% não sabiam responder como se faz a limpeza, 45,9% afirmaram que a secagem deveria ser com uma toalha passando entre os dedos, 49,4% não souberam dizer o que se observa nos pés, 75,3% informaram que diabéticos não podem andar descalço, apenas 18,8% responderam calçados confortáveis e fechados como idéias para o uso. Nos cuidados com as unhas, 56,5% desconheciam o corte correto e apenas 24,7% responderam a tesoura sem ponta como instrumento mais adequado para corte das unhas. Porém no quesito relacionado as atitudes, observou-se uma disposição considerável para executar o auto-exame, o autocuidado e o uso de hidratantes ou óleos nos pés em 82,4%, 80% e 80% respectivamente dos pesquisados. Partindo para a prática averiguou-se que cuidados como lavagem, secagem, hidratação e massagem não eram executados juntos, baixa adesão ao uso do calçado apropriado com apenas 9,4%, déficit de autocuidado relativo ao corte correto da unhas em 75,6% e do uso de instrumento de corte inadequado em 46,2% da totalidade de participantes. A maioria de 31,8% não relatou fatores impeditivos, no entanto a falta de informação foi observada como empecilho. O presente estudo demonstra a necessidade de desenvolvimento de programas educativos, para sensibilizar tanto os diabéticos, como os profissionais de saúde para se comprometerem e atuarem eficazmente na prevenção do pé diabético, haja vista que a prevenção das complicações depende das informações recebidas, sensibilização para a modificação nos hábitos de vida e o desenvolvimento de habilidades para a prática do autocuidado diário.

Palavras-chave: Diabetes. Pé Diabético. Autocuidado. Conhecimento e prática. Atitudes.

ABSTRACT

The Global Epidemic of Chronic Noncommunicable Diseases threatens the economic and social development, as well as the life and health of millions of people. Among these, diabetes mellitus is one of the most important world's health problems nowadays. A big public health problem because it is associated with complications that compromise the productivity and quality of life. These complications can be microvascular or macrovascular. Diabetic neuropathy deserves special attention because it occurs most commonly in the natural course of the disease. Thus, the objective was to identify the knowledge, attitudes and practices that target the prevention of diabetic foot in patients with diabetes mellitus type 2. This is an exploratory, descriptive and cross that was developed in two Basic Health Units in the city of Picos - PI, from August 2011 to June 2012 by using a semi-structured form, type KAP (Knowledge, Attitude and Practice). The sample consisted of 85 people with diabetes, after ensuring compliance with ethical principles guiding research involving humans. The results showed a predominance of females, age range 25-87 years, mean 61 years, married, retired, income up to two minimum wages, belonging to economy class D and illiterate educated until the 3rd grade of elementary school. The data relating to diabetes, discovered by virtue of classic symptoms. The treatment time varied between 1 and 4 years with predominance of five years. Most accomplished medication and diet, exercise and insulin only a small percentage. They reported they were not informed about their health problem. Monitoring of blood glucose and / or fasting was performed when the doctor requested. Some of them made use of cigarettes. It was reported that most of them did not know about foot care and also about the correct way of cleaning, the changes in the feet that they need to be vigilant, the shoes and socks appropriate, cutting the nails and the correct instrument for cutting. But in attitudes, there was a considerable willingness to perform self-examination, self-care and the use of moisturizers or oils on the feet. It was found the practice of care such as washing, drying, moisturizing and massage were not performed together, poor adherence to the use of appropriate footwear, non-use of socks. The inspection of footwear showed excellent performance. Self-Care Deficit on the correct way of cutting nails and use of inappropriate instrument. They reported no impediments, but the lack of information was seen as a hindrance. This study demonstrates the need to develop educational programs to sensitize both diabetics, as health professionals to commit and act effectively in the prevention of diabetic foot, given that prevention of complications depends on the information received, awareness changes in lifestyle and the development of skills to practice daily self-care.

Keywords: Diabetes. Diabetic Foot. Self Care. Knowledge and practice. Attitudes.

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** - Caracterização da amostra segundo variáveis socioeconômicas de diabéticos atendidos nas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.....28
- TABELA 2** - Perfil clínico das pessoas com diabetes atendidas nas duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.....29
- TABELA 3** - Conhecimento dos diabéticos sobre cuidados preventivos com pés das duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.....30
- TABELA 4** - Relação entre o sexo e o conhecimento sobre o tipo ideal de calçados das pessoas com diabetes atendidas nas duas Unidades de Saúde da Família. Picos - PI, mar./abr., 2012.....32
- TABELA 5** - Atitudes em vista a prevenção de úlcera nos pés de diabéticos atendidos nas duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.....32
- TABELA 6** - Relação entre o sexo e a atitude para praticar o autocuidado com os pés das pessoas com diabetes atendidas nas duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.....33
- TABELA 7** - Cuidados com os pés praticados pelos diabéticos atendidos nas duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.....34
- TABELA 8** - Relação entre o sexo e a prática de medidas de autocuidado com os pés dos diabéticos atendidos nas duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.....35
- TABELA 9** - Realização do auto-exame físico, tratamento de lesões podológicas, limitação física e fatores impeditivos para os cuidados com pés dos diabéticos atendidos nas duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.....36

LISTA DE SIGLAS

AP	Atenção Primária
ADA	American Diabetes Association
ANEP	Associação Nacional de Empresas e Pesquisa
ATT-19	Questionário de Atitudes do Diabetes
CAP	Conhecimento Atitude Prática
CCEB	Critérios de Classificação Econômica Brasileiro
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DKN-A	Questionário de Conhecimento de Diabetes
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Informação Hipertensão e Diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
LSE	Levantamento Socioeconômico
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Geral.....	15
2.2	Específicos.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	Tipo de estudo.....	26
4.2	Local e período de realização do estudo.....	26
4.3	População e amostra.....	27
4.4	Coleta de dados.....	28
4.5	Análise de dados.....	29
4.6	Aspectos éticos.....	29
5	RESULTADOS.....	30
6	DISCUSSÃO.....	39
7	CONCLUSÃO.....	59
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICES.....	70
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Dentre as doenças crônicas degenerativas com índices elevados de morbimortalidade, o Diabetes Mellitus (DM), principalmente o tipo 2 (DM2), vem se destacando como um importante problema de Saúde Pública. Isso porque a cada ano sua incidência aumenta na população mundial, gerando gastos onerosos com tratamento e consequente arrefecimento da produtividade e da qualidade de vida das pessoas que são sofrem com essa enfermidade.

Para um indivíduo que transpôs a infância, a adolescência e a vida adulta sem restrições, e de repente, depara-se confinado a um novo estilo de vida, torna-se difícil, e chega ser até impossível para uma parcela de diabéticos, controlarem a glicemia sanguínea. Dentro do quadro de transformações estão incluídas consultas rotineiras aos profissionais de saúde, tratamento medicamentoso, exames laboratoriais, dieta rigorosa e atividade física, o que contribui para o aumento da dificuldade de adaptação as mudanças.

Manter os valores glicêmicos dentro dos padrões considerados normais (70 mg/dl a 99 mg/dl em jejum) é essencial para sobrevivência do paciente diabético, já que evita o surgimento precoce de complicações que levam a morbimortalidade dessa população. O tempo de duração da doença e seu controle, associados a outros fatores, como hipertensão arterial, fumo, obesidade, aumentam o risco de desenvolvimento dessas alterações classificadas em microvasculares, como a retinopatia, nefropatia e neuropatia, e macrovasculares, como a doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica (BRASIL, 2006).

Dentre as alterações supracitadas, a neuropatia diabética merece atenção especial dentro do quadro de complicações. Isso se deve ao fato dela ocorrer mais comumente dentro do curso natural da doença, também devido ao seu alto grau incapacitante, mutilante e recorrente, seu caro custo para o indivíduo e o sistema de saúde e, em contrapartida, sua acessibilidade econômica de medidas preventivas. Ela é procedente da disfunção dos nervos periféricos, acarretando perda da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa devido à hiperglicemia crônica no DM2 mal controlado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD), 2011a).

Estima-se que existem no mundo cerca de 246 milhões de pessoas que vivem com diabetes, segundo a International Diabetes Federation, e o controle insuficiente pode acarretar no desenvolvimento de problemas circulatórios, um risco adicional que provoca ulceração nos pés, considerada a causa de 85% de todas as amputações de membros (SBD, 2011b). Somente

no Brasil, ocorrem anualmente cerca de 55 mil amputações decorrentes do pé diabético (SBD, 2011c).

Práticas simples como manutenção da higiene dos pés, secá-los principalmente entre os espaços interdigitais, hidratá-los, massageá-los, cortar as unhas, usar calçados fechados e confortáveis com meias de algodão sem muitas costuras, podem prevenir o aparecimento de lesões. Associando esses métodos preventivos a exames regulares nos pés das pessoas que apresentam riscos, identificação dos fatores predisponentes a desenvolver danos, conscientização do cliente e da sua família sobre a importância do auto-exame e autocuidado, além de incentivo aos profissionais de saúde realizar exames minuciosos nos pés dos seus pacientes, tratando lesões não ulcerativas encontradas, reduzem os índices de perdas de membros (CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

O conhecimento desses atos preventivos, assim como a disposição e a prática apropriada do autocuidado com os pés, torna-se imprescindível para o sucesso na prevenção de complicações. Com os cuidados corretos e realizados rotineiramente na prática diária, pode-se prevenir em até 50% o risco de lesões podológicas (SBD, 2011a).

Constitui-se uma posição inegável que controlar adequadamente o DM2 pode precaver, retardar ou minimizar suas manifestações crônicas. A partir dessa afirmação, faz-se indispensável que, cada vez mais, seja ressaltada a seriedade de o indivíduo diabético assumir com maior responsabilidade a atenção a sua saúde (SOUZA, 2008). Pode-se atingir esse objetivo através da educação em saúde, fornecendo ao diabético autonomia para atuar e decidir sobre seu bem estar.

O emprego de estratégias de aprendizado é uma das responsabilidades dos profissionais da área da saúde, sobretudo aqueles que convivem com essa população. Para tanto, dispõe-se da Unidade de Saúde da família (USF), no qual se desenvolve ações de controle do DM, seguindo as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) para usuários diabéticos e hipertensos, fazendo o acompanhamento pelo HIPERDIA. Neste sistema de informação, além de obterem-se dados pessoais e clínicos, oferece aos profissionais encarregados de acompanhar o andamento da patologia, a oportunidade de avaliar e repassar orientações e técnicas de cuidados preventivos com os pés (OLIVEIRA, 2005). Nessa perspectiva, os trabalhadores da saúde devem estar capacitados e envolvidos em todo o processo de aprendizagem, que vai desde o conhecimento sobre os cuidados com os pés até o incentivo e motivação para o autocuidado.

Além do mais, a identificação precoce dos fatores associados ao desenvolvimento da úlcera diabética favorece a atuação antecipada e planejada dos profissionais, destacando os

enfermeiros que comumente depara-se com essa clientela, principalmente no incremento de medidas para o retardamento da instalação da mesma. Infelizmente a valorização do estabelecimento de metas para utilização correta e diária da terapêutica medicamentosa supera a abordagem preventiva, que às vezes é esquecida. Como consequência, acarreta a dificuldade na execução de medidas de prevenção por parte da pessoa com DM2 e isso pode contribuir para o aumento da incidência de pé diabético.

A Enfermagem tem como objeto a integralidade em seu cuidado, e os enfermeiros precisam estar cientes da importância de oferecer uma assistência de qualidade, principalmente seu papel na consulta de enfermagem, acompanhando o controle da patologia que é essencial para evitar o surgimento da neuropatia e outras complicações diabéticas, além de identificar a clientela de risco através do exame físico minucioso do pé e agindo com precisão nesses fatores prejudiciais evidenciados.

Nesse contexto, essa pesquisa servirá de subsídio para esses profissionais avaliarem sua atuação diante dos cuidados prestados à clientela na consulta do HIPERDIA, pois objetiva quantificar o conhecimento, as atitudes e as práticas de medidas de prevenção do pé diabético por pacientes com DM2 atendidos no município de Picos - PI, já que esses cuidados estão diretamente ligados ao repasse de orientações essenciais que visem à manutenção da qualidade de vida da pessoa com diabetes.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Identificar o conhecimento, as atitudes e as práticas de cuidados que visem a prevenção do pé diabético em pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Picos - PI.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil socioeconômico e clínico da amostra;
- Evidenciar o conhecimento, atitudes e autocuidado com os pés;
- Conhecer dados referentes ao déficit nos cuidados prestados pelos diabéticos que predisõem ao surgimento da úlcera diabética;
- Detectar quais são os fatores impeditivos para realização de cuidados preventivos com os pés;

3 REVISÃO DE LITERATURA

A epidemia global das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) ameaça o desenvolvimento econômico e social, bem como a vida e a saúde de milhões de pessoas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), 2007). Estas doenças respondem pelas principais causas de morte e incapacidade no mundo e representa grande desafio para o setor de saúde. Caracterizam-se por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e associação a deficiências e incapacidades funcionais (BRASIL, 2005).

Dentre essas DCNTs, o Diabetes Mellitus (DM) é um dos problemas mundiais de saúde mais importante da atualidade, por ser uma doença com elevada morbidade e mortalidade. Incide indivíduos em todos os países, atingindo todas as faixas etárias, representando um grande problema de saúde pública porque está associada a complicações que comprometem a produtividade e a qualidade de vida (SOUZA, 2008).

Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam que o diabetes é a quinta indicação de hospitalização no Brasil e está entre as dez maiores causas de mortalidade no país (GOMES et al., 2006). Um estudo feito a partir da análise do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) investigou a magnitude das hospitalizações por DM, na rede pública de saúde brasileira, de 1999 a 2001, estimou 327.800 internações por DM como diagnóstico principal (ROSA et al., 2007).

Nos Estados Unidos, o DM é a principal causa de amputações não traumáticas, cegueira entre adultos em idade produtiva e doença renal em estágio terminal. Afeta aproximadamente 17 milhões de indivíduos, das quais cerca de 5,9 milhões desconhecem o diagnóstico (SMELTZER; BARE, 2011).

A tendência do DM como problema público de saúde é se agravar, pois o número de pessoas com essa patologia tem aumentado inexoravelmente. Estima-se que, em 2025, existirão por volta de 250 milhões de diabéticos em todo o mundo (BOWKER; WADE, 2002). Esses dados condizem com as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), que projeta um aumento significativo do número de indivíduos DM até o ano de 2030, embasados em outra pesquisa onde se espera para 2030 um universo de 366 milhões de diabéticos, dos quais aproximadamente 90% apresentarão DM2 (WILD et al., 2004).

Esses índices vêm crescendo em decorrência de vários fatores tais como o processo de modernização, maior taxa de urbanização e industrialização, mudanças no estilo de vida, aumento da ingestão de gordura saturada e colesterol, sedentarismo, tabagismo, hipertensão

arterial sistêmica, intolerância à glicose, resistência à insulina - história familiar de doença cardiovascular prematura - obesidade, alcoolismo e estresse (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2003).

O DM é uma doença silenciosa, e pode vir ou não acompanhado de sintomatologia, o que dificulta seu diagnóstico precoce. Os sintomas englobam a fadiga e a fraqueza, alterações súbitas na visão, formigamento ou dormência nas mãos ou pés, hipertensão, pele seca, rápidas alterações de peso (ganho ou perda), impotência sexual, lesões que curam de forma lenta e infecções recorrentes (SMELTZER; BARE, 2011). Esses sintomas geralmente manifestam-se quando o DM não está controlado.

Conforme Grossi (2001), a obtenção de bom controle metabólico ao longo da vida não é fácil, pois o diabetes é uma doença imprevisível e também porque cada pessoa responde de maneira diferente ao tratamento. Essa condição crônica impõe à pessoa mudanças de hábitos de vida, como comprometimento com a terapêutica medicamentosa, plano alimentar e atividade física, consultas frequentes a profissionais da saúde, requerendo capacidade de enfrentamento para os ajustes necessários para manutenção de um bom nível glicêmico (TORRES-LOPÉZ; SANDOVAL-DÍAZ; PANDO-MORENO, 2005). Assim, uma pessoa com diabetes que não tem o compromisso de seguir o tratamento, pode estar comprometendo sua qualidade de vida, ocasionando o mau controle da glicemia e entrando num estado de hiperglicemia constante.

A hiperglicemia é resultado de defeitos na ação e na secreção da insulina, ou em ambos (SBD, 2007). Com frequência, os seus sintomas clássicos como perda de peso, polidipsia, poliúria e polifagia estão ausentes, porém poderá existir hiperglicemia em grau suficiente para causar alterações funcionais ou patológicas por um longo período, antes mesmo do estabelecimento do diagnóstico, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2001). Acrescenta ainda que a hiperglicemia persistente ocasione alterações importantes nas membranas basais de capilares sanguíneos com a glicolização não enzimática de proteínas e, também, a ativação da formação de polióis que se acumulam nas células. Esses fenômenos contribuem para o aparecimento das complicações agudas e crônicas da doença.

Conforme Smeltzer e Bare (2011), as complicações agudas são aquelas que se instalam de forma abrupta, tais como, hipoglicemias, cetoacidose diabética e a síndrome hiperglicêmica hiperosmolar não-acetótica. Já as complicações crônicas são aquelas que vão se instalando pouco a pouco com a evolução do diabetes; estas estão se tornando cada vez mais frequentes em virtude de as pessoas conviverem por mais tempo com o diabetes.

Por ser uma doença crônica e degenerativa, é necessário um bom controle durante o tratamento, a fim de prevenir ou minimizar possíveis complicações e sequelas oriundas da doença. Dentro do universo das complicações, as crônicas manifestam-se de duas formas: as microvasculares, que incluem nefropatia, com evolução para insuficiência renal, retinopatia com possível cegueira e/ou neuropatia com risco de úlceras nos pés, amputações, artropatia de Charcot e manifestações de disfunções autonômicas; e as macrovasculares, nos quais se destacam as doenças coronarianas, acidentes vasculares cerebrais e doenças vasculares periféricas, concomitante a maior probabilidade de desenvolver dislipidemia, hipertensão e obesidade (SBD, 2001; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA), 2004).

Geralmente, essas complicações resultam de um tratamento errôneo e, principalmente, do desconhecimento dos indivíduos em relação à gravidade da doença. Seu impacto está associado ao fato de que a maioria das complicações crônicas inerentes à doença compromete a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos. Além disso, acarreta altos custos para o seu controle metabólico e tratamento de suas complicações (SBD, 2003).

A principal complicação do diabetes são as doenças cardiovasculares, pois é a mais importante causa de mortalidade nesse grupo, porém na complicação mais frequente a neuropatia, conseqüentemente o pé diabético, merece destaque por estar relacionado à maior causa de hospitalizações prolongadas nesses pacientes e por ser responsável por uma fração importante de amputações de membros inferiores, resultando em considerável número de incapacidades, invalidez, aposentadoria precoce e mortes evitáveis (OLIVEIRA et al., 2008).

O pé diabético, segundo Ochoa-Vigo e Pace (2005), é descrito como um estado fisiopatológico multifacetado, caracterizado por lesões que surgem nos membros inferiores, principalmente nos pés, da pessoa com diabetes e ocorrem como conseqüência de neuropatia diabética em 90% dos casos, de doença vascular periférica e de deformidades. Acrescentam ainda que as lesões geralmente tenham início com algum trauma e frequentemente se complicam com gangrena e infecção, ocasionado por falhas no processo de cicatrização as quais podem resultar em amputação, quando não se institui tratamento precoce e adequado.

Dessa maneira, as amputações de extremidades inferiores se constituem num problema de saúde pública, devido à sua alta frequência e principalmente, pela incapacidade que provoca, tempo de hospitalização com tratamento oneroso, gerando repercussões de ordem social e psicológica para os pacientes, podendo trazer muitas alterações em relação à qualidade de vida destas pessoas e seus familiares (SANTOS-VIEIRA, 2008). O “pé diabético” é uma das mais devastadoras complicações crônicas do DM, onde o Ministério da

Saúde destaca que pessoas com diabetes têm um risco de amputação 15 vezes maior quando comparados com não diabéticos, correspondendo a 70% das amputações não traumáticas (BRASIL, 2006).

Segundo Parisi (2003), o pé diabético é a situação onde encontramos a diminuição de sensibilidade protetora, deformidades, alteração de pontos de pressão plantar e diminuição do fluxo arterial que podem acontecer simultaneamente ou não. O fato é que cada complicação aumenta as chances de se desenvolver uma úlcera.

Como a úlcera no pé é decorrente principalmente da neuropatia diabética, a teoria que se mostrou mais consistente para explicar suas bases patogênicas é a metabólica. A hiperglicemia resulta em um grande aumento da concentração de glicose no nervo periférico, e esta alta concentração provoca aumento da atividade da enzima aldose redutase que forma o sorbitol que, através da enzima sorbitol desidrogenase, se transforma em frutose. O aumento da concentração de frutose, glicose e sorbitol determinam um edema osmótico no nervo. Estes distúrbios provocam uma deficiência energética e redução da síntese de acetilcolina com conseqüente degeneração das células de Schwann e da bainha de mielina. O acúmulo de sorbitol é um dos responsáveis pelas mudanças na velocidade da condução nervosa (DIAS; CARNEIRO, 2000).

A seqüência de eventos no desenvolvimento da úlcera de pé diabético começa com uma lesão nos tecidos moles do pé, formação de fissura entre os dedos ou na área da pele ressecada ou formação de calo. Cabe dizer que a lesão pode ser térmica (causada por hábitos como andar com os pés sem calçados sobre solo quente, andar na praia, uso de compressas quentes ou frias, etc.), por substâncias químicas (como queimadura do pé pelo uso de agentes cáusticos nas calosidades) ou do tipo traumático (como o uso de meias e sapatos com má adaptação), comprometendo assim a circulação (SMELTZER; BARE, 2011).

De acordo com Iponema e Costa (2007), uma vez instalada a lesão, o organismo do cliente diabético, que apresenta uma má circulação dos membros inferiores, terá dificultado o seu processo de cicatrização, já que a eliminação da oxidação tecidual e o aporte de oxigênio e nutrientes para a lesão estarão prejudicados ou diminuídos.

Os fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético, de acordo com Vieira (2008) são: idade, tipo e tempo do diagnóstico do DM, controle metabólico, tabagismo, alcoolismo, hipertensão arterial e falta de bons hábitos higiênicos no cuidado com os pés. Assim como também a hiperglicemia prolongada, o longo período da doença, a dislipidemia, a presença de neuropatia, de doença vascular periférica e de lesões ulcerativas prévias, são relacionadas como fatores de risco.

Dados epidemiológicos indicam que o pé diabético é responsável por 50% a 70% das amputações não traumáticas em membros inferiores e 15 vezes mais frequentes entre os diabéticos, concorrendo com 50% das internações hospitalares (BRASIL, 2006). É a principal causa de internação de diabéticos e corresponde a 6% das hospitalizações nos Estados Unidos. No Brasil, a prevalência desse tipo de ulceração em diabéticos do tipo 2 é de 5% a 10% (PEDROSA et al., 1998). Anualmente, de 2% a 3% dos diabéticos podem desenvolver úlceras nos membros inferiores e este percentual se eleva para 15% no transcurso de toda a sua vida (ADA, 2003).

A úlcera precede 85% das amputações de membro inferior entre diabéticos, documentando-se a presença de gangrena em 50-70% dos casos, e a presença de infecção 20 a 50% dos casos, portanto, na maioria das amputações de membro inferior, há uma combinação de isquemia e infecção. Cerca de 80-90% das úlceras são precipitadas por trauma extrínseco (em geral, sapatos inadequados). Em 70-100% apresentam sinais evidentes de neuropatia, e apenas 10% das úlceras são puramente vasculares (LOPES, 2003).

Estima-se que 10% a 25% dos diabéticos desenvolverão lesões nos membros inferiores, em algum momento de suas vidas. Estas lesões poderão evoluir para ulcerações e, às vezes, até levar à morte se não forem tratadas adequadamente e em tempo hábil. Outro aspecto crucial é o fato de que, em nosso país, os problemas das pernas e dos pés em diabéticos são pouco conhecidos e, muitas vezes, até negligenciados tanto pelos pacientes como pelos profissionais de saúde (INSTITUTO DE REUMATOLOGIA E ENDOCRINOLOGIA DE MATO GROSSO, 2007).

Um passo fundamental para identificar fatores de risco é a avaliação podológica que se constitui em inspeção dermatológica, estrutural, circulatória e da sensibilidade tátil pressórica, além das condições higiênicas e características dos calçados, estas ações se executadas pelos profissionais que atuam no nível primário da assistência, contribuirão para diminuir o risco de morbidades e complicações nos pés dos portadores de diabetes (PACE et al., 2002).

Uma pesquisa realizada em um Ambulatório de Hospital Universitário e em duas Unidades Básicas de Saúde de pequenos municípios situados na região norte do estado do Paraná, classificou o grau de risco para o desenvolvimento de úlceras de 228 indivíduos com diabetes. Os dados foram coletados por meio de um instrumento e os resultados do exame dos pés, enfatizando aspectos ortopédicos, dermatológicos e neurovasculares, onde 79,5% dos indivíduos apresentaram grau de risco 0, 12% grau de risco 1 e 8,5% grau de risco 2 para o desenvolvimento de úlceras nos pés, segundo classificação do Ministério da Saúde, 2001.

Destacando na conclusão a importância de um instrumento para avaliar o grau de risco, uma vez que esta classificação fundamenta as condutas preventivas a serem orientadas ao paciente (BORTOLETTO; HADDAD; KARINO, 2009).

Ochoa-Vigo e Pace (2005) acrescentaram que grande parte dos casos de úlceras nos pés não é tratada adequadamente, devido ao mau controle metabólico, falta de informações, não adesão ao tratamento clínico e dificuldades econômicas, podendo relacionar-se também à falta de higiene, insensibilidade nos pés, corte inadequado das unhas, acidentes com pedicuros ou domiciliares para a retirada de calos plantares ou pelo tratamento incorreto de lesões neuroisquêmicas e sinais súbitos de isquemia periférica.

A situação do pé diabético possui características próprias, capaz de conduzir uma pequena lesão a uma grave ameaça à integridade do membro, ou mesmo, da própria vida do indivíduo. As úlceras do pé, frequentemente, passam despercebidas pelos profissionais de saúde, quando poderiam ser detectadas e tratadas através de um exame simples e regular dos pés (ROCHA, 2005).

Assim, ao se avaliar uma pessoa com diabetes, enfatizando-se a prevenção das complicações nos pés, o profissional deve buscar não só a influência dos fatores que poderão estar envolvidos direta ou indiretamente na instalação dessas complicações, mas também as consequências destes na vida da pessoa, destacando-se, principalmente, o controle do diabetes. No atendimento a essa clientela, o profissional deve incluir um exame minucioso dos pés, levando em consideração as características da pele e dos pés. A avaliação dos pés constitui-se em passo fundamental na identificação dos fatores de risco que podem ser modificados (PORTO, 2000).

Rocha (2005) ainda enfatiza a educação como uma estratégia fundamental na redução das condições de risco para a morbidade do membro inferior e a prevenção da perda do membro. Destacando contudo que esse enfoque educacional não envolve apenas cliente, mas deve estender-se aos profissionais de saúde e ao sistema de saúde, os quais deveriam fornecer meios para adequada avaliação, tratamento e orientação desses indivíduos. O conhecimento precisa ser transferido às pessoas diabéticas, já que são as mesmas que podem incorporar os ensinamentos aos comportamentos relacionados ao autocuidado com relação aos cuidados com os pés, na prevenção de agravos.

A correlação significativa entre atitude e conhecimento da pessoa com diabetes sugere que o aumento do conhecimento está associado à predisposição para assumir o autocuidado, segundo Sousa e Zauszniewski (2005). Assim, a compreensão por parte dos profissionais de saúde de que as atitudes não são estáticas, muito menos cristalizadas, se faz

necessária, na busca de uma assistência integral, efetiva e resolutive (EAGLY; CHAIKEN, 1993). A atitude, entendida como predisposição para a adoção do autocuidado, pode ser ensinada e aprendida. Do mesmo modo, pode ser influenciada por componentes cognitivos, motivacionais e emocionais. O seu poder presumido de influenciar a resposta do sujeito a um objeto, no caso em questão o manejo do DM e a prevenção do pé diabético, tem determinado interesse de diversos pesquisadores em busca de técnicas de mensuração e promoção de mudanças atitudinais (DOISE, 2000).

Em relação à úlcera diabética, Rocha; Zanetti; Santos (2009) realizaram um estudo em um centro de pesquisa e extensão universitária do interior paulista com 55 pacientes diabéticos, com o objetivo de detectar o comportamento e conhecimento sobre pé diabético. Empregaram dois questionários para angariar dados referentes ao comportamento e conhecimento sobre cuidados essenciais com os pés.

Como resultado em relação aos comportamentos adequados, 78,2 não utiliza bolsa de água quente nos pés, 78,2% verificam o calçado por dentro antes de usá-lo, 70,9% realizam a secagem dos espaços interdigitais quando os pés ficam molhados, 65,4% usam calçados de couro, 60,0% usam calçados macios e confortáveis e 60,0% nunca andam descalços. Reportando ao conhecimento correto para o cuidado com os pés, todos os sujeitos investigados referiram verificar o calçado antes de usá-lo, 94,5% reconhecem a importância da lavagem diária dos pés, 87,3% responderam que é importante enxugar os espaços interdigitais, 83,6% reconhecem a necessidade de nunca andar descalço, 81,8% referiram que os pés devem ser examinados diariamente e 54,5%, que as unhas devem ser cortadas corretamente (ROCHA; ZANETTI; SANTOS, 2009).

Embora o conhecimento seja um pré-requisito para o autocuidado, este pode não ser o único e principal fator envolvido no processo educativo. O conhecimento combinado com a tomada de decisões do próprio paciente e seus valores, somado a percepção de barreiras para o autocuidado, à motivação e as metas podem levar a atitudes positivas frente ao tratamento (HEISLER et al., 2005).

Nessa perspectiva, a finalidade da educação é mudar a maneira de agir do paciente com relação às medidas de autocuidados e promover a adesão aos conselhos recebidos sobre o cuidado com os pés, como, por exemplo, a orientação quanto aos calçados adequados. Outro fator importante é que o paciente esteja apto a detectar problemas potenciais em seu próprio pé, tomar as medidas cabíveis e buscar a ajuda de um profissional de saúde. O processo educativo deve ser simples, relevante, consistente e contínuo (CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

Os elementos básicos na educação incluem: inspeção diária de pés, meias e calçados; higiene dos pés com água morna e sabonete neutro, evitando deixá-los em imersão, com orientação de enxugá-los cuidadosamente; remoção de pequenas calosidades com lixa de papel ou pedrapomes; corte de unhas retas não muito rentes; uso de creme ou óleo hidratante; calçados apropriados que propiciem conforto aos dedos, com um mínimo de costuras internas, devendo o forro permitir a evaporação do suor. Não se devem utilizar produtos químicos para remoção de calos/verrugas, nem objetos cortantes ou pontiagudos, devido ao perigo de provocarem ferimentos na pele (GLOBAL RESOURCE CENTER, 2012; FRITSCHI, 2001; SPOLLETT, 1998; O'CONNOR; SPANN; WOLF, 1998; LEVIN, 1992).

Uma das áreas mais críticas que merecem um cuidado todo especial na educação dos pacientes quanto aos cuidados com os pés é a providência de sapatos e meias adequados, porque os sapatos e as meias podem ser um perigo para os pés dos diabéticos de forma geral, pior ainda para os pés insensíveis. Os sapatos são os maiores aliados dos diabéticos na prevenção dos pés, além dos cuidados diários relativos ao exame clínico realizado por parte do médico ou equipe médica para avaliar possíveis problemas realizados na consulta periódica (SOUZA, 2008).

Dessa forma, pessoas com diabetes devem ser aconselhadas a utilizar calçados apropriados que se ajustem à anatomia de seus pés. Quando identificada neuropatia, mesmo sem presença de deformidades estruturais, recomenda-se uso de palmilhas, para reduzir e amortecer o efeito de tensão repetitiva. Entretanto, indicam-se calçados especiais conforme a avaliação de peritos, quando identificadas deformidades (COLEMAN, 2002; FRITSCHI, 2001).

Dentre as características dos calçados, destacam-se aqueles com profundidade extra, que permitem a adaptação de palmilhas removíveis; os acolchoados internamente; aqueles com ausência de costuras interiores e sistema de fechamento ajustável (velcro ou cadarço); os que têm ponta quadrada e saltos de até três centímetros. É importante que os calçados cubram totalmente os dedos e o calcanhar e que sejam confeccionados com couro macio ou lona.

Além dos cuidados gerais, acompanhamento médico, de enfermagem e nutricional, controle glicêmico e toda forma de prevenção, o mais importante é que as pessoas com diabetes têm de estar convencidos de que os cuidados regulares com os pés vão reduzir, e muito, a chance de eles virem a apresentar ulcerações e complicações ainda piores, como amputações, daí a importância da educação como forma de aumentar o nível de conhecimento sobre as complicações do diabetes e assim facilitar o engajamento desses indivíduos a utilizarem durante o seu cotidiano práticas que forneçam uma melhor qualidade de vida.

Assim, pode-se afirmar que a educação é fundamental para o autocuidado com os pés e constitui como um dos principais recursos no entendimento e na execução de todos os programas referentes à abordagem do pé diabético (SOUZA, 2008).

Orem (1980) na sua Teoria Geral de Enfermagem do Déficit do Autocuidado descreve o autocuidado como a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito, as ações, que, seguindo um modelo, contribuem, de maneira específica, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Acrescenta ainda que o autocuidado à saúde represente muito mais do que a capacidade do indivíduo de “fazer coisas” por si e para si mesmo. Este conceito se refere ao comportamento que a pessoa, de maneira deliberada, responsável e eficaz, desempenha em seu próprio benefício.

Relatando a idéia central do segundo constructo da Teoria Geral, a Teoria do Déficit de Autocuidado, Orem (1995) afirma que as pessoas necessitam da enfermagem quando suas limitações para ações derivadas de saúde ou de cuidados de saúde resultam em incapacidade completa ou parcial, impedindo-as de conhecerem os requisitos de autocuidado existentes ou emergentes.

A autora estabelece cinco métodos que norteiam as ações de enfermagem. São eles: o agir ou fazer por outra pessoa; o guiar e orientar; proporcionar apoio psicológico e físico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; ensinar. Desta forma, a enfermagem atua junto ao cliente, utilizando um ou mais métodos para promover o cuidado (OREM, 1995).

Porém, é necessário considerar outros componentes que podem interferir nas habilidades de autocuidado dos pés, tais como acuidade visual, obesidade, mobilidade limitada e problemas cognitivos (MAYFIELD et al., 1998), incluindo as condições socioeconômicas que, somadas às outras, podem determinar o estilo e a qualidade de vida das pessoas com DM (ZAVALA; BRAVER, 2000).

O pé diabético é uma complicação prevenível do diabetes, pode ser minimizada com a atuação direta do enfermeiro, através de orientações constantes, busca ativa, cuidados específicos para quem já possui algum tipo de alteração e controle sobre aqueles indivíduos que possuem algum risco para desenvolver o pé diabético (OCHOA-VIGO; PACE, 2005).

Face à organização atual do sistema de saúde, o enfermeiro com treinamento específico para cuidar dos pés de pessoas com diabetes é apontado como o profissional que deve assumir a organização e cuidado dessa clientela. Suas habilidades devem levá-lo a detectar alterações neurológicas e vasculares periféricas, dermatológicas, além de outros agravantes que podem precipitar processos ulcerativos. Cabe, ainda, a este profissional,

planejar intervenções individualizadas, bem como incluir pessoas com diabetes nas atividades educativas (OCHOA-VIGO; PACE, 2005).

A consulta de enfermagem apresenta-se como um fator importante de proteção ao agravo das complicações nos membros inferiores, visto que contribui para a forma de cuidar e educar, motivando o outro a participar ativamente do tratamento e a realizar o autocontrole, reforçando assim, sua adesão ao tratamento clínico (GAMBA et al., 2004).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e transversal. As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições (GIL, 2010).

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2010).

Estudos transversais analisam dados em um determinado ponto no tempo; isto é, os dados são coletados apenas numa ocasião com os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em vários pontos do tempo (LOBIONDO-WOOD, 2001).

4.2 Local e Período de Realização do Estudo

O estudo foi realizado em duas Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Picos, Piauí, localizado no Centro-sul do estado com uma população de 72.710 habitantes, além de grande população flutuante advinda dos municípios da microrregião que trafega diariamente pela cidade (IBGE, 2010). A pesquisa transcorreu no período compreendido entre os meses de agosto de 2011 a junho de 2012.

A rede de Atenção Primária (AP) da cidade conta com 30 USFs, sendo 20 instaladas na zona urbana e 10 na zona rural.

As duas USFs foram escolhidas por conveniência por apresentarem maior número de diabéticos cadastrados no HIPERDIA da ESF e por serem campos de prática dos acadêmicos do Curso de Enfermagem da UFPI/CSHNB. Situam-se em dois bairros distintos da referida cidade, uma no centro e outra em um bairro de vasta área da cidade.

4.3 População e Amostra

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde da cidade em setembro de 2011, possuíam nas duas USFs, cadastrados no sistema HIPERDIA 67 e 70 diabéticos, totalizando 137 pacientes. Em cada um dos bairros existe apenas uma USF, que atende a toda população adscrita.

Assim, a população foi constituída por 137 pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 cadastrados nas referidas USFs, de ambos os sexos.

Como critério de inclusão, estabeleceu-se o seguinte:

- Ter diagnóstico de DM2;
- Ser cadastrado no HIPERDIA das unidades de saúde escolhidas para a coleta de dados;
- Ter mais de 18 anos.

Os critérios de exclusão foram:

- Pacientes incapacitados de fornecer as informações solicitadas na coleta de dados;
- Apresentar pé diabético.

A amostra foi de 85 pessoas que possuíam DM2. Não foi possível alcançar a amostra inicialmente estabelecida por muitos não atenderem aos critérios para participar da pesquisa, como idade avançada que, associada a problemas cognitivos, os impossibilitava de responder as perguntas objetivas do formulário. Outros já portavam alterações podológicas, sendo então excluídos da pesquisa. Alguns não estavam cadastrados no HIPERDIA, o que inviabilizou a coleta dos dados.

Além da falta de assiduidade, por parte dos diabéticos, não comparecendo nas consultas do HIPERDIA, induziu a realização de visitas domiciliares. Algumas dificuldades foram encontradas, como não os localizar em sua residência, outros se recusaram a participar da pesquisa, e por último algumas residências tinham dificuldade de acesso.

4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados na Sala de Enfermagem no momento das consultas preconizadas pelo HIPERDIA das USFs escolhidas, e na casa dos participantes por meio de visitas domiciliares, no período de março a abril de 2012, mediante o uso de um formulário semi-estruturado, tipo inquérito CAP (Conhecimento, Atitudes e Prática), o qual foi utilizado para colher informações da amostra.

No formulário constaram itens que serviram para avaliar o perfil socioeconômico e clínico, o qual foi dividido nos tópicos histórico familiar de DM2, tempo de convivência com a patologia, tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, dentre outros, e ainda questões a respeito do conhecimento sobre as medidas de prevenção do pé diabético, as atitudes para prevenir e o autocuidado realizado pela pessoa com DM2 (APÊNDICE A).

Na determinação do nível socioeconômico do diabético, foram empregados os “Critérios de Classificação Econômica Brasil” estabelecidos em 2009, pela Associação Brasileira de Antropologia e Associação Nacional de Empresas de Pesquisas (ANEP), de acordo com o banco de dados do Levantamento Socioeconômico (LSE) de 2009, do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE). A avaliação considera o grau de instrução do chefe da família e a presença de determinados bens (televisor em cores, rádio ou aparelho de som, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar roupa, videocassete e/ou DVD, geladeira e *freezer*), estabelecendo pontuações correspondentes às seguintes classes: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E (IBOPE, 2011).

A partir dos itens da classificação do IBOPE, realizou-se uma nova divisão, assumindo a posição de que as classes A1 e A2 representam os de maior nível socioeconômico, B1 e B2 representam os de médio nível socioeconômico e as classes C1 e C2, D e E os de menor nível socioeconômico (ANEXO A).

Antes de se iniciar a coleta, foi realizado um pré-teste com vistas a adaptar o formulário à realidade da amostra.

A aplicação do formulário foi feita nos dias de atendimento do HIPERDIA das USFs escolhidas para a pesquisa e foram marcados os dias para que os diabéticos compareçam às mesmas para a coleta de dados. Houve contato prévio com as equipes da ESF, onde se estabeleceram horários adequados tanto às equipes de saúde quanto aos participantes da pesquisa. Ainda visitas domiciliares foram realizadas, visando alcançar a amostra.

A pesquisa ainda computou com a colaboração do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – Saúde do Adulto e do Idoso, da Universidade Federal do Piauí, na coleta de dados.

4.5 Análise dos Dados

Primeiramente foi elaborado um banco de dados na planilha Microsoft Office Excel 2007 e posteriormente transportados para o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0.

Posteriormente os dados foram dispostos em tabelas, além de serem calculadas as medidas estatísticas e o desvio padrão para as variáveis abordadas no instrumento de coleta.

4.6 Aspectos Éticos e Legais

Esta proposta de pesquisa foi conduzida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com vista atender às recomendações éticas da pesquisa envolvendo seres humanos expressas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, com CAAE: 0419.0.045.000-11.

Em conformidade com as Diretrizes e Normas da pesquisa em seres humanos, todos os participantes tiveram direito de permanecer ou desistir da pesquisa em qualquer momento, foi garantido o anonimato e liberdade para participar do estudo, não acarretando nenhum tipo de prejuízo ou transtorno. E para isso, os mesmos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando que os dados possam ser coletados com segurança (APÊNDICE B).

Foi ainda incluída nesse termo, segundo a Resolução 196/96 do CNS, uma linguagem acessível e necessariamente alguns aspectos como: a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados, a garantia do esclarecimento, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS

Os resultados demonstram que das 85 (100%) pessoas com diabetes que participaram da pesquisa, verificou-se que 53 (62,4%) eram do sexo feminino. Quanto à faixa etária, observou-se que a idade variou de 25 a 87 anos, sendo que a maior frequência ocorreu entre 41 a 60 (43,5%) e 61 a 80 (43,5%), a média de idade de ambos os sexos foi de 61 anos com desvio padrão de 12,92 anos.

Em relação ao estado civil a maioria era casada 39 (45,9%), aposentados ou pensionistas 47 (55,3%), com renda familiar de até 2 salários mínimos 61 (71,8%), pertencentes à classe econômica D 33 (38,8%) de acordo com os Critérios de Classificação Econômica do Brasil (CCEB), e a maior parte com grau de instrução analfabeto até a 3ª série do 1º Grau 42 (49,4%) (Tabela 1).

TABELA 1: Caracterização da amostra segundo variáveis socioeconômicas de diabéticos atendidos nas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Sexo			
Masculino	32	37,6	
Feminino	53	62,4	
Faixa Etária			
< 40	4	4,7	Média: 61 anos DP: ± 12,92
41 – 60	37	43,5	
61 – 80	37	43,5	
> 81	7	8,2	
Estado Civil			
Solteiro (a)	15	17,6	
Casado (a)	39	45,9	
Viúvo (a)	22	25,9	
Separado (a)	6	7,1	
Escolaridade			
Analfabeto até a 3ª série do 1º Grau	42	49,4	
Até 4ª série do 1º Grau	18	21,2	
1º Grau completo	9	10,6	
2º Grau completo	14	16,5	
Superior Completo	2	2,4	
Ocupação			
Empregado (a)	6	7,1	
Autônomo (a)	13	15,3	
Dona de Casa	13	15,3	
Aposentado (a) ou Pensionista	47	55,3	
Desempregado (a)	6	7,1	
Renda Familiar			
Até 2 salários mínimos *	61	71,8	

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
3 a 5 salários mínimos	17	20,0
6 ou mais salários mínimos	7	8,2
Classe Econômica		
A2	1	1,2
B1	1	1,2
B2	5	5,9
C1	15	22,4
C2	26	30,6
D	33	38,8

* Valor do salário mínimo no corrente ano: R\$ 622,00

Constata-se, pela tabela 2, que grande parte dos diabéticos da pesquisa, analisando o perfil clínico, descobriu a patologia com o aparecimento da sintomatologia característica 49 (57,6%), perfazendo o tempo de tratamento entre 1 a 4 anos 29 (34,1%), com média de 5 anos e desvio padrão de 4,94 anos, seguindo a terapêutica medicamentosa 78 (91,8%), atividade física 25 (29,4%), dieta 71 (83,5%) e insulina 13 (15,3%), afirmando serem esclarecidos sobre seu problema de saúde 39 (45,9%). Ao serem questionados a respeito do que fazem para controlarem glicemia sanguínea, 78 (91,8%) realizam o exame de glicemia de jejum e/ou capilar, mais comumente por solicitação médica 58 (71,8%), e metade afirma seguirem rigorosamente a dieta alimentar 36 (50,7%).

TABELA 2: Perfil clínico das pessoas com diabetes atendidas nas duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Descobrimiento do Diabetes			
Exame de rotina	21	24,7	
Aparecimento dos sintomas	49	57,6	
Tratamento de outra patologia	14	16,5	
Gravidez	1	1,2	
Tempo de Tratamento			
< 1 ano	7	8,2	Média: 5 anos DP: ± 4,94
1 a 4 anos	29	34,1	
5 a 9 anos	21	24,7	
> 10 anos	28	32,9	
Tratamento Seguido			
Medicamento	78	91,8	
Dieta	71	83,5	
Atividade física	25	29,4	
Insulina	13	15,3	
Esclarecido sobre Diabetes			
Sim	39	45,9	
Não	28	32,9	
Parcialmente	18	21,2	

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Exame de Controle do Açúcar		
Sim	78	91,8
Não	7	8,2
Segue Rigorosamente a Dieta		
Sim	36	50,7
Não	12	16,9
Às vezes	23	32,4
Informação de Cuidados com os Pés		
Sim	34	40,0
Não	51	60,0

Quando investigados sobre a adequação do tratamento, 78 (91,8%) avaliaram positivamente a terapêutica seguida. Cerca de 31 (39,7%) já ficaram sem tomar o medicamento alguma vez durante tratamento, sendo falta de vontade / suspensão própria e sem acesso ao medicamento, ambos com 8 (25,8%), os principais motivos. Quanto ao hábito de fumar, 20 (23,5%) confirmaram fazer uso do cigarro ou tabaco, variando de 5 a 60 anos de vício, prevalecendo entre 10 a 30 anos 10 (50%) de utilização do fumo, com cerca de 1 a 5 cigarros 9 (45%) por dia.

Ao serem indagados sobre o recebimento de informações essenciais para o autocuidado com os pés, 51 (60%) negaram acesso a informações dessas medidas preventivas, e os que tiveram acesso 34 (40%), auferiram por meio dos profissionais médicos, enfermeiros e estagiários da saúde.

A tabela 3 mostra a análise do conhecimento já existente das pessoas com DM2 entrevistadas sobre algumas medidas de cuidados com os pés.

TABELA 3: Conhecimento dos diabéticos sobre cuidados preventivos com pés das duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Limpeza Correta		
Com água fria e sabão comum	35	38,8
Somente com água fria	2	2,4
Com água morna e sabão neutro	8	9,4
Não sei	42	49,4
Secagem Ideal		
Com uma toalha, não passando entre os dedos	8	9,4
Com uma toalha, passando entre os dedos	39	45,9
Não necessita secar	4	4,7
Não sei	34	40,0
Observar nos pés		
Somente a presença de calos, formigamento e dormência	8	9,4

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Coloração, temperatura, bolhas, calos, feridas, formigamento e dormência	33	38,8
Não necessita observação	2	2,4
Não sei	42	49,4
Andar Descalço		
Sim	2	2,4
Não	64	75,3
Não sei	19	22,4
Calçados Ideais		
Apertados	1	1,2
Folgados	4	4,7
Confortável e fechado	16	18,8
Confortável e aberto	35	41,2
Qualquer tipo	6	7,1
Não sei	23	27,1
Meias Adequadas		
Nylon	3	3,5
Algodão sem muitas costuras	26	30,6
Não pode usar meias	1	1,2
Qualquer tipo	7	8,2
Não sei	48	56,5
Corte Correto das Unhas		
Arredondada	16	18,8
Reta	17	20,0
Pode ser os dois cortes	4	4,7
Não sei	48	56,5
Instrumento Indicado pra Corte		
Tesoura com ponta	15	17,6
Tesoura sem ponta	21	24,7
Corta-unhas	20	23,5
Não sei	29	34,1

Ao ser avaliado o conhecimento que os diabéticos tinham sobre cuidados com os pés, na tabela 3, 42 (49,4%) não souberam responder como se faz uma limpeza correta dos pés, 39 (45,9%) afirmaram que a secagem deveria ser com uma toalha passando entre os dedos, 42 (49,4%) não souberam dizer o que uma pessoa com diabetes tem que observar nos pés, 64 (75,3%) informaram que diabéticos não podem andar descalço, apenas 16 (18,8%) responderam calçados confortáveis e fechados como idéias para o uso e 48 (56,5%) não conheciam o tipo de meia adequada. Nos cuidados com as unhas, 48 (56,5%) desconheciam o corte correto e 21 (24,7%) responderam a tesoura sem ponta como instrumento mais adequado para corte das unhas.

Na tabela 4 pode-se observar a análise entre conhecimento de homens e mulheres com diabetes da pesquisa em relação ao tipo ideal de calçado que deve ser preconizado para a prevenção de úlceras nos pés.

TABELA 4: Relação entre o sexo e o conhecimento sobre o tipo ideal de calçados das pessoas com diabetes atendidas nas duas de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.

<i>Tipos de Calçados</i>	<i>Sexo</i>		<i>p*</i>
	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	
Apertados	1	-	
Folgados	2	2	
Confortável e fechado	9	7	
Confortável e aberto	6	29	0,023
Qualquer tipo	4	2	
Não sei	10	13	

* Teste de Exato de Fisher

A tabela revela que o sexo masculino obteve estatisticamente melhor conhecimento no quesito calçado adequado, onde 9 homens responderam confortável e fechado, constituindo-se a diferença de conhecimento entre os sexos significativa (p 0,023).

A tabela 5 consta a análise das atitudes para prevenir o aparecimento de úlceras nos pés através do exame físico, autocuidado e uso de hidratantes e óleos.

TABELA 5: Atitudes em vista a prevenção de úlcera nos pés de diabéticos atendidos nas duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Faria Exame Físico		
Sim	70	82,4
Não	15	17,6
Porque Faria		
Pra prevenir complicações nos pés	56	80,0
Pra detectar alterações nos pés	14	20,0
Faria Autocuidado		
Sim	68	80,0
Não	17	20,0
Porque Faria		
Pra prevenir complicações nos pés	67	98,5
Pra detectar alterações nos pés	1	1,5
Usaria Hidratante ou Óleo		
Sim	68	80,0
Não	17	20,0
Porque Usaria		
Pra não deixar os pés ressecados	61	89,7
Pra cuidar da boa aparência dos pés	7	10,3

De acordo com as atitudes em vista prevenção do pé diabético, a maioria 70 (82,4%) colocaria em prática o exame físico do pé se fossem repassadas as informações necessárias, com o intuito de prevenir complicações nos pés 56 (80%), com frequência semanal 35 (50%). Quando questionados se fariam o autocuidado com os pés 68 (80%) responderam positivamente, com intenção de prevenir complicações 67 (98,5%), realizando esses cuidados diariamente 39 (57,4%). Direcionando para introdução de hidratantes ou óleos no cuidado com os pés, 68 (80%) usariam se lhe fosse fornecido, com o objetivo de não permitir que os pés ressequem 61 (89,7%), utilizando-o diariamente 51 (75%) (Tabela 5).

Relacionando a atitude entre os sexos visando à prevenção do pé diabético, o sexo feminino demonstrou-se mais predisposto a incluir na sua rotina a prática do autocuidado já que, de um total de 53 pessoas do sexo feminino, 46 mulheres afirmaram fazê-lo caso fosse repassada às informações necessárias sobre medidas preventivas, constituindo-se significativa a diferença de atitude entre os sexos (p 0,044) (Tabela 6).

TABELA 6: Relação entre o sexo e a atitude para praticar o autocuidado com os pés das pessoas com diabetes atendidas nas duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.

<i>Faria o autocuidado?</i>	<i>Sexo</i>		<i>p*</i>
	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	
Sim	22	46	
Não	10	7	0,044

* Teste de Exato de Fisher

Em relação à prática executada para cuidar e prevenir complicações crônicas nos pés, 85 (100%) afirmou lavar, 55 (64,7%) secavam todas às vezes, 37 (43,5%) hidratavam e 29 (34,1%) faziam massagem nos pés. Quanto ao tipo de calçado usado habitualmente 74 (87,1%) utilizavam aberto tipo sandália, mais da metade confirmando sempre inspecionar todos os calçados antes do uso 46 (54,1%), destacando que não faziam uso de meias quando calçavam sapato, tênis ou sapatilhas com 47 (53,3%), e os que usavam meias o material era de algodão 29 (76,3%). Quando questionados sobre o hábito de cortar as unhas 78 (91,8%) responderam positivamente, usando-as com corte arredondado 59 (75,6%), cortando com tesoura com ponta 36 (46,2%) (Tabela 7).

TABELA 7: Prática de cuidados com os pés praticados pelos diabéticos atendidos nas duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Cuidados com os pés		
Lava	85	100,0
Seca	55	64,7
Hidrata	37	43,5
Massagem	29	34,1
Tipo de Calçado Usado Habitualmente		
Fechado e apertado	3	3,5
Aberto tipo sandália	74	87,1
Fechado e macio	8	9,4
Inspeciona o Calçado Antes do Uso		
Sempre	46	54,1
Às vezes	17	20,0
Raramente	9	10,6
Nunca	13	15,3
Corta as Unhas		
Sim	78	91,8
Não	7	8,2
Corte de Unha		
Arredondada	59	75,6
Reta	19	24,4
Instrumento Usado pra Cortar		
Tesoura com ponta	36	46,2
Estilete ou canivete	1	1,3
Tesoura sem ponta	12	15,4
Corta-unha	29	37,2
Usa Meias		
Sim	23	27,1
Às vezes	15	17,6
Não	47	55,3
Tipo de Meia		
Lã	1	2,6
Algodão	29	76,3
Nylon	8	21,1

A respeito da relação entre os sexos e a prática de medidas de autocuidado com os pés, ambos os sexos foram equivalentes no quesito lavar os pés como método de cuidado. Já avaliando os parâmetros secar, hidratar e massagear os pés, o sexo feminino obteve significativa diferença entre o sexo masculino, sendo significância de $p=0,002$, $p=0,002$ e $p=0,020$ respectivamente, onde 55 dos que afirmaram secá-los 41 eram mulheres, os 37 que responderam hidratá-los constituiu-se de 30, e os que alegaram massageá-los (29) eram 23 do sexo feminino (Tabela 8).

TABELA 8: Relação entre o sexo e a prática de medidas de autocuidado com os pés dos diabéticos atendidos nas duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.

<i>Cuidados com os pés</i>	<i>Total</i>	<i>Sexo</i>		<i>p*</i>
		<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	
Lava	85	32	53	-
Seca	55	14	41	0,002
Hidrata	37	7	30	0,002
Massageia	29	6	23	0,020

* Teste de Exato de Fisher

Sobre a realização do auto-exame físico do pé a maior parte não sabia 45 (52,9%) como se pratica, se surgisse alguma lesão podológica procuraria um médico 25 (29,4%), a maioria relatou não possuir limitação física para o autocuidado 50 (58,8%), afirmando que nunca recebiam ajuda para o mesmo 51 (60%). Em relação aos fatores impeditivos que os impossibilitariam de praticar o autocuidado com os pés 27 (31,8%) respondeu que nada impedia (Tabela 9).

TABELA 9: Realização do auto-exame físico, tratamento de lesões podológicas, limitação física e fatores impeditivos para os cuidados com pés dos diabéticos atendidos nas duas Unidades de Saúde da Família. Picos – PI, mar./abr., 2012.

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Realiza Auto-exame dos Pés		
Sim	22	25,9
Não	18	21,2
Não sabe	45	52,9
Tratamento de Lesões nos Pés		
Procura um médico	25	29,4
Somente lava com água e sabão	11	12,9
Lava e coloca pomada (automedicação)	26	30,6
Nunca apresentou lesão no pé	3	3,5
Não faz nada	20	23,5
Limitação Física		
Problemas na visão	14	16,5
Problemas de mobilidade	17	20,0
Obesidade	4	4,7
Não Possui	50	58,8
Ajuda no Autocuidado		
Sempre	19	22,4
Às vezes	11	12,9
Raramente	4	4,7
Nunca	51	60,0
Fatores Impeditivos		
Dores nas costas e pernas	7	8,2
Debilidade física, psicomotora ou visual	11	12,9

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Falta de tempo	11	12,9
Falta de vontade, preguiça ou desleixo	23	27,1
Falta de informação	25	29,4
Nada impede	27	31,8

6 DISCUSSÃO

O DM atinge mais de onze milhões de pessoas na população brasileira com prevalência similar em ambos os sexos, independente da faixa etária e da raça. Aumenta com o avançar da idade (média de 7,6% de pessoas com faixa etária entre 30 e 69 anos e 20% com idade superior a 70 anos) (FERREIRA, 2003).

No presente estudo houve uma predominância do sexo feminino (62,4%) em relação ao sexo masculino (37,6%), fazendo correspondência com vários estudos que abordaram a mesma temática (ROCHA; ZANETTI; SANTOS, 2009; RODRIGUES et al., 2009; LAURINDO et al., 2005; BARBUI; COCCO, 2002).

Essa maior prevalência neste estudo pode ser justificada pelo fato de as mulheres, desde os primórdios, desenvolverem cuidados com o corpo e com a saúde em geral. Assim, reconhecendo com mais facilidade os sintomas de uma doença, prestam cuidados tanto preventivos quanto curativos e estão constantemente em busca de tratamento nos serviços de saúde (PETERS et al., 2004). Porém, esta situação é preocupante considerando que homens possuem maior risco de desenvolvimento de úlceras nos pés (BRASILEIRO et al., 2005).

Além disso, as mulheres vivem mais que os homens pelo fato de estes terem um estilo de vida mais desregrado, estando, portanto, mais vulneráveis aos fatores de risco. No entanto, a maior incidência da obesidade na população feminina também pode justificar a maior prevalência do diabetes nesse gênero (ARAÚJO, 2004).

No entanto, esses dados referentes ao sexo feminino podem refletir um viés de demanda, uma vez que alguns estudos sobre prevalência do DM apontam que há diferenças significativas em relação ao sexo (TORQUATO et al., 2003; BOSI et al., 2009; MORAES et al., 2010).

Verificou-se no presente estudo uma maior ocorrência nas faixas etárias entre 41 a 60 anos e de 61 a 80 anos com 37 (43,5%), respectivamente perfazendo o total de 87,0%, com média de idade em ambos os sexos de $61 \pm 12,92$ anos. Este resultado é concordante com a literatura na qual se encontra que o DM2 acomete indivíduos a partir da quarta década de vida. Sabe-se ainda que é uma doença crônica que aumenta a incidência proporcionalmente com o avançar da idade (GAMBA et al., 2001).

No Brasil, um estudo multicêntrico encontrou uma prevalência de DM de 7,6% entre as pessoas com faixa etária entre 30 - 69 anos, chegando a 17,4% na população de 60 - 69 anos, sendo que a prevalência do diabetes na faixa etária de 45 - 64 anos deverá triplicar, e

duplicar na faixa etária entre 20 - 44 anos e em pessoas com 65 anos ou mais (BRASIL, 2003).

Em outra pesquisa de cunho exploratório-descritivo, investigou 39 pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2, para analisar o perfil metabólico e socioeconômico de pacientes com pé diabético atendidos pelo laboratório de ensino e pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, onde a idade média da população investigada foi de $60,1 \pm 9,5$ anos com prevalência da faixa etária de 60 a 70 anos (38,46%) (TEIXEIRA et al., 2010).

Nesse mesmo estudo de Teixeira et al. (2010), averiguou-se que 24 (61,5%) eram casados e 28 (71,8%) tinham ensino fundamental incompleto. Estando de acordo com o presente estudo onde quase a metade dos entrevistados (49,4%) eram analfabetos ou tinham concluído até a 3ª série do 1º Grau e 21,2 % até a 4ª série do 1º Grau, perfazendo um total de 70,6% de entrevistados com ensino fundamental incompleto.

Este aspecto pode limitar o acesso às informações devido à menor habilidade de leitura, escrita e compreensão, reduzindo o acesso às oportunidades de aprendizagem relacionadas ao cuidado à saúde. Além disso, o baixo nível de escolaridade pode reduzir a valorização de ações preventivas de doenças e a procura de assistência médica (DOACK et al., 1995). Os pacientes com DM precisam compreender e aprender a controlar os fatores que podem interferir no processo de cicatrização, como necessidade da dieta balanceada, controle da glicemia, além dos mecanismos que possam provocar agressão aos tecidos corporais.

Estudos brasileiros realizados com população diabética encontraram frequências elevadas entre os níveis de escolaridade do ensino fundamental incompleto e de analfabetismo, apontados como variável dificultadora no processo de cuidado a uma pessoa com doença crônica. Situação essa que dificulta o processo de ensino e aprendizagem de pessoas que não tiveram acesso à educação, que possuem maiores riscos de desenvolverem as complicações em membros inferiores, associado ao avanço de idade em que ocorrem alterações cognitivas e funcionais, interferindo na captação de informações (OCHOA-VIGO et al., 2006; KARINO, 2004; PACE et al., 2002; GAMBA et al., 2001).

Ao investigarmos as condições socioeconômicas, constatou-se que a amostra caracterizou-se, além do baixo grau de instrução, também pela falta de poder aquisitivo, já que 55,3% recebiam aposentadoria ou eram pensionistas, 15,3% donas de casa e 7,1% estavam desempregados, resultando um total de 77,7% de diabéticos que não são considerados economicamente ativos e geralmente a receita doméstica provém de aposentadoria ou pensão do idoso diabético. Como consequência 71,8% vivem com renda familiar de até 2 salários mínimos, sendo 38,8% classificados pertencentes à classe econômica

D, segundo CCEB, numa escala que varia desde a classe A, que é a mais elevada, até E, que representa condição de pobreza.

Em um estudo transversal realizado em uma Unidade Básica Distrital de Saúde no município de Ribeirão Preto, SP, em 2010 com 123 usuários com diabéticos, que pretendeu avaliar os escores de conhecimento e atitude diante a doença, no que se referiu à renda familiar e a ocupação, também mostrou que a maioria dos usuários 53,66% com DM2 recebiam até 2 salários mínimos e 52,03% dos pacientes eram aposentados (RODRIGUES, 2011).

As condições socioeconômicas do indivíduo com diabetes mellitus interferem diretamente na sua qualidade de vida. Essa circunstância diante o enfrentamento de uma úlcera diabética instalada contribuem para agravar a situação da doença, devido ao alto custo com consultas e exames rotineiros, plano alimentar, além dos gastos com curativos e medicamentos. Verifica-se ainda, segundo Souza (2008), que muitas das informações fornecidas pelos profissionais de saúde a esse grupo não são cumpridas rigorosamente, especialmente no que diz respeito à questão da alimentação e da medicação, em decorrência das dificuldades vivenciadas no fator econômico.

Partindo para as condições clínicas da doença, 57,6% da amostra descobriram a patologia com o aparecimento da sintomatologia característica (polidipsia, poliúria e astenia foram os mais citados), e por segundo em exames de rotina 24,7%. Souza (2008) revelou em seu estudo, referente à descoberta do diabetes mellitus, que 5 (12,5%) dos entrevistados do sexo masculino e 6 (15,0%) do sexo feminino descobriram-se diabéticos em detrimento da sintomatologia clássica, apresentando sede excessiva (polidipsia), comendo muito (polifagia), urinando excessivamente (poliúria) e com perda de peso; 7 (17,5%) dos entrevistados do sexo masculino e 6 (15,0%) do sexo feminino descobriram ser diabéticos através de uma consulta de rotina; 2 (5,0%) dos entrevistados do sexo masculino e 12 (30,0%) do sexo feminino descobriram ser portadores de diabetes através de verificação da glicemia capilar causalmente.

Quando investigados sobre o período de tratamento, a faixa de tempo oscilou em torno de 1 a 4 anos, correspondendo a 34,1% da amostra e em segundo, 32,9% , afirmando 10 anos ou mais de convivência com a patologia, apresentando uma média de $5 \pm 4,94$ anos de terapêutica. O tempo da doença é uma variável relevante, uma vez que possui uma relação inversa com a adesão ao tratamento. Quanto maior o tempo de diagnóstico, menor a prevalência de adesão ao tratamento dos usuários e maior o risco de complicações advindas de um insatisfatório controle metabólico (DROUMAGUET et al., 2006).

Estudo descritivo realizado em duas Unidades Básicas Distritais de Saúde, localizadas ao Norte e sul da cidade de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, com 101 pessoas que caracterizou pessoas com diabetes da rede básica de saúde em relação aos fatores desencadeantes do pé diabético, mostrou tempo da doença $8,7 \pm 6,7$ anos (OCHOA-VIGO et al., 2006).

Em outro estudo realizado em uma Instituição Pública de Londrinhas – PR, com 117 trabalhadores que tinham diabetes, visando identificar os fatores de risco dessa doença quanto aos aspectos sócio-demográficos, clínicos e o grau de risco para desenvolvimento de lesões nos pés, apontou o tempo referido de diagnóstico da doença onde 58,1% são portadores do DM por um período de 2 a 5 anos (KARINO, 2004).

De acordo com Pedrosa (2003), um problema relevante refere-se ao diagnóstico tardio, pois 50% dos pacientes portadores de DM desconhecem ter a doença e já a descobrem com complicações diabéticas em vários estágios de evolução, tanto do pé diabético como de outra complicação como problemas renais, oftalmológicos, neuropáticos ou vasculares. O que justifica o pouco tempo de descobrimento e tratamento da amostra do referido estudo, associado à falta de recursos financeiros e ao difícil acesso aos serviços de saúde dos moradores inseridos na região estudada.

A terapêutica instituída por 91,8% eram os hipoglicemiantes orais, 83,5% faziam a dieta, atividade física permanecia apenas com 29,4%, e 15,3% recorriam à insulina. A adesão ao tratamento medicamentoso constituiu-se alta, atentando que alguns referiram controlar a glicemia apenas com a dieta. Porém, quando os diabéticos da pesquisa foram questionados se a seguiam rigorosamente somente a metade (50,7%) respondeu positivamente. Em relação à atividade física, os mesmos ainda não incorporaram na sua rotina diária, e os que afirmaram praticar faziam em períodos irregulares, alternando semanas de exercícios com semanas inativas.

Estudo seccional, de abordagem quantitativa, desenvolvido em unidade ambulatorial de nível terciário, da cidade de Ribeirão Preto, SP, com 162 pessoas com diabetes, que objetivou analisar a relação entre apoio social, adesão ao tratamento não medicamentoso (dieta e exercício físico), adesão ao tratamento medicamentoso e controle clínico-metabólico da amostra, mostrou que adesão ao tratamento não medicamentoso (dieta e exercício físico) foi baixa em 69,1% dos participantes. Enquanto a adesão ao tratamento medicamentoso foi alta para 95,7% dos participantes (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2012).

As mudanças de estilo de vida representam uma grande dificuldade para as pessoas, especialmente quando se trata de seguir uma dieta e praticar exercícios físicos. Em particular,

as pessoas com DM devem, diariamente, tomar decisões para controlar sua doença, e estas decisões têm um maior impacto sobre seu bem-estar do que aquelas tomadas pelos profissionais de saúde. No entanto, os tratamentos que requerem decisões ou julgamentos por parte da pessoa estão mais fortemente associados a não adesão (PENTEADO et al., 2002; ASSUNÇÃO et al., 2002; KIDD; ALTMAN, 2000).

Um estudo ressaltou, por meio de depoimentos dos entrevistados, que a ausência de sintomas foi citada como um dos aspectos que dificultam a realização da dieta, pois os diabéticos não apresentam manifestações de mal-estar após se alimentarem (PÉRES et al., 2006). Além disso, há uma relação entre a dificuldade em realizar dieta e o fator financeiro, visto que uma melhor renda poderia facilitar a compra de alimentos saudáveis.

De um modo geral, o tratamento do diabetes inclui educação, modificações no estilo de vida, como a realização da prática de exercícios físicos regularmente e uma reorganização dos hábitos alimentares e, ainda, o uso de medicações hipoglicemiantes orais ou injetáveis, quando indicado (SBD, 2003).

As pessoas com diabetes pesquisadas afirmaram conhecer a patologia, cerca de 45,9% afirmaram serem esclarecidos sobre seu problema de saúde. Santos et al. (2010a), em seu estudo com 52 pacientes diabéticos, verificou que quando questionados sobre o conhecimento a respeito da doença, 73,07% responderam saber alguma coisa. Em outro estudo com 100 indivíduos diabéticos, 80% dos entrevistados relataram saber o que significava a doença (BRAGANÇA et al., 2010).

Apesar da porcentagem significativa dos dois estudos supracitados, além de ambos terem sido realizados na região sudeste do país que é conhecida pelo seu desenvolvimento econômico, observou-se que se tratava de conhecimento superficial da doença, fazendo este estudo correspondência com estatísticas nacionais, onde no Brasil, 50% dos diabéticos desconhecem o que seja diabetes, isso contribui para o aumento das complicações tardias, aposentadorias precoces devido a amputações e cegueira, mortalidade e gastos exorbitantes com a saúde pública (PACE et al., 2006; BRASIL, 2008).

Vale ressaltar que, além do conhecimento da doença é imprescindível que os portadores de DM saibam sobre os riscos relacionados ao seu problema de saúde e à necessidade do uso contínuo dos medicamentos, bem como sobre o controle dos sinais e sintomas da doença. Nessa direção, a percepção e o conhecimento pelo paciente sobre os benefícios esperados com o tratamento levam à maior adesão à terapia medicamentosa. Por outro lado, constata-se que o nível de conhecimento do paciente é raramente investigado pelos profissionais de saúde na prática clínica (SANTOS et al., 2010b; RUBIN, 2005).

Ao serem questionados a respeito do que fazem para controlarem o açúcar sanguíneo, 91,8% fazem o exame de glicemia de jejum e/ou capilar, 71,8% mais comumente por solicitação médica. Souza (2008) questionou seus pesquisados a respeito da monitorização da glicemia, onde 95% dos entrevistados afirmaram verificar a glicemia capilar mensalmente; apenas 5% da amostra relataram verificar semanalmente. Nenhum participante relatou aferir a glicemia capilar diariamente.

Esse mesmo autor acrescenta ainda que ausência e controle glicêmico esporádico configurem um grave cenário, pois constitui risco importante para o agravo das complicações em membros inferiores. Nesse sentido, exige controle glicêmico ao longo da vida que não é fácil de ser obtido, pois o diabetes mellitus é uma doença imprevisível, e, também, cada pessoa responde de maneira diferente ao tratamento (SOUZA, 2008).

O conhecimento desses valores glicêmicos poderá estimular o engajamento do diabético na prática do autocuidado por saber que sua taxa glicêmica poderá variar em uma determinada faixa e assim auxiliar no monitoramento da glicemia no seu cotidiano (PACE et al., 2006). A importância de se verificar a glicemia sanguínea constantemente deve-se ao fato de poder identificar a elevação ou diminuição da glicose no sangue e assim evitar as alterações advindas da hiperglicemia ou da hipoglicemia.

O controle glicêmico é a base para evitar as complicações do diabetes mellitus e, por esse motivo, não deve ser esquecido por parte dos profissionais quando referem o cuidado com o pé diabético. Se a doença não estiver controlada, o tratamento da ferida não terá o resultado esperado (LUCIANO; LOPES, 2006).

Quando investigados sobre a adequação do tratamento, 91,8% avaliaram positivamente a terapêutica seguida, afirmando cessar ou diminuir a sintomatologia característica da doença. Cerca de 39,7% já ficaram sem tomar o medicamento alguma vez durante tratamento, sendo falta de vontade ou suspensão própria e sem acesso ao medicamento, ambos com 25,8%, constituindo os dois principais motivos para a interrupção da terapêutica medicamentosa.

Constata-se que a falta de vontade por parte dos diabéticos para realização da terapêutica medicamentosa está atrelada as orientações insuficientes que são repassadas pelos profissionais de saúde, uma vez desconhecendo os riscos que estão expostos por negligenciarem o tratamento, ficam sujeitos aos riscos advindos do mau controle glicêmico. Outro fator importante é a dificuldade de acesso ao medicamento, já que é constante sua ausência nas USFs interioranas da região estudada, associado à carência de profissionais médicos para fornecer consultas e receituários das medicações para essa população.

O fato das pessoas não realizarem o tratamento da doença ou realizarem de maneira errônea, colocam-nas em condições de risco para as complicações decorrentes do mau controle glicêmico, como a neuropatia, vasculopatia, nefropatia, retinopatia e infecção, assim como expostas aos fatores precipitantes de ulcerações em membros inferiores e conseqüentemente amputação. Convém ressaltar que o sucesso terapêutico depende das orientações fornecidas aos pacientes no momento do diagnóstico, pois são consideradas como o ponto de partida para qualquer tratamento (PACE et al., 2002; GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002; DIAS et al., 2002; MILMAN et al., 2001).

Outro fator relevante que aumenta o risco de lesões podológicas é o hábito de fumar. Na presente pesquisa 23,5% dos entrevistados confirmaram fazer uso do cigarro ou tabaco, variando de 5 a 60 anos de vício, 50% prevalecendo entre 10 a 30 anos de utilização do fumo, com consumo cerca de 1 a 5 cigarros por dia representando 45% dos fumantes. Os resultados relacionados ao estilo de vida desta pesquisa são concordantes com os dados da literatura que identifica que as pessoas fumantes têm maiores chances de sofrerem conseqüências negativas aos membros inferiores, como amputação 4,6 vezes mais em relação aos não fumantes (GAMBA et al., 2001).

Em relação aos hábitos de vida Bragança et al. (2010), determinando em seu estudo os risco para as complicações da doença, observou que 10% dos 52 diabéticos entrevistados eram tabagistas, sendo que destes, 20% fumavam de 15 ou mais cigarros por dia, 80% há mais de dez anos. O tabagismo aumenta a morbimortalidade cardiovascular, assim como a concentração de colesterol LDL e diminui o HDL, além de piorar o controle glicêmico, uma vez que induz a resistência insulínica (AL-DELAIMY et al., 2001).

Enquanto ao recebimento de dados necessários para realização do autocuidado com os pés, 60% negaram acesso a informações dessas medidas preventivas, e os 40 % que afirmaram conhecimento auferiram por meio dos profissionais médicos, enfermeiros e estagiários da saúde, todas com o mesmo percentual (29,4%). Os resultados encontrados concordam com o estudo realizado por Laurindo et al. (2005) onde averiguou que 52% dos entrevistados desconheciam as características do diabetes mellitus (O que é a doença, tratamento, como se instala, nutrição, exercícios), 49% relataram desconhecer as complicações e 53% desconheciam as complicações para extremidades inferiores.

Consonante com estudo de Santos et al. (2010a), realizado na cidade de Passos - MG, os 130 diabéticos indagados sobre o que seria pé diabético, 55,76% afirmaram não saber sobre essa complicação. Para os que afirmaram saber o que é pé diabético, cerca de 82,60%

afirmou ter aprendido sobre o pé diabético com o médico, 21,73% com o enfermeiro, 21,73% por outros meios e apenas 4,34% com os profissionais do PSF.

Em outra pesquisa realizada no Município de Bandeirantes - PR com 50 diabéticos pode-se verificar que 78% relataram desconhecer sobre o que é pé diabético e logo, as necessidades ao autocuidado. Às pessoas que afirmaram ter participado do processo de ensino-aprendizagem sobre úlcera diabética lhes foi solicitado que indicassem o profissional envolvido na construção deste saber, entretanto nessa pesquisa 54% apontou ser o enfermeiro, 28% o médico, 9% enfermeiro e médico e 9% membros de instituições religiosas, citando o enfermeiro como profissional agente do processo de educação em saúde, evidenciando a importância deste profissional na prevenção do pé diabético. Autores consideram que o enfermeiro tem contato mais próximo e regular com o paciente, isso explica o empenho no processo de aprendizagem (BALDUINO et al., 2009). Bragança et al. (2010) também enfatizaram na sua pesquisa o enfermeiro, com 47% das respostas, o profissional que orienta sobre os cuidados com o diabetes.

Ainda direcionando para a importância da enfermagem no cuidado do paciente com pé diabético, um estudo realizado na cidade de Fortaleza - CE, teve como objetivo investigar a atuação do enfermeiro no tratamento desta patologia no contexto ambulatorial, com um grupo de 7 enfermeiras. Percebeu-se na indagação acerca de como avaliavam o pé diabético que as respostas estavam em concordância com as recomendações para o cuidado ao paciente. Notou-se ainda que a forma como as enfermeiras expressaram avaliar o pé diabético está recomendada na literatura específica, podendo-se considerar que estão realizando o exame de forma ideal.

Além disso, pôde-se observar na investigação que as enfermeiras relataram abordar o aspecto da higiene dos pés, hidratação, uso de calçados adequados, bem como algumas orientações, visando prevenir o surgimento de úlceras diabéticas, com os pacientes enquanto faziam o atendimento. Outra dentre as orientações citadas diz respeito aos cuidados com a alimentação, pois pacientes com deficiência nutricional apresentam um processo de cicatrização ainda lento. E por último, nas observações feitas durante o atendimento das enfermeiras para realização de curativos, percebeu-se que os curativos os mesmos foram realizados preservando úmido o leito da ferida, a maneira mais indicada para as úlceras diabéticas, segundo Hess (2002) (LUCIANO; LOPES, 2006).

Pesquisas afirmam que a maior parte dos casos de amputação ocorre em pacientes diabéticos que não tinham recebido orientações sobre os cuidados com os pés, ou que não tinham seguido de maneira adequada as orientações recebidas. Na grande maioria das vezes,

culpa-se o cliente pelas elevadas estatísticas de amputações em diabetes, porém, é comum encontrar clientes com úlceras avançadas nos pés que relataram ter consultado há poucas semanas e que o médico não mencionou nenhum problema com os mesmos. Portanto, constata-se a ocorrência de sérias deficiências na forma como o profissional de saúde vem examinando o diabético e, especificamente, como vem realizando o exame adequado nos pés (OCHOA-VIGO; PACE, 2005).

Torna-se importante salientar que o conhecimento prévio de como cuidar adequadamente dos pés, pode retardar a instalação de alterações que predisponham o surgimento de úlceras. Faz-se necessário que o profissional de saúde desempenhe seu papel respeitável no fornecimento de orientações as pessoas com essa enfermidade, a fim de minimizar os possíveis danos decorrentes da falta de informações, uma vez que os mesmos necessitam incorporar os ensinamentos aos comportamentos diários relacionados ao cuidado com os pés, visando assim à prevenção de futuras complicações nos membros inferiores.

Reportando ao percentual de conhecimento que os diabéticos tinham sobre cuidados com os pés, observou-se que 49,4% não souberam responder como se faz a higiene correta dos pés, 45,9% afirmaram que a secagem deveria ser com uma toalha passando entre os dedos, 49,4% não souberam dizer o que é importante observar nos pés, 75,3% informaram que diabéticos não podem andar descalços, apenas 18,8% responderam calçados confortáveis e fechados como idéias e 56,5% não conheciam o tipo de meia adequada para pessoas com DM2. Nos cuidados com as unhas 48 (56,5%) desconheciam o corte correto e 21 (24,7%) responderam a tesoura sem ponta como instrumento mais adequado para corte das unhas.

Bragança et al. (2010) observou que na avaliação global do conhecimento da população diabética estuda 62% tinha bom conhecimento e 38% baixo conhecimento sobre as práticas preventivas do pé diabético. O que não foi observado neste estudo, pois a população estudada demonstrou-se pouco conhecedora das principais medidas preventivas, enfatizado pela frequência do item “não sei” como resposta para as perguntas do formulário.

Esse baixo índice de conhecimento comprova a falta de acesso a essas informações que são pouco repassadas pelos profissionais atuantes nas UBSs estudadas. Além de não orientarem sua população sobre a patologia, e conseqüentemente as formas de prevenção e cuidados, fator discutido anteriormente, não realizam o exame físico ou testes de sensibilidade nos pés dessas pessoas em suas consultas, e a população fica desprotegida e sujeita a desenvolver úlceras diabéticas, demandando altos custos para o tratamento e geralmente progridem para amputações de membros, já que os recursos disponíveis na região para tratar o

pé diabético são escassos, necessitando por muitas vezes o deslocamento da pessoa para outras regiões mais desenvolvidas do estado na tentativa de salvar o membro.

Rocha; Zanetti; Santos (2009) analisaram em seu estudo que o conhecimento apresentado pelos sujeitos em relação aos cuidados essenciais com os pés foi satisfatório. Todos os sujeitos investigados referiram verificar o calçado antes de usá-lo, 94,5% reconhecem a importância da lavagem diária dos pés, 87,3% responderam que é importante enxugar os espaços interdigitais, 83,6% reconhecem a necessidade de nunca andar descalço, 81,8% referiram que os pés devem ser examinados diariamente e 54,5%, que as unhas devem ser cortadas corretamente. Quanto ao conhecimento errado em relação aos cuidados essenciais com os pés, 72,7% não mencionam a hidratação dos pés diariamente, 58,2% desconheciam o horário para comprar os calçados e 56,4%, o tipo de sabonete para lavagem dos pés.

Já no estudo Morais et al. (2009) realizado como o presente estudo, na região Nordeste do país, que teve como um dos objetivos averiguar o conhecimento dos diabéticos quanto às medidas preventivas para lesões de membros inferiores, entrou em acordo com o presente estudo no que concerne o conhecimento, também deficiente de combinação com seus resultados onde os entrevistados afirmaram desconhecer tais cuidados preventivos (59%), muito menos o conhecimento e o hábito de examinar os pés. E no que diz respeito às complicações que a falta de cuidados com os pés pode causar, apenas 32% conheciam.

Estudo realizado em Cuba, com essa mesma temática, entrou em acordo com a presente pesquisa no que se refere à falta de conhecimento sobre cuidados com os pés. Os resultados mostraram que dos 105 diabéticos, já portadores da complicação, atendidos em dois hospitais gerias na cidade de La Habana, 62,5% do grupo não avaliavam periodicamente seus pés e 42,4% não identificaram perigosas algumas práticas caseiras de retirar calos, corte de unhas inadequados, usar água quente para retirar pus, esperar a lesão sarar. Somente 29,5% conseguiram identificar 1 ou 2 cuidados com os pés. Comprovou-se também nesse estudo que 52,4% não haviam recebido orientações sobre a prática a respeito da complicação, sendo instalada devido descuido, erros de conduta e falta de informação de como proceder. Outros estudos internacionais realizados na Nigéria e no Irã foram condizentes com os resultados referentes ao baixo nível de conhecimento entre as medidas cuidados com os pés (EKORE et al., 2010; KHAMSEH et al., 2007; PÉREZ et al., 2001).

Souza (2008) destaca a importância dos diabéticos conhecerem principalmente o tipo de calçados e os materiais ideais para seus pés, pois o uso do calçado adequado para os que possuem perda de sensibilidade torna-se eficaz na prevenção ou minimiza os riscos de desenvolver lesões nos pés. Enquanto um calçado inadequado ao invés de protegê-lo, pode

provocar formação de bolhas, calos ou deformidades nos pés. O sapato adequado deve ser de couro ou material que possibilite ventilação, com largura e comprimento que ofereça espaço para os pés; internamente, deve ser macio, sem dobras ou costura e de solado flexível. O diabético deve evitar sapatos com bico fino e sandálias de tiras que possam apertar, dificultando a circulação e formando pontos de fricção (BRASIL, 1993).

Comparando a diferença de conhecimento entre os sexos sobre cuidados preventivos, apesar de a maioria responder confortável e aberto como ideal (41,2%), notou-se que sexo masculino obteve melhor conhecimento sobre calçados adequados (confortável e fechado), constituindo-se significativa a diferença de conhecimento entre os sexos ($p=0,023$). Bragança et al. (2010) comparando os gêneros sobre o conhecimento de práticas preventivas do pé diabético, observou que o sexo masculino teve mais conhecimento ($p=0,048$), fazendo analogia com o presente estudo.

A questão cultural pode influenciar a diferença de conhecimento em relação aos calçados, pois as mulheres da região adaptaram-se usar calçados abertos nas suas atividades cotidianas, entrando em atrito com a prática, ou seja, por utilizarem somente sandálias abertas associam ao melhor calçado. Com os homens acontece da mesma forma, utilizam mais os calçados fechados para realizar suas obrigações diárias, comprovando um costume atrelado ao sexo masculino.

A ampliação do conhecimento de forma isolada nem sempre possibilita a mudança comportamental. Um conhecimento precedente é necessário para a realização de uma ação de saúde, mas é primordial a motivação para que a ação relacionada ao conhecimento ocorra. O comportamento não muda imediatamente como resultado de um novo conhecimento, mas a construção de conhecimento em longo prazo pode resultar em modificações no conjunto de crenças, atitudes e intenções (ROCHA, 2005).

Verificando as atitudes em vista prevenção do pé diabético, 82,4% colocariam em prática o exame físico do pé se fosse ensinado a fim de prevenir de complicações nos pés, com frequência semanal. Quando questionados se fariam o autocuidado se fossem repassadas as informações essenciais para o cuidado dos pés, 80% afirmaram que praticariam também para prevenir complicações, só que diariamente. Direcionando para introdução de hidratantes ou óleos no cuidado com os pés, 80% usariam se lhe fosse fornecido com a finalidade de não deixar os pés ressecados, fazendo uso todos os dias.

Constatou-se com a análise desses dados que a amostra do estudo tinha atitude satisfatória quanto à disponibilidade para praticar o que fosse repassado de informações importantes para a prevenção do pé diabético. Porém o conhecimento deficiente sobre a

importância, evidenciados pelas respostas incorretas da finalidade do exame físico e frequência, onde o correto seria detectar complicações e realizar todo dia respectivamente, desvia para prática inadequada e corrobora que, mesmo os diabéticos tenham atitude, a falta de conhecimento induzirá a execução deficiente de ações preventivas. Por outro lado, é preciso considerar que nem sempre o conhecimento leva à mudança na atitude do paciente frente às demandas diárias que o tratamento impõe no cotidiano.

Analisando um estudo realizado com 82 diabéticos em um centro de pesquisa e extensão universitária brasileiro, encontrou-se um resultado inverso ao exposto nesta pesquisa. O objetivo era analisar os conhecimentos e atitudes de pessoas com diabetes mellitus que participavam de um programa de educação para o autocuidado em diabetes. Para coleta de dados foram utilizadas versões portuguesas dos questionários Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) e Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19).

Os resultados mostraram que 78,05% tiveram escores superiores a 8 em relação ao conhecimento em diabetes, indicando conhecimento e compreensão acerca da doença. Quanto à atitude, os escores variaram entre 25 e 71 pontos, sugerindo dificuldade no enfrentamento da doença. Concluindo que, apesar de os participantes terem obtido bom escore para o conhecimento, ainda assim não modificaram a atitude para o enfrentamento mais adequado da doença (RODRIGUES et al., 2009).

Um segundo estudo mais recente realizado com 123 diabéticos em uma Unidade Básica Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP, utilizando os questionários DKN-A e ATT-19, visou Relacionar o conhecimento e a atitude de usuários com DM2, conforme a escolaridade e o tempo da doença. Quanto aos escores de conhecimento e atitudes, 66,67% dos usuários obteve pontuações inferiores a oito, numa escala de medida que é de 0-15, em relação ao conhecimento sobre a doença, indicando resultado insatisfatório para a compreensão e adoção de práticas de autocuidado, assim como 97,56% apresentaram escore menor ou igual a 70, sendo escore mínimo 19 pontos e o máximo 95 pontos, indicando baixa prontidão para o manejo da doença (RODRIGUES et al., 2012).

A estimulação para o autocuidado é complexa tanto para o portador de diabetes quanto para o próprio profissional de saúde, visto que é bastante difícil modificar hábitos de toda uma vida e, ainda mais, quando se devem manter determinadas práticas continuamente. Porém, esses profissionais não devem fornecer orientações desconexas com a realidade de quem convive com essa doença (SOUZA, 2008).

Apesar dos diabéticos estudados apresentarem baixo nível socioeconômico e de escolaridade, observou-se que eles tinham disposição e interesse para cuidarem dos seus pés.

O que Rodrigues et al. (2009) também destacaram na sua pesquisa, onde os participantes com menores níveis de escolaridade, de ambos os sexos, obtiveram melhores escores de atitude, o que sugeriu melhor enfrentamento da doença.

Uma segunda investigação comparou as atitudes de pacientes com diabetes tipo 2 com a dos profissionais de saúde em relação ao manejo do diabetes. Os resultados mostraram que atitude e opinião dos pacientes são critérios determinantes no cuidado e no controle da doença. Desse modo, a atitude frente ao diabetes apresenta íntima relação com a conduta adotada pelo profissional de saúde no cuidado. Os profissionais de saúde consideraram o diabetes tipo 2 mais grave e importante do que os pacientes. Enfermeiras e nutricionistas foram consideradas as profissionais que mais deveriam encorajar os pacientes para tomar suas próprias decisões acerca do tratamento diário do diabetes, considerando a proximidade e o tempo despendido durante a consulta de enfermagem e nutrição (CLARK; HAMPSON, 2003).

Ao decorrer da aplicação dos formulários da pesquisa, percebeu-se a curiosidade dos entrevistados pelo conhecimento das respostas certas sobre as medidas preventivas dos itens questionados, incitando a carência que os mesmo possuíam e a vontade para incorporar na sua rotina diária cuidados adequados. A pesquisadora sentiu a necessidade e, após a aplicação do formulário, interferiu e transmitiu orientações através de intervenções de enfermagem para esclarecer todas as dúvidas e assim aprimorar o conhecimento dos diabéticos.

Quando se comparou os gêneros e a atitude que continham para prevenir o pé diabético, o sexo feminino demonstrou-se mais predisposto a incluir na sua rotina a prática do autocuidado, constituindo-se significativa a diferença de atitude entre os sexos ($p=0,044$). Rodrigues et al. (2009) também enfatizou no seu estudo que 52,07% das mulheres apresentaram mudança de atitude mais positivas frente à doença quando comparadas aos homens (50,70%). Contudo, vale ressaltar que no estudo de Cosson et al. (2005) não se evidenciaram diferenças entre os escores do conhecimento sobre cuidados preventivos do pé diabético e das atitudes de controle do DM quando comparados aos gêneros dos pacientes.

Em relação à prática executada para cuidar e prevenir complicações crônicas nos pés, todos afirmaram que praticavam a lavagem diária, 64,7% secavam após lavar, sendo que 63,9% secavam os espaços interdigitais, 43,5% hidratavam, destes apenas 10,8% relataram passar somente no dorso do pé, e 34,1% faziam massagem nos pés, deixando evidente nessa análise que grande parte não realiza os cuidados completos com os pés. Souza (2008) obteve o mesmo achado na sua pesquisa, a maioria (57,5%) não executa os cuidados completos com os pés, isto é, não realizam a lavagem, secagem, hidratação e massagem.

Nessa perspectiva, Rocha (2005) analisou, no seu estudo direcionando aos cuidados com a higiene do pé, que 98,2% lavavam diariamente, 72,9% secavam, incluindo o espaço entre os dedos, e apenas 46,7% hidratavam os pés, sendo que 49,1% relataram não passar entre os dedos. Necessita-se ressaltar que o autor observou na sua amostra a presença de umidade e massa branca interdigital em 25,4%, o que indica algum tipo de infecção devido à secagem inadequada dos pés. Recomenda-se que lavar diariamente os pés é importante para evitar contaminação, hidratar bem para evitar ressecamento, rachaduras ou fissuras (BRASIL, 1993).

Rocha (2005) ainda relata o uso apenas o sabonete neutro para limpeza dos pés, mas não afirma a temperatura que deve ser a água para lavá-los. Entretanto este estudo só averiguou se os indivíduos da pesquisa conheciam ou não o que era utilizado para a limpeza. Então se considerou como modo de limpeza correto usando sabão neutro e água morna, condizente com a temperatura corporal, que auxilia na ativação da circulação por meio da vasodilatação periférica. Vale ressaltar que essa prática é aconselhada ao diabético na presença de um cuidador, pois o uso de água morna para lavar os pés existe controvérsias, uma vez que o cliente diabético no decorrer da doença vai perdendo a sensibilidade térmica e causando queimaduras nos pés por não perceberem a temperatura.

Para o Consenso Internacional do Pé Diabético (2001), os cuidados esperados para prevenir o pé diabético constituem a lavagem dos pés diariamente com água e sabão neutro, se possível utilizando uma “bucha” macia, especialmente entre os pododáctilos; secar bem os pés, com uma toalha macia, especialmente entre os pododáctilos e hidratar os pés com creme à base de uréia, principalmente na região plantar, dorsal e calcanhar, com exceção entre os espaços interdigitais, preferencialmente três vezes ao dia, pela manhã, à tarde e à noite. A hidratação é um cuidado necessário para a proteção dos pés contra o ressecamento dos mesmos, evitando rachaduras.

Comparando a prática de medidas de autocuidado com os pés entre os gêneros, não houve relação no quesito lavar os pés como método de cuidado. Já avaliando os parâmetros secar, hidratar e massagear os pés, o sexo feminino obteve significativa diferença entre o sexo masculino, $p=0,002$, $p=0,002$ e $p=0,020$ respectivamente, demonstrando que as mulheres têm mais cuidado com os pés.

A cultura local impõe que os homens não cuidem dos seus pés, visto que é uma prática socialmente relacionada ao público feminino. Realizar essas práticas em certos casos pode ser interpretado como desvio de conduta, como foi observado em alguns depoimentos quando indagados sobre cuidados com a higiene dos pés. Rocha (2005) também constatou

associação da figura feminina aos cuidados com os pés, como se o homem não pudesse fazê-lo sob pena de colocar em risco sua imagem masculina.

Amaral e Tavares (2009) encontraram alguns resultados semelhantes quando compararam os gêneros e a prática de cuidados. Constataram-se após a análise que as mulheres hidratam mais os pés quando comparado aos homens ($p=0,00000051$). Em contrapartida verificou-se maior proporção de mulheres que andam descalço quando comparado aos homens ($p=0,02203028$), um hábito prejudicial, principalmente quando associado às deformidades estruturais e perda da sensibilidade dolorosa.

Quanto ao tipo de calçado usado habitualmente 87,1% utilizavam aberto tipo sandália, 54,1% confirmando sempre inspecionar todos os calçados antes do uso, 53,3% não usavam meias quando calçavam sapato, tênis ou sapatilhas, e os que faziam uso de meias eram de algodão (76,3%). Observou-se com esse percentual que os indivíduos com DM2 não usavam os calçados adequados, expondo os pés a traumas, altas temperaturas e contaminação. Um pouco menos da metade que usava calçados fechados negligenciavam o uso da meia, o que aumenta o atrito do pé com o calçado predispondo a formação de bolhas e calos.

Souza (2008) também identificou no seu estudo que poucos foram os que usavam o tipo de calçado ideal para pessoas com diabetes, como recomenda o Consenso Internacional do Pé Diabético (2001) que é um calçado que se acomode ao formato dos pés, ou seja, macio, sem costura, com altura e comprimento que permitam a mobilização dos pés sem causar atrito, usar palmilhas quando o calçado permitir e sempre andar calçado. Além de que dentre aqueles que souberam identificar o tipo de calçado adequado apenas 40,0% o utilizam no seu cotidiano.

Ochoa-Vigo (2005) acrescentou que os calçados apropriados são aqueles fechados, com bico largo quadrado ou arredondado, ou, até mesmo, aqueles que protegem grande extensão dos pés e que não comprimam os dedos; ainda, os que possuem um salto igual ou inferior a cinco centímetros e cujo material seja couro macio. Foram inclusos como calçados apropriados os esportivos, como o tênis.

Infelizmente a aquisição desse tipo de calçado ainda configura um problema, visto que a maior parcela dos pacientes não apresenta poder aquisitivo para a obtenção desses calçados especiais, muito menos possuem o conhecimento ou consciência da necessidade de usá-los, justificando assim o uso de calçados convencionais o que provoca agravamento das ulcerações ou então altos níveis de recorrências.

É oportuno acrescentar que o hábito de utilizarem calçados abertos do tipo sandálias é um comportamento observado na população brasileira como um todo, especialmente na

região Nordeste em decorrência do clima dessas regiões apresentarem uma temperatura mais elevada. Esse comportamento da pessoa com DM2 evidencia este hábito incorporado na população, onde Souza (2008) enfatizou também esse costume.

Vale destacar, como encontrado em outro estudo onde a comparação dos sexos obteve maior proporção de mulheres usando sapatos abertos quando confrontado aos homens ($p=0,01527954$) (AMARAL; TAVARES, 2009). Neste estudo não foi diferente já que a maioria era pertencente ao sexo feminino (62,4%) e a proporção de pessoas com DM2 usando calçados abertos foi bastante expressiva (87,1%). As mulheres, motivadas pela vaidade, muitas vezes optam pelo uso de sandálias, tanto as do tipo rasteirinha como as com salto, o que pode propiciar o surgimento de lesões nos pés.

Avaliou-se no atual estudo que os resultados obtidos sobre o hábito de cortar as unhas foram satisfatórios, porém o tipo de corte usado foi desanimador, pois grande parte usava corte arredondado (75,6%), e ainda mais, cortavam as unhas com tesoura de ponta (46,2%), uma prática totalmente inadequada pelo risco de acidente, por causa de alguns possuir idade avançada que diminui a acuidade visual, ou até mesmo complicações na visão devido o diabetes. Alguns estudos também concluíram significativo percentual de pessoas com DM que não cortavam as unhas de forma adequada (BRANGANÇA et al., 2010; AMARAL; TAVARES, 2009; OCHOA-VIGO et al., 2006; ROCHA, 2005).

O Consenso Internacional sobre Pé Diabético (2001) aconselha que quando as pessoas não estiverem aptas a cortar as suas próprias unhas de forma segura, isso deve ser feito por um profissional especializado no cuidado do pé. Acrescenta ainda que as unhas encravadas geralmente sejam o resultado de uma má técnica de corte das unhas e de uma unha quebrada, cuja ponta, se não for removida, pode subsequente penetrar no sulco ungueal. Escavar a lateral do sulco para remoção da borda é outra causa bastante comum.

Um dado que despertou atenção neste estudo foi no momento que se questionou aos indivíduos da pesquisa sobre a realização do auto-exame físico do pé, onde a maior parte (52,9%) não sabia do que se tratava aquela pergunta. Por outro lado, se surgisse alguma lesão podológica afirmaram que procurariam um médico, sendo a conduta mais indicada. Em contrapartida, o estudo de Brangança et al. (2010) demonstrou que 89% realizavam a inspeção diária dos pés, 40% algum tipo de exercícios para os pés.

Por outro lado, o estudo de Ekore et al. (2010), realizado na Nigéria-Afr, foi de acordo com o presente estudo, onde observou-se que entre as medidas cuidados com os pés que eram conhecidos, 25,5% pacientes sabiam lavar os pés diariamente e secar entre os dedos minuciosamente, 19,7% verificaram seus pés diariamente, 19,7% verificada dentro de seus

sapatos por dia, 5,8% fizeram um esforço consciente para evitar lesões aos seus pés e 2,9% cortadas as unhas com cuidado. Os resultados deste estudo mostraram que a consciência das medidas de cuidados com os pés é muito pobre entre os pacientes diabéticos conhecidos e isso é em grande parte devido à falta de educação dos pacientes por seus prestadores de cuidados de saúde.

A maioria dos pesquisados (58,8%) não relatou possuir limitação física para o autocuidado, 60 % afirmando que nunca recebiam ajuda dos seus familiares ou amigos para realizá-lo. Em relação aos fatores impeditivos que os impossibilitariam de praticar o autocuidado com os pés, parte considerável (31,8%) respondeu que nada impedia, porém sendo nítido, através da análise dos dados obtidos na pesquisa e que outra parte menos significativa percebeu (29,4%), que a falta de informação é o maior fator limitante para o autocuidado, mesmo com as atitudes presentes, o conhecimento incompleto, errôneo ou ausente prejudicam a execução da prática de medidas adequadas para as necessidades dos pés dos diabéticos.

A adoção de medidas de autocuidado está diretamente relacionada ao conhecimento do benefício de que aquele cuidado proporcionará para o indivíduo agente. Nesse sentido, os profissionais integrantes de uma equipe multiprofissional devem sempre preocupar-se em esclarecer, para os clientes, os benefícios do autocuidado e os riscos envolvidos no DM com vistas a adotarem algum tipo de precaução. O cliente diabético precisa saber sobre a doença e seu caráter degenerativo, ao longo do tempo, cabendo-lhe aceitar e incorporar ao seu comportamento a adoção de medidas preventivas. No caso dos pés, essas medidas podem diminuir as chances de ocorrerem lesões resultantes em amputação dos membros inferiores (MAIA; SILVA, 2005).

Essa afirmação tem seu fundamento nos programas educacionais, que chegam a reduzir a amputação em até 40%. Eles são de grande importância quando se pensa em termos de profilaxia. O cliente precisa ter consciência de que seu pé pode ter menor sensibilidade e, por isso, ele deverá evitar traumas nessa região do corpo. As orientações devem estar voltadas para a prática do autocuidado, com vistas a permitir ao cliente diabético um maior controle e a estabilidade da doença, ao minimizar a ocorrência de complicações crônicas e demanda por atendimentos de urgência (MAIA; SILVA, 2005; EVANGELISTA, 1997).

Para avaliar a eficácia das estratégias educativas, Cosson et al. (2005) realizaram um ensaio com 109 diabéticos, colhendo informações referentes a história clínico-epidemiológica, dados demográficos, atitudes de controle do DM e cuidados preventivos do pé, antes e após aplicação de programa educativo (álbum seriado e folders). Analisando-se dados relativos aos

cuidados preventivos do pé diabético, mostra-se que após a intervenção educativa houve mudança de atitude quanto aos costumes de andar sem calçados ($p < 0,0001$), de fazer escalda pé ($p < 0,004$), do uso de meias com calçados fechados ($p < 0,04$), da secagem dos pés após banho ($p < 0,0001$), da hidratação da pele dos pés ($p < 0,0001$), do corte adequado das unhas ($p < 0,0001$), o que resultou em redução na presença de onicomicose nos pés ($p < 0,0001$), micose interdigital ($p < 0,002$), ressecamento da pele das pernas e dos pés ($p < 0,0001$), presença de calos ($p < 0,008$) e rachaduras nos pés ($p < 0,0001$).

Quanto às atitudes de controle do DM após a intervenção educativa, resultados significativos foram observados nas variáveis referentes ao número de consultas médicas ($p < 0,0001$), à conscientização da importância da dieta ($p < 0,04$), ao profissional que a prescreve ($p < 0,0001$) e ao exercício físico ($p < 0,0001$) para um bom controle glicêmico e prevenção de complicações (COSSON et al., 2005).

Reforçando o efeito das estratégias educativas Ochoa-vigo e Pace (2009) propuseram um ensaio clínico randomizado para avaliar uma proposta de cuidado para pessoas com DM2. Participaram do estudo 101 pessoas, sendo 49 do grupo intervenção, os quais participaram de um programa educativo visando o autocuidado durante seis semanas e, após esse período, houve seguimento individual mensal pelo enfermeiro para cuidados dos seus pés e reforço das necessidades educativas. O grupo controle recebeu cuidados rotineiros.

Na primeira avaliação observou-se melhora nas variáveis relacionadas ao conhecimento sobre diabetes ($p = 0,005$) e cuidados com os pés ($p < 0,000$). Na segunda avaliação, ambas as variáveis mantiveram-se estáveis ($p < 0,0000$), além de melhora nas condições dermatológicas dos pés ($p < 0,000$) e no uso de calçados apropriados ($p = 0,0005$). O estudo mostrou a importância de monitorar os fatores desencadeantes de risco para complicações nos pés entre pessoas de baixo risco. Destacou também, a relevância do reforço na educação e seguimento da pessoa com diabetes (OCHOA-VIGO; PACE, 2009).

Orem (1995) afirma que o autocuidado é aprendido e continuamente desenvolvido deliberadamente, em tempo e conforme os requisitos do indivíduo, associado, por exemplo, com o seu grau de estágio de desenvolvimento, estado de saúde, traços específicos de estado de saúde ou de desenvolvimento, fatores ambientais e níveis de consumo de energia.

A educação do cliente não consiste somente na apresentação e no conhecimento de informações relativas à doença. Na verdade, deve-se procurar sensibilizar para a mudança do comportamento da clientela com DM. Se houver o desejo de um programa efetivo, o conhecimento do diabético deve apresentar influência em seu comportamento. Ao receber novas informações, o cliente pode aplicá-las de diversas maneiras. Entretanto, só haverá

resultados se ele as utilizar para a mudança de condutas que favoreçam modificações produtivas de seu comportamento (MAIA; SILVA, 2005; MORREAU, 1992).

O controle do nível glicêmico, o tratamento do diabetes e o comparecimento às consultas de enfermagem são importantes aspectos na prevenção das amputações de extremidades inferiores em pacientes com DM; a educação em saúde na área do DM deve ser parte integrante dos modelos assistenciais, especialmente nos de enfermagem. Os cuidados no tratamento de feridas neuroisquêmicas devem obedecer aos critérios clínicos para cobertura de risco com o uso de tecnologias apropriadas (GAMBA et al., 2004).

Faz-se necessária uma abordagem especial, com enfoque de cobertura de risco, e a utilização de tecnologias apropriadas de assistência e educação que otimizem o processo de cicatrização das úlceras crônicas por diabetes. Aqui efetivamente se situa a maior e impreterível ação do enfermeiro de saúde pública, pois a presença à consulta de enfermagem é um fator muito importante de proteção para o agravo em questão. É possível contribuir para a forma de cuidar, educar, motivando o outro a participar ativamente do tratamento e realizar o autocontrole, otimizando, assim, a aderência ao tratamento clínico (GAMBA et al., 2004).

A consulta de enfermagem apresenta-se como um fator importante de proteção ao agravo das complicações de membros inferiores nos diabéticos, visto que contribui para a forma de cuidar e educar, motivando o paciente diabético a participar ativamente do tratamento e a realizar o autocontrole reforçando, assim, sua adesão ao tratamento clínico (SANTOS et al., 2010a).

Os achados de um estudo recente mostraram que os profissionais de saúde necessitam ultrapassar o modelo de atenção verticalizado, dirigindo seu olhar para além dos aspectos relacionados à terapêutica instituída. Desse modo, devem contemplar outras implicações envolvidas no cuidado da pessoa com DM, como os aspectos culturais, particularmente as crenças que alicerçam as atitudes e mantêm os comportamentos do indivíduo. Como as atitudes constituem a prontidão para a ação, a compreensão das crenças pode contribuir para a modificação dos hábitos de vida não saudáveis (RODRIGUES et al., 2012).

Este é um requisito importante para o redirecionamento dos programas de atenção em diabetes. O profissional de saúde precisa entender que a superação das dificuldades da pessoa com DM de se engajar na mudança de comportamentos só acontecerá com a transformação das atitudes e crenças sobre a doença e o tratamento. No entanto, o cuidado de enfermagem que, atualmente, é oferecido nas instituições de saúde ainda não consegue incorporar essas evidências na prática clínica (RODRIGUES et al., 2012).

A solução apontada para este problema é a Educação Permanente em Saúde, pois se destina à transformação do modelo de atenção a saúde, fortalecendo a promoção e prevenção de agravos no Sistema Único de Saúde, em especial o diabetes, oferecendo assistência integral e autonomia aos trabalhadores de saúde para a eficácia da prática educativa. Busca também a formação de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar uma assistência humana e de qualidade (BRASIL, 2004; CECCIM, 2005).

Assim o profissional de saúde, aqui em questão o enfermeiro, precisa ter, como objetivos assistenciais, o apoio dos clientes no que concerne à sua educação; a compreensão da necessidade de realização de orientações de medidas preventivas voltadas para os pés dos portadores de DM; e a implantação dessas orientações antes do surgimento de qualquer sinal ou sintoma relativo a lesões. Para tanto, o profissional de enfermagem: (a) precisa determinar um programa educacional para os clientes diabéticos; (b) deve sensibilizar esses clientes para os benefícios da adoção de medidas de autocuidado com os pés; e (c) a garantia de continuidade do autocuidado do cliente, caso surja uma lesão, porquanto ele pode reduzir o risco de disseminação da infecção e a possibilidade de amputações futuras (MAIA; SILVA, 2005).

7 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar o conhecimento, as atitudes e a prática do cliente diabético em relação à execução de medidas de autocuidado com os pés, considerando-se parâmetros essenciais para ponderação do diagnóstico educacional da amostra estuda, uma vez que ações preventivas podem ser planejadas a partir desses dados obtidos.

No que concerne ao conhecimento dos diabetes acerca dos cuidados com os pés, os dados evidenciaram um grau significativo de déficit de conhecimento, porém quando se voltou para as atitudes, observou-se uma disposição considerável para executar o auto-exame e o autocuidado. Em relação à prática verificou-se que alguns cuidados importantes não eram executados ou feitos de forma completa, identificou-se então como fator que impedia à prática dessas maneiras de prevenção a falta de informações.

A falta de conhecimento da pessoa com DM2 sobre medidas preventivas com os pés ocasiona execução errônea ou incompleta da prática, já que possuindo um déficit de conhecimento os cuidados são comprometidos colocando em risco os pés, mesmo que os entrevistados tenham disposição. Os fatores conhecimento, atitudes e prática têm que estar ligados quando se trata de prevenção para obtenção de êxito nos cuidados com os pés.

É importante conhecer o grau de escolaridade do cliente diabético para planejar a atuação de forma correta, ou seja, facilitar a compreensão do mesmo em relação às informações sobre o diabetes e a prevenção de suas complicações. Tendo em vista a elevada percentagem de clientes analfabetos ou que concluíram até a 3ª série do 1º grau na amostra estudada, será necessário utilizar métodos adequados para esse público, usando metodologias mais compreensíveis e direcionada para os mesmos, respeitando suas deficiências, identificando e investindo em suas potencialidades, visando à incorporação de novos conhecimentos.

A convivência com as pessoas diabéticas e a análise dos relatos nos reporta à importância de uma intervenção educativa, uma vez que é fundamental que a equipe de saúde busque medidas que motivem as pessoas diabéticas a adotarem comportamentos necessários acerca dos cuidados com os pés e os ajudem a encontrar formas para superar as barreiras ou entraves na adoção desses comportamentos.

Uma forma para melhorar esse conhecimento é uma intervenção educativa cujos elementos básicos do plano educativo devem incluir o exame diário dos pés e cuidados preventivos com a pele, com as unhas e calosidades, e procurar primeiramente ajuda de um

profissional da saúde quando detectar algo nos pés, além de sempre reforçar a importância de manter os níveis glicêmicos dentro dos padrões de normalidade.

O uso da visita domiciliária é uma estratégia bastante significativa, pois permite os profissionais da saúde fazerem um diagnóstico completo da situação de vida do diabético, baseado nos conhecimentos do contexto familiar e social. Ela permite que os mesmos observem o estilo de vida adotado, as condições econômicas de cada indivíduo e as dificuldades pessoais, adequando as intervenções e as informações à realidade encontrada, e por se tratar de um público com idade mais avançada, ajuda os que não possuem mais condições físicas de deslocar-se para a UFS e também que participem do processo de educação em saúde, universalizando a assistência.

A dinâmica adotada na visita domiciliar proporciona um forte incentivo para a educação em diabetes, uma vez que são interativas, valorizando as experiências individuais dos próprios participantes e permitindo aos clientes um processo integrador, que visa ao melhor controle terapêutico da doença. Além disso, cria-se um vínculo com os mesmos, na medida em que se desenvolve a conversa, pois eles se sentem mais à vontade e confiantes em relatar suas experiências, o que muitas vezes não acontece dentro de um consultório.

As descobertas resultantes da convivência com os clientes proporcionaram ao enfermeiro o conhecimento sobre o indivíduo, do seu contexto de vida, de suas condições de habitação, relações afetivo-sociais da família, possibilitando alcançar os objetivos propostos, mediante o planejamento da assistência de enfermagem de acordo com os recursos da família.

Acredita-se que estes achados possam servir para os enfermeiros planejarem, organizarem e executarem ações de saúde direcionada para esse público. Incitando a necessidade dos mesmos de incorporarem a prática de educação em saúde na sua rotina profissional, e capacitarem-se a fim de atender melhor sua clientela. Além disso, espera-se que esses profissionais, também responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde, alcancem resultados desejáveis com público diabético na prevenção ou retardando o desencadeamento de complicações nos pés, ajudando-os na ascensão da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AL-DELAIFY, W. K. et al. Smoking and mortality among women with type 2 diabetes. The Nurses' Health Study cohort. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 24, p. 2043-2048, 2001.
- AMARAL, A.S.; TAVARES, D.M.S. Cuidados com os pés: conhecimento entre pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n. 4, p. 801-10, 2009.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Clinical Practice Recommendations 2003**. Diabetes Care. 2003.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION: preventive foot care in diabetes (Declaração de posicionamento). *Diabetes Care*, v. 27 (Suppl. 1): S63 – S64, 2004.
- ARAÚJO, C. L. **Perfil dos idosos diabéticos do centro de atendimento médico especializado (CAME) do bairro de jaguaribe**. 2004. Dissertação (Especialista e gerontologia) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2004.
- ASSUNÇÃO, M. C. F., SANTO, I. S., COSTA, J. S. D. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus. Pelotas, Rio Grande do Sul. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, p. 205-211, 2002.
- BALDUINO, A.F.A.; MANTOVANI, M.F.; LACERDA, M.R. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Esc Anna Nery**, v. 13, n. 2, p. 342-351, 2009.
- BARBUI, E. C.; COCCO, M. I. M. Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, p. 97- 103, 2002.
- BORTOLETTO, M. S. S.; HADDAD, M. C. L.; KARINO, M. E. Pé diabético, uma avaliação sistematizada. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 13, n. 1, p. 37-43 jan./abr. 2009.
- BOSI, P. L. et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 726-732, 2009.
- BOWKER, J. H.; WADE, N. Organização e educação baseadas na clínica de pés de diabéticos. In: LEVIN e O'NEAL. **O pé diabético**. 6th ed. Editado por BOWKER, H. J. e PFEIFER, M. A. Rio de Janeiro: Di Livros, 2002.
- BRAGANÇA, C.M.; GOMES, I.C.; FONSECA, M.R.C.C.; COLMANETTI, M.N.S.; VIEIRA, M.G.; SOUZA, M.F.M. Avaliação das práticas preventivas do pé diabético. **J Health Sci Inst**. v. 28, n. 2, p. 159-63, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*, v. 4, n. 2, supl., p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).** 2008. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Guia para o diabetes e a doença renal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Protocolo.** Caderno de Atenção Básica , n. 7, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações básicas para o diabético.** 2. ed. Brasília: 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** Cadernos de Atenção Básica - nº 16, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2006.

BRASILEIRO, J. L. et al. Pé diabético: aspectos clínicos. **J Vasc Br**, v. 4, n. 1, p. 11-21, 2005.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comum Saúde Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-8 2005.

CLARK, M.; HAMPSON, S.E. Comparison of patients' and healthcare professionals' beliefs about and attitudes towards Type 2 diabetes. **Diabetic Med**, v. 20, n. 2, p. 152-4, 2003.

CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Grupo de trabalho internacional sobre pé diabético.** Brasília: Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal; Direção Pedrosa; H. C., 2001.

COLEMAN, W. Calçados para a prevenção de traumatismos: correlação com a categoria de risco. In: Bowker JO, Pfeifer MA. Levin e O'Neal. **O pé diabético.** 6a ed. Rio de Janeiro: Di-Livros; cap. 20, p. 620-634, 2002.

COSSON, I.C.O.; NEY-OLIVEIRA, F.; ADAN, L.F. Avaliação do conhecimento de medidas preventivas do pé diabético em pacientes de Rio Branco, Acre. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 49, n. 4, 548-556, 2005.

DIAS, R. J. S; CARNEIRO, A. P. **Neuropatia diabética: fisiologia, clínica e eletroneuroliografia.** Acta Fisiatrica, 2000.

DIAS, E.P.; SOARES, M.M.S; RESENDE, L.M.H. **Diabetes mellitus: diagnóstico e classificação.** In: AMARAL, C.F.S. Enciclopédia da saúde: Diabetes mellitus. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 341–2, 2002.

DOAK, C. C. et al. The literature problem. In. DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills.** 2. ed. Philadelphia: JB Lippincott, p. 1-9, 1995.

DOISE, W. Atitudes e representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais.** Tradução L. Ulup. Rio de Janeiro: Ed. EURJ, p. 187-204, 2000.

DROUMAGUET, C. et al. Use of HbA1c in predicting progression to diabetes in French men and women: data from na Epidemiological Study on the Insulin Resistance Syndrome (DESIR). **Diabetes Care**, Alexandria, v. 29, p 1619-1625, 2006.

EAGLY, A. H.; CHAIKEN, S. **The psychology of attitudes.** Belmont: Wadsworth Group. 1993.

EKORE, R.I.; AJAYI, I.O.; ARIJE, A.; EKORE, J.O. Knowledge of and attitude to foot care amongst Type 2 diabetes patients attending a university-based primary care clinic in Nigeria. **Afr J Prm Health Care Fam Med.** 2101; v. 2, n. 10 [3 pages], 2010.

EVANGELISTA, S.S.M. VI Fórum da SBACV: o desafio do pé diabético. **Cir Vas Angiol**, n. 13, p. 7-10, 1997.

FERREIRA, T. R. A. S. Diabetes Mellitus. In: TEIXEIRA NETO, F. **Nutrição Clínica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 38, 2003.

FRITSCHI, C. Preventive care of the diabetic foot. **Nurs Clin North Am**, vol. 36, n. 2, p. 303-320, 2001.

GAMBA, M. A. et al. A magnitude das alterações cutâneas, vasculares de extremidades inferiores de pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus. Campanha de detecção e educação da ANAD. **Diabetes Clínica**, v. 5, n. 6, p. 414-418, 2001.

GAMBA, M.A.; GOTLIEB, S.L.D.; BERGAMASCHI, D.P.; VIANNA, L.A.C. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controlre. **Rev. Saúde Pública**, vol. 38, n. 3, p. 399-404, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLOBAL RESOURCE CENTER. **Action plan for persons with diabetes.** [online]. Disponível em: <<http://www.diabetesresource.com/html/footcare>>. Acesso: 20 de abril de 2012.

GOMES, M. B. et al. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Pacientes Com Diabetes Mellitus do Tipo 2 no Brasil: Estudo Multicêntrico Nacional. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 50, n. 1, p. 136-144, 2006.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C., FOSS, M. C., FREITAS, M. C. F., PACE, A. E. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet], v. 20, n. 1, [8 telas], jan.-fev. 2012.

GROSSI, S. A. A. **Educação para o controle do diabetes mellitus**. 2001. Disponível em: <ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem> Acesso em 05 de março 2012.

GUIMARÃES, F.P.M; TAKAYANAGUI, A.M.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Ver. Nutrição**, v. 15, n. 1, p. 37-44, 2002.

HEISLER, et al. The relationship between knowledge of recent HbA1c values and diabetes care understanding and self-management. **Diabete Care**, Alexandria, v. 28, n. 24, p. 816-822, 2005.

HESS, C.T. **Tratamento de feridas e úlceras**. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php. Acesso em 10 de outubro de 2011.

IBOPE. Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística [Internet]. **Levantamento sócio econômico-2005-IBOPE**. Rio de Janeiro. Disponível em http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf. Acesso em 20 de agosto de 2011.

INSTITUTO DE REUMATOLOGIA E ENDOCRINOLOGIA DE MATO GROSSO. **Informativos ao paciente**. Disponível em: <http://www.iremt.com.br/info_paciente/DIABETES%20MELLITUS.htm> Acesso em 28 de fevereiro de 2012.

IPONEMA, E.; COSTA, M. M. Úlcera no pé diabético. In: SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; MEIRELES, I.B (org). **Feridas. Fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendes, p. 345, 2007.

KARINO, M. E. **Identificação de risco para complicações em pés de trabalhadores com diabetes de uma instituição pública de Londrinas/Pr**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. 160 p, 2004.

KHAMSEH, M.E.; VATANKHAH, N.; BARADARAN, H.R. Knowledge and practice of foot care in Iranian people with type 2 diabetes. **Int Wound J**. v. 4, n. 4, p. 298-302, 2007

KIDD, K. E., ALTMAN, D. G. Adherence in social context. **Control Clin Trials**, v. 21, p. 184-7, 2000.

LAURINDO, M.C.; RECCO, D.C.; ROBERTI, D.B.; RODRIGUES, C.D.S. Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 2, p. 80-4, 2005.

LEVIN, M.E. Foot lesions in patients with diabetes mellitus. **Endocrinol Metab Clin North Am**, vol. 25, n. 2, p. 447-462, 1996.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. Pesquisa em enfermagem: **métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, C. F. Pé diabético. In: PITTA, G. B. B; CASTRO A. A; BURIHAN, E. **Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado**. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: URL: <<http://www.lava.med.br/livro>>.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 7, p. 241-7, 2008.

LUCIANO, B.L.; LOPES, C.H.A.F. Enfermeiro no cuidado do paciente com úlcera de pé diabético. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 20, n. 1/2/3, p. 47-55, 2006.

MAIA, T.F.; SILVA, L.F. O pé diabético de clientes e seu autocuidado: a enfermagem na educação em saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 95-102, 2005.

MANDÚ, E.N.T.; GAÍVA, M.A.M.; SILVA, M.A.; SILVA, A.M.N. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto contexto – enfermagem**, v. 17, p. 131-40, 2008.

MAYFIELD, J. A. et al. Preventive foot care in people with diabetes. **Diabete Care**, v. 21, n. 12, p. 2161-77, 1998.

MILMAN, M.H.S.A.; LEME, C.B.M.; BORELLI, D.T.; KATER, F.R.; BACCILI, E.C.D.C.; ROCHA, R.C.M. et al. Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v. 45, n. 5, p. 447-51, 2001.

MORAIS, G.F.C.; SOARES, M.J.G.O.; COSTA, M.M.L.; SANTOS, I.B.C. Conhecimento e práticas dos diabéticos acerca das medidas preventivas para lesões de membros inferiores. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.33, n.3, p. 361-371, 2009.

MORAES, S.A. et al. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 929-941, 2010.

MORREAU, L.E. Avaliando e modificando a motivação do paciente. In: STEINER, G., LAWRENCE, P.A. **Educando o paciente diabético**. São Paulo (SP): Andrei; 1992.

OCHOA-VIGO, K. et al. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 296-303, 2006.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E. Pé diabético: estratégias para prevenção. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.1, mar. 2005.

O'CONNOR, P.J.; SPANN, S.J.; WOLF, S.H. Care of adults with type 2 diabetes mellitus: a review of the evidence. **J Fam Pract**, vol. 47(Suppl 5), p. 13-22, 1998.

OLIVEIRA, A. C. P. et al. **Diabetes Mellitus Diagnóstico e Complicações**. Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Medicina*, v. 94, n. 112, 2008.

OLIVEIRA, C. A. **O Sistema de Informação HIPERDIA em Guarapuava/PR 2002 – 2004**, implantação e qualidade das Informações. Ribeirão Preto, 2005. 108 p.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 2th ed. New York: McGraw-Hill. Ch. 3, p. 35-54, 1980.

OREM, D.E., **Nursing; concepts of practice**. 5th ed. St. Louis: Mosby, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde/MS, Relatório mundial, p. 105, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Saúde nas Américas**. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 2007, 449 p. (Publicação Científica e Técnica, 622).

PACE, A.E; FOSS, M.O; OCHOA-VIGO, K; HAYASHIDA, M. Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 5, p. 514 – 21, 2002.

PACE, A.E.; OCHOA-VIGO, K.; CALIRI, M.H.L.; FERNANDES, A.P.M. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14. n.5, 2006.

PARISI, M. C. R.; DANTAS, S. R. P. E.; JORGE, S. A. Ulceras no pé diabético. In: *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: **Atheneu**, 2003.

PEDROSA, H. C. et al. O desafio do projeto Salvando o Pé Diabético: terapêutica em diabetes. **Bol. Méd. Centro B-D de Educação em Diabetes**. Ano 4, n.19, p. 1-10, mai./jun./jul. 1998.

PEDROSA, H. C. Pé diabético: uma complicação multifacetada. *Endocrinologia e Diabetes*, v. 4, n. 3, p. 17- 21, jul. 2003.

PENTEADO, P. T. P. S., et al. O uso de Medicamentos por Idosos. **Visão acadêmica**, v. 3, p. 35-42, 2002.

PÉRES, D. S., FRANCO, L. J., SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev Saúde Pública**, 2006.

PÉREZ, R.S.; GONZÁLEZ, R.G.; ÁLVAREZ, R.; EDREIRA, J. Conocimientos, destrezas y conductas ante el cuidado lo pies en um grupo de amputados diabéticos. **Rev Cubana de Endocrinología**. Cuba, v. 12, n. 2, p. 93-104, 2001.

PETERS, A.; SANTOS, D.; CATAFESTA, K. G.; BAPTISTA, C.L.M. Competência do portador de diabetes mellitus para o autocuidado. **Nursing**. v.72, n.7, p.15-24, 2004.

PORTO, C.C. **Exame clínico**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

ROCHA, R. M. **Pé diabético: fatores comportamentais para sua prevenção**. Ribeirão Preto. 187 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ROCHA, R. M.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 17-23, 2009.

RODRIGUES, F. F. L. **Conhecimento e atitudes de usuários com diabetes mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto, SP**. Dissertação (Mestrado). 120p, 2011.

RODRIGUES, F.F.L.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, C.R.S.; GONELA, J.T.; ZANETTI, M.L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 25 ,n. 2, p. 284-90, 2012.

RODRIGUES, F. F. L.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A.; MARTINS, T.A.; SOUZA, V.D.; TEIXEIRA, C.R.S. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 468-473, 2009.

ROSA, R. S. et al. Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p 465-478, 2007.

RUBIN, R.R. Aderência a terapia farmacológica em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Am J Med**, v. 118, p. 27-34, 2005.

SANTOS, C.S.; PEREIRA, L.C.; ROSSI, V.E.C.; MAIA, M.A.C.; MOURA, J.P. Grau de conhecimento e medidas de autocuidado adotadas por usuários de uma unidade de saúde da família em relação ao pé diabético. **Ciência et Praxis**, v. 3, n. 5, p. 47-50, 2010a.

SANTOS, F.S.; OLIVEIRA, K.R.; COLET, C.F. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. **Ver. Ciênc. Farm. Básica Apl**, v. 31, p. 223-7, 2010b.

SANTOS-VIEIRA, I. C. et. al. Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade de Recife, Pernambuco, Brasil, em 2005. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2861-70, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddart**: tratado de enfermagem medicocirúrgica. 9 ed, vol. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddart**: tratado de enfermagem medicocirúrgica.10 ed, vol. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. São Paulo, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 5, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Cuide bem dos seus pés e não pise na bola!** 2011a. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/educacao/1637-cuide-bem-dos-seus-pes-e-nao-pise-na-bola>>. Acesso em 21 de Agosto 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **International Diabetes Federation Subsídio Tratamento para Pé Diabético.** 2011b. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/noticias/noticias-internacionais/635>>. Acesso em 21 de Agosto de 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **São Paulo aprova projeto para tratar pé diabético.** 2011c. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/noticias/noticias-nacionais/576-sao-paulo-aprova-projeto-para-tratar-pe-diabetico>>. Acesso em 21 de Agosto de 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. São Paula, p. 5-168, 2007.

SOUSA V. D.; ZAUSZNIIEWSKI J. A. Toward a theory of diabetes self-care management. **Journal of Theory Construcion & Testing**, For Worth, v. 9, n. 2, 61-67, 2005.

SOUZA, M. A. **Autocuidado na prevenção de lesões nos pés:** conhecimento e prática de pacientes diabéticos. Dissertação. João Pessoa (PB), 2008. 115 p.

SPOLLETT, G.R. Preventing amputations in the diabetic population. **Nurs Clin North Am**, vol. 33, n. 4, p. 629-641, 1998.

TEIXEIRA, C. J.; OLIVEIRA, A. C. P.; BAZOTTE, R. B.; BATISTA, M. R. Pé diabético: perfil metabólico e socioeconômico de pacientes atendidos pelo laboratório de ensino e pesquisa da Universidade Estadual de Maringá. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 14, n.2, p. 125-132, maio/ago. 2010.

TORQUATO, M.T.C.G. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 121, p. 224-230, 2003.

TORRES-LOPÉZ, T. M.; SANDOVAL-DÍAZ, M. S.; PANDO-MORENO, M. Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes e los enfermos crônicos en um bairro de Guadalajara, México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p 101-110, jan. 2005.

VIEIRA SANTOS, I. C. R. **Atenção à saúde do portador de pé diabético:** Prevalência de amputações e assistência preventiva na Rede Básica de Saúde. 2008. 223 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

WILD, S. et al. Global prevalences of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 27, p. 1047-1053, 2004.

ZANETTI, M. L., MENDES I. A. C. Tendência do locus de controle de pessoas diabéticas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 246-262, 1993.

ZAVALA, A. V.; BRAVER, D. Semiologia do pé prevenção primária e secundária do pé diabético. **Diabetes Clínica**, v. 4, p. 137-44, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO*

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS PREVENTIVAS SOBRE PÉ DIABÉTICO

Formulário n. _____ Data _____

I – Características socioeconômicas:

1. Sexo 1()Feminino 2()Masculino

2. Idade: _____ DN ___/___/_____

3. Estado civil: 1()Solteiro(a) 2()Casado(a) 3()Viúvo(a) 4()Separado(a) 5() Amasiado(a)

4. Ocupação: _____

5. Qual a renda familiar (somatório mensal dos rendimentos da família) R\$: _____

ITENS	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	≥ 4
Produtos/serviços					
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar roupa	0	2	2	2	2
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou acoplado)	0	2	2	2	2
PONTUAÇÃO	Total=				
Grau de instrução do chefe ou Responsável pela família	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau (0) Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau (1) Fundamental completo/ 1º. Grau completo (2) Médio completo/ 2º. Grau completo (4) Superior completo (5)				
PONTUAÇÃO	Total=				
PONTUAÇÃO FINAL	Total final=				

Fonte: Associação Nacional de Empresas e Pesquisas

6. Classe econômica: 1()A1 (42-46) 2()A2 (35-41) 3()B1 (29-34) 4()B2 (23-28) 5()C1 (18-22) 6()C2 (14-17) 7()D (8-13) 8()E (0-7)

II – Dados gerais relacionados ao Diabetes Mellitus Tipo 2:

7. Como descobriu o Diabetes?

8. Em sua família tem casos de DM 2? 1()Sim 2()Não

9. Se sim, em quem? 1()Pais 2()Avós 3()Tios 4()Irmãos 5()Primos

10. Quanto tempo de tratamento? _____

11. Tratamento(s) seguido: 1()Medicamentos 2()Atividade física(ex:caminhada) 3()Dieta alimentar 4()Insulina

12. O tratamento está sendo adequado? 1()Sim 2()Não

13. Já ficou sem tomar o medicamento? 1()Sim 2()Não 3()Não lembra
14. Se sim, por quê? _____
15. É esclarecido sobre seu problema de saúde? 1()Sim 2()Não 3()Parcialmente
16. Há quanto tempo frequenta a UBS? _____
17. Com que frequência vai a UBS? _____
18. É tabagista? 1()Sim 2()Não
19. Se sim, há quanto tempo? _____ 20. Número de cigarros por dia: _____
21. Faz exame pra controlar o açúcar no sangue? 1()Sim 2()Não
22. Se sim, com que frequência faz o exame? 1()Diariamente 2()Semanalmente 3() Duas vezes ao mês 4() Uma vez ao mês 5()Quando o médico solicita
23. Segue rigorosamente a dieta alimentar? 1()Sim 2()Não 3()Às vezes
24. Tem conhecimento de alguma doença associada ao diabetes? 1()Sim 2()Não 3()Não sabe
25. Se sim, qual? 1()Pressão Alta 2()Problemas na visão 3()Problema nos rins 4() Problemas no coração 5()Outros: _____
26. Você já recebeu informações sobre cuidados com os pés? 1()Sim 2()Não
27. Se sim, por meio de que? 1()Médico 2()Enfermeiro 3()Revistas ou livros 4()Programas na TV 5()Outro _____

III – Conhecimento sobre cuidados com os pés:

28. Quais os problemas nos pés o diabético pode apresentar? 1()Unha encravada 2() Inchaço, feridas que demoram a sarar 3()Nenhum problema 4()Não Sei
29. Como uma pessoa com diabetes faz a limpeza correta dos pés? 1()Com água fria e sabão comum 2() Somente água fria 3()Com água morna e sabão neutro 4()Não necessita fazer limpeza 5()Não sei
30. Como fazer a secagem ideal dos pés? 1()Com uma toalha, não passando entre os dedos 2()Com uma toalha, passando entre os dedos 3()Não necessita secar 4()Não sei
31. No exame dos pés, o que uma pessoa com diabetes tem que observar? 1()Somente a presença de calos, formigamento e dormência 2()Coloração, temperatura, bolhas, calos, feridas, formigamento e dormência 3()Não necessita observação 4()Não sei
32. Um paciente diabético pode andar descalço? 1()Sim 2()Não 3()Não sei
33. Como deve ser os calçados ideais pra uma pessoa com diabetes? 1()Apertados 2()Folgados 3()Confortável e fechado 4()Confortável e aberto 5()Qualquer tipo de calçados 6()Não sei
34. E quais os tipos de meias adequadas para uma pessoa com diabetes usar? 1()De nylon 2()De algodão sem muitas costuras 3()Não pode usar meias 4()Qualquer tipo 5() Não sei
35. Qual o corte correto das unhas de alguém com diabetes? 1()Arredonda 2() Reta 3()Pode ser os dois cortes 4()Não sei
36. Qual instrumento é indicado para corte das unhas de alguém com diabetes? 1()Tesoura com ponta 2()Estilete ou canivete 3()Tesoura sem ponta 4()Corta-unha 5()Não sei
37. Uma pessoa que tem diabetes necessita usar de hidratante e óleos nos pés? 1()Sim 2()Não 3()Não sei
38. Se sim, onde deve ser passado o hidrante e óleos? 1()Somente por cima do pé 2()Por cima, entre os dedos e por baixo do pé 3()Em todo o pé com grande quantidade de creme e óleo 4()Não sei
39. Como uma pessoa com diabetes deve cuidar dos calos? 1()Removendo com lâminas 2()Removendo com lixa 3()Não remove 4()Não sei

IV – Atitude diante a prevenção do pé diabético:

40. Se alguém lhe ensinasse o modo correto de fazer o exame físico do pé, você faria? 1() Sim 2() Não
41. Se sim, porque você faria? 1() Para prevenir complicações nos pés 2() Para detectar alterações nos pés 3() Outros _____
42. Com que frequência você faria? 1() Diariamente 2() Semanalmente 3() Duas vezes ao mês 4() Uma vez ao mês
43. Se alguém lhe ensinasse o autocuidado com os pés, destacando a maneira ideal lavá-los, secá-los, os calçados ideais para a pessoa com diabetes, você faria? 1() Sim 2() Não
44. Se sim, porque você faria? 1() Para prevenir complicações nos pés 2() Para detectar alterações nos pés 3() Outros _____
45. Com que frequência você faria? 1() Diariamente 2() Semanalmente 3() Duas vezes ao mês 4() Uma vez ao mês
46. Se lhe fosse fornecido um hidratante ou óleo para os pés, você usá-los-ia? 1() Sim 2() Não
47. Se sim, porque você usaria? 1() Para não deixar os pés ressecados 2() Para cuidar da boa aparência do pé 3() Outros _____
48. Com que frequência você faria? 1() Diariamente 2() Semanalmente 3() Duas vezes ao mês 4() Uma vez ao mês

V – Prática de cuidados preventivos com os pés:

49. O que você faz para cuidar dos seus pés? 1() Lava 2() Hidrata 3() Seca 4() Massagem
50. Com que frequência lava os seus pés? 1() Nenhuma vez 2() Diariamente 3() Semanalmente 4() Mensalmente
51. Seca-os toda vez que lava? 1() Sim 2() Não 3() Às vezes
52. Caso afirmativo como seca os pés e com que? _____
53. Faz uso de algum tipo de hidratante ou óleos para os pés? 1() Sim 2() Não 3() Às vezes
54. Qual o tipo de calçado que você usa habitualmente? 1() Fechado e apertado 2() aberto-tipo sandálias 3() Salto maior que 5 cm 4() Fechado e macio 5() Salto menor que 5 cm 6() Sem salto
55. Costuma inspecionar os calçados internamente antes de usá-los? 1() Sempre 2() Às vezes 3() Raramente 4() Nunca
56. Tem o hábito de cortar as unhas? 1() Sim 2() Não
57. Qual o corte das suas unhas dos pés? 1() Arredonda 2() Reta
58. Qual instrumento utilizado? 1() Tesoura com ponta 2() Estilete ou canivete 3() Tesoura sem ponta 4() Corta-unhas 5() outros: _____
59. Costuma utilizar meias quando usa sapatos, sapatilhas ou tênis? 1() Sim 2() Às vezes 3() Não
60. Se sim, qual material das meias? 1() Lã 2() Algodão 3() De nylon 4() Outros: _____
61. Realiza o auto-exame dos pés? 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
62. Se sim, como faz? _____
63. E com que frequência? 1() Sempre 2() Raramente 3() Quando lembra 4() Às vezes
64. Na presença de lesões o que faz para tratá-las? _____
-
65. Apresenta algum tipo de limitação física para a prática do autocuidado com os pés? 1() Problemas de visão 2() Problemas de mobilidade 3() Não possui 4() Outro: _____
66. Tem ajuda familiar para a prática do cuidado com os pés? 1() Sempre 2() Às vezes 3() Raramente 4() Nunca
67. Algo o impede de realizar o autocuidado com os pés? _____

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: “Conhecimento, atitudes e práticas preventivas sobre pé diabético”

Pesquisadora responsável: Ana Roberta Vilarouca da Silva

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / Centro de Ciências da Saúde / Curso de Enfermagem / Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99728446

Local da coleta de dados: Estratégia de Saúde da Família

Você está sendo convidado a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Este estudo tem como objetivo identificar o conhecimento, as atitudes e as práticas de cuidados que visem a prevenção do pé diabético em pacientes com *Diabetes Mellitus* Tipo 2 na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Picos - PI.

Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento de um formulário, respondendo às perguntas formuladas que abordam os dados sócio-econômicos, clínico dividido nos tópicos histórico familiar de DM2, tempo de convivência com a patologia, tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, dentre outros, e ainda questões a respeito do conhecimento sobre a complicação neuropática, as atitudes em virtude da prevenção do pé diabético e o autocuidado realizado pelo portador de DM2.

Esta pesquisa trará como benefício um maior conhecimento sobre o tema abordado. O preenchimento do formulário não trará nenhum risco de ordem física e ou psicológica para você.

As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____, abaixo assino, concordando em participar no estudo **conhecimento, atitudes e práticas preventivas sobre pé diabético** como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo conhecimento, atitudes e práticas preventivas sobre pé diabético. Eu discuti com a Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os

propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que ele possa ter adquirido.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para participação neste estudo.

Picos, ____ de _____ de 2011.

Ana Roberta Vilarouca da Silva
Pesquisador responsável

Observações complementares

Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXO

ANEXO A

<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045</p>
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Conhecimento, atitudes e práticas preventivas sobre pé diabético.

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0419.0.045.000-11

Pesquisador Responsável: Ana Roberta Vilarouca da Silva.

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Maio/2012 Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 30/11/2011

Teresina, 07 de Dezembro de 2011.



Prof. Dr. Eulálio Gomes Campelo Filho
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
COORDENADOR