CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO DE AUTOCUIDADO COM OS PÉS EM DIABÉTICOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

KNOWLEDGE AND BEHAVIOR OF SELF-CARE WITH FEET IN DIABETICS AT A REFERENCE HOSPITAL

FONTE, Danyelle Oliveira¹
AMARAL, Robson Tostes²
BARBOSA, Aurélio de Melo³

1. Enfermeira, graduada pela Universidade Salgado de Oliveira e Especialista pela Residência Multiprofissional em Clínica Especializada em Endocrinologia no Hospital Geral Alberto Rassi, pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás/ Uni-evangélica.
2. Enfermeiro, graduado pela Faculdade Estácio de Sá de Goiás e Especialista pela Residência Multiprofissional em Clínica Especializada em Endocrinologia no Hospital Geral Alberto Rassi, pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás/ Uni-evangélica.
3. Fisioterapeuta graduado na Universidade Estadual de Goiás, especialista em Fisioterapia Neurológica e Mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Resumo:

O objetivo deste estudo foi investigar o conhecimento de pessoas com DM sobre autocuidado com os pés, informações recebidas de profissionais de saúde e ações de autocuidado efetivamente realizadas por elas no cotidiano. Foi um estudo transversal, com amostra de 74 sujeitos, atendidos num hospital geral de referência em Goiânia, no período de abril a novembro de 2015. Os dados foram obtidos mediante entrevista. Os resultados mostraram que a maioria da amostra possui déficit no conhecimento sobre autocuidados para prevenção de feridas do pé diabético e não realiza todas as estratégias preventivas necessárias. No entanto houve correlação direta, estatisticamente significativa, entre a quantidade de ações de autocuidados que previnem as feridas do pé diabético realizadas rotineiramente e a quantidade de estratégias informadas pela equipe de profissionais de saúde nas consultas ao longo do tratamento (Rho de Speaman = 0,393 e $p = 0,001$), bem como com o número de profissionais de saúde que prestou informações sobre DM e comorbidades (Rho de Speaman = 0,285 e $p = 0,014$). Provavelmente ao ter recebido uma maior variedade de informações e ter tido contato com um maior número de profissionais de saúde teve correlação com um comportamento mais adequado de autocuidado.

Palavras-Chave: diabetes mellitus; pé diabético; autocuidado; conhecimentos; atitudes; práticas em saúde.

Abstract:

The objective of this study was to investigate the knowledge of DM patients on self-care with their feet, information received from health professionals and self-care actions effectively carried out by them in daily life. It was a cross-sectional study with a sample of 74 subjects, attending a general referral hospital in Goiânia, in the period from April to November 2015. Data were collected through interviews. The results showed that most of the sample has a deficit in knowledge about self-care to prevent injuries in the diabetic foot and does not perform the necessary preventive strategies.

However there was a direct correlation, statistically significant, between the amount of self-care actions that prevent the wounds of diabetic foot routinely performed and the amount of strategies informed by the team of health professionals in consultations throughout the treatment (Rho Speaman = 0.393 and $p = 0.001$), as well as the number of health professionals who provided information on diabetes and co-morbidities (Rho Speaman = 0.285 and $p = 0.014$). Likely to have received a greater variety of information and have had contact with a greater number of health professionals was correlated with a better self-care behavior.

Keywords: diabetes mellitus; diabetic foot; self care; health knowledge; attitudes; practices in health.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) constitui um grave problema de saúde pública por sua elevada frequência na população, assim como por suas complicações, mortalidade, elevados custos financeiros e sociais envolvidos no tratamento, além do comprometimento significativo da qualidade de vida de seus portadores¹.

O DM é uma síndrome decorrente do déficit de insulina ou de sua incapacidade em exercer adequadamente seu papel. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas, que, por longo prazo, podem resultar em danos, disfunção e falência de múltiplos órgãos, especialmente rins, coração, vasos sanguíneos, nervos e olhos¹

O DM é uma das doenças mais prevalentes, dentre as patologias crônico-degenerativas, exigindo cuidados contínuos na utilização de fármacos, podendo, ainda, acarretar prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida².

Como complicações agudas destacam-se a hipoglicemia, cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar, já as complicações degenerativas mais frequentes são: infarto agudo do miocárdio (IAM), arteriopatia periférica, acidente vascular cerebral (AVC), microangiopatia, nefropatia e neuropatia³.

A neuropatia é considerada o fator permissivo principal para o desenvolvimento de ulcerações nos pés de pacientes diabéticos, não excluindo os pacientes assintomáticos, uma vez que a ausência de sintomas não exclui a neuropatia diabética, nem suas complicações⁴. A prevenção das úlceras diabéticas pode ser alcançada na atenção básica através de breve história clínica e triagem para perda da sensação protetora e exame dos pulsos distais. Estas medidas simples e custo-efetivas ajudam a estratificar os pacientes baseados no risco e a determinar o tipo de intervenção necessária e oportuna. Além disso, atividades

educativas nos serviços de saúde podem ajudar na adesão dos pacientes ao tratamento⁵.

A literatura descreve que o índice de amputação pode ser diminuído com programas de educação em saúde e treinamentos, deste modo, as campanhas educativas de prevenção, que visam esclarecer as pessoas portadoras de DM sobre esta importante ameaça à sua saúde, são essenciais e necessárias para garantir a adesão ao tratamento possibilitando o conhecimento dos fatores de risco que afetam as extremidades inferiores⁶.

A educação tem como objetivo principal sensibilizar e mudar atitudes dos diabéticos, a fim de reduzir o risco de ferimento, úlcera e infecção. Porém é muito difícil modificar alguns valores e preceitos em relação aos cuidados com os pés e calçados no cotidiano. Acredita-se que a idade, a acuidade visual, obesidade, mobilidade limitada e problemas cognitivos possivelmente interferem nas habilidades de autocuidado adequado com os pés, mesmo não se considerando as condições socioeconômicas que, em suma, determinam o estilo e qualidade de vida dessa população⁷.

A consulta de enfermagem classifica-se como fator importante e instrumento de proteção ao agravo dos riscos e complicações, visto que colabora para a forma de cuidar e educar, motivando o outro a participar do processo saúde-doença, aprendendo o autocuidado dos pés, ajudando na adesão do tratamento⁷.

Através da técnica da inspeção, o enfermeiro deve avaliar também a integralidade da pele à procura de presença de calosidades, micoses, ressecamento, rachaduras, fissuras e ferimentos. Com auxílio do método da palpação é necessário verificar a condição vascular, investigando a coloração e temperatura da pele, pulsação, edema, bem como diminuição ou perda da sensibilidade protetora; esses fatores quando prejudicados levarão à insuficiência venosa, aterosclerose das artérias periféricas, o que pode comprometer a perfusão sanguínea. Na avaliação do pé diabético, o enfermeiro também pode utilizar vários instrumentos, como o monofilamento Semmes-Weinstein (SW), o diapasão de 128 Hertz e o dispositivo Vibration Pressure Threshold (VPT), visto que auxiliam na identificação da sensibilidade protetora⁽⁷⁾. Mediante avaliação clínica, a qual inclui a anamnese, exame físico acompanhado pelos testes de sensibilidade protetora, o enfermeiro tem a capacidade de diagnosticar os problemas existentes, planejar as ações e posteriormente traçar um plano de cuidado terapêutico para cada sujeito

diabético de forma singular e holística⁸.

É papel dos profissionais de saúde esclarecer o indivíduo com DM sobre a cronicidade de sua condição, que requer a necessidade de tratamento contínuo e mudanças no seu estilo de vida, para o adequado controle metabólico e prevenção de complicações. Os profissionais de saúde devem desenvolver estratégias clínico-educativas que favoreçam a promoção da saúde na perspectiva da adoção de um estilo da vida mais saudável.

O presente estudo objetiva investigar o conhecimento sobre autocuidado com os pés demonstrado por pessoas com DM, informações recebidas de profissionais de saúde e ações de autocuidado efetivamente realizadas no cotidiano dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi no período de sete meses.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional analítico, do tipo transversal. A população do estudo foi constituída por pessoas com DM tipo I, II ou de outros tipos e etiologias, atendidas no hospital geral de Goiânia Alberto Rassi, em regime ambulatorial ou de hospitalização. A amostra foi composta por 74 sujeitos.

Como instrumento foi utilizado um questionário que avalia os conhecimentos, as informações recebidas de profissionais de saúde, prática de autocuidados para prevenção de feridas e úlceras nos membros inferiores e os obstáculos individuais que dificultam a adesão aos autocuidados preventivos dos pacientes diabéticos.

Foram definidas as variáveis: gênero, idade, nível de escolaridade, renda familiar, índice de massa corporal (IMC), tipo de DM, conhecimento sobre as estratégias de autocuidado preventivo com os pés em DM, percepção da informação prestada pelos profissionais de saúde, ações de autocuidados para prevenção do Pé Diabético, obstáculos para a realização dos autocuidados.

Os dados foram coletados durante os meses de abril a novembro de 2015, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HGG, sob o CAAE n.42350515.6.0000.0035. Todas as medidas éticas foram realizadas a fim de proteger os participantes da pesquisa, cumprindo as normas éticas regulamentadoras de pesquisas no Brasil, como a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Para tabulação e análise dos dados foi utilizado um programa estatístico, sendo realizadas análises de estatística descritiva e inferencial. Foram realizados testes de correlação não paramétrica (Teste de Spearman) entre algumas variáveis. A tabela foi elaborada utilizando um programa de planilhas.

RESULTADOS

Foram avaliados 74 pacientes atendidos no Hospital Alberto Rassi. Alguns dados não foram informados pelos participantes.

Na tabela 1 observa-se a distribuição de variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra.

Tabela 1 – Distribuição de variáveis sociodemográficas e clínicas.

VARIÁVEL	£	%
Sexo (n=74)		
Feminino	44	59,5%
Masculino	30	40,5%
Idade (n=73)		
20 a 29 anos	3	4,1%
30 a 39 anos	4	5,5%
40 a 49 anos	10	13,7%
50 a 59 anos	17	23,3%
60 a 69 anos	21	28,8%
70 a 80 anos	18	24,7%
Escolaridade (n=66)		
Não alfabetizado	11	16,7%
De um a quatro anos	14	21,2%
De cinco a oito anos	19	28,8%
De nove a doze anos	13	19,7%
Mais de doze anos	9	13,6%
Renda familiar (n=72)		
De 700 a 1000 reais	40	55,6%
De 1050 a 2000 reais	25	34,7%
De 2050 a 3000 reais	4	5,6%
De 3050 a 4000 reais	3	4,2%
IMC (n=70)		
Abaixo de 18 kg/m ²	3	4,3%
De 18 a 24,9 kg/m ²	20	28,6%
De 25 a 29,9 kg/m ²	21	30,0%
De 30 a 34,9 kg/m ²	11	15,7%
De 35 a 39,9 kg/m ²	8	11,4%
40 kg/m ² ou mais	7	10,0%
Tempo de diagnóstico (n=70)		
Menos de 10 anos	34	48,6%
De 10 a 19 anos	22	31,4%
De 20 a 29 anos	9	12,9%
De 30 anos a 36 anos	5	7,1%
Tipo de Diabetes (n=74)		
Diabetes tipo I	6	8,1%
Diabetes tipo II	61	82,4%
Não soube informar	7	9,5%

Entre os participantes da pesquisa, 27% (n=20) relataram não ter nenhuma alteração nos pés e 73% (n=54) afirmaram ter alguma alteração nos pés, sendo que desses, cerca de 58,1% (n=43) apresentavam falta de sensibilidade e formigamento nos membros inferiores, 41,8% (n=31) dor tipo queimadura, 18,9% (n=14) tinham deformidades, calosidades ou infecções nos pés, 18,9% (n=14) apresentavam ferida ativa no momento da pesquisa e 12,1% (n=9) tiveram ferida prévia, 10,8% (n=8) apresentavam os pés sempre frios, 8,1% (n=6) sofreram amputação de dedo(s) do

pé e um paciente (1,3%) sofreu amputação do pé.

Dos 74 pacientes avaliados neste estudo, 24,3% (n=18) afirmaram não conhecer estratégias para evitar formação de feridas nos pés e 75,7% (n=56) afirmaram conhecer estratégias e elencaram todas as que sabiam, sendo que tinham a possibilidade de citar nove estratégias, no máximo.

Cerca de 52,7% (n=39) citaram “inspeção diária dos pés”, 48,6% (n=36) mencionaram “higienização e hidratação adequada dos pés”, 28,3% (n=21) reportaram “evitar calçados apertados”, 18,9% (n=14) aludiram “utilizar calçados fechados”, 18,9% (n=14) apontaram “fazer corte adequado de unha”, 8,1% (n=6) referiram “fazer tratamento de calos”, 5,4% (n=4) mencionaram “evitar aproximar os pés de objetos com alta temperatura ou lavar em água quente”, 4,1% (n=3) indicaram “evitar o uso de calçados novos por mais de duas horas” e 1,4% (n=1) citaram “evitar calçados com costura interna”.

Próximo de 24,3% (n=18) citou apenas uma estratégia, 21,6% (n=16) mencionaram duas estratégias, 12,2% (n=9) reportaram três estratégias, 10,8% (n=8) citaram quatro estratégias e 6,8% (n=5) indicaram de cinco a sete estratégias. A média de estratégias citadas foi 1,85 e a mediana de duas estratégias. Assim, observa-se que a grande maioria (70,2%) conhecia muito pouco sobre estratégias de autocuidado para evitar feridas do pé diabético, pois sabiam mencionar duas, uma ou nenhuma estratégia preventiva.

Houve correlação direta, estatisticamente significativa (Rho de Speaman=0,238 e $p=0,05$) entre tempo de escolaridade e quantidade de estratégias de autocuidado preventivo do pé diabético citadas pelos pacientes. Houve correlação inversa, estatisticamente significativa (Rho de Speaman= -0,236 e $p=0,045$) entre renda familiar e quantidade de estratégias de autocuidado preventivo do pé diabético citadas pelos pacientes. Porém as correlações de idade (Rho de Speaman=0,098 e $p=0,407$) e tempo de diagnóstico (Rho de Speaman= -0,236 e $p=0,045$) com quantidade de estratégias citadas não foram significativas. Já era esperado que, na população estudada, os pacientes com maior escolaridade citassem mais estratégias de autocuidados para prevenção de feridas no pé diabético. Porém, esperava-se que os de maior renda familiar mencionassem mais estratégias, e foi o contrário. É importante lembrar que não houve participantes de classe alta ou média alta no estudo, o que pode ter influenciado nesse resultado.

Aproximadamente 94,5% (n=70) afirmaram terem recebido orientações do

médico sobre a DM e comorbidades. Cerca de 51,3% (n=38) receberam de enfermeiro, 52,7% (n=39) de nutricionista, 13,5% (n=10) de fisioterapeuta, 13,5% (n=10) de psicólogo e 8,1% (n=6) de fonoaudiólogo. Aproximadamente 63,5% (n=47) receberam informações de pelo menos dois profissionais de saúde e 43,2% (n=32) receberam de três ou mais profissionais de saúde, sendo que os participantes pesquisados foram informados por no mínimo um e no máximo seis profissionais, numa média de 2,36 e mediana de dois profissionais. Apenas um paciente (1,4%) não foi informado sobre DM e comorbidades por nenhum profissional de saúde. Observa-se que 36,5% da amostra só receberam orientações sobre DM e comorbidades de apenas um único profissional, geralmente o médico.

Não houve correlação estatística significativa (Rho de Speaman=0,86 e $p=0,468$) entre a quantidade de estratégias preventivas do pé diabético citadas pelos participantes e o número de profissionais de saúde que prestou informações sobre DM e comorbidades. Assim, parece que ter sido orientado por mais profissionais de saúde não influenciou o paciente a conhecer maior número de estratégias para prevenção do pé diabético. Isto pode denotar a dificuldade de aprendizagem dos participantes da pesquisa que, mesmo tendo sido orientados por poucos ou vários profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, não conseguiam lembrar posteriormente das orientações.

No contato com os profissionais de saúde, 79,7% dos participantes da pesquisa (n=59) afirmaram terem sido informados sobre a possibilidade de sofrer feridas nos pés ou pernas relacionadas ao diabetes, 71,6% (n=53) sobre observar regularmente os pés, 10,8% (n=8) sobre utilização de um espelho para observar a planta dos pés, 70,2% (n=52) sobre a manutenção de limpeza dos pés, 66,2% (n=49) sobre manutenção da pele hidratada, 54% (n=40) sobre utilização constante de calçados, 52,7% (n=39) sobre escolha de calçados adequados, 36,4% (n=27) sobre o modo de cortar as unhas, 33,7% (n=25) sobre quem contatar quando tem problemas nos pés, 32,4% (n=24) sobre quando pedir ajuda devido a problemas nos pés, 25,6% (n=19) sobre evitar temperaturas muito altas ou muito baixas, 22,9% (n=17) sobre a importância de que as calosidades e verrugas só podem ser tratadas por profissionais da saúde e 9,4% (n=7) foram informados sobre a utilização de calçadas. Foram no máximo 12 tipos de ações preventivas de feridas em pé diabético informadas pelos profissionais de saúde, referenciadas pelos sujeitos, as supracitadas, com média de 4,86 e mediana de cinco ações.

Houve correlação estatística significativa direta (Rho de Speaman=0,404 e $p=0,0004$) entre a quantidade de estratégias informadas pela equipe de profissionais de saúde e a quantidade de estratégias citadas pelos pacientes, para evitar feridas nos pés provocadas por DM. Provavelmente, quanto maior a variedade de informações prestadas pelos profissionais nas consultas ao longo do tratamento, maior foi à chance do paciente de lembrar as estratégias preventivas do pé diabético, posteriormente.

Em relação as quatorze ações de autocuidados que previnem as feridas do pé diabético, cerca de 10,9% ($n=8$) realizavam apenas quatro, cinco, seis ou sete ações preventivas, 44,6% ($n=33$) faziam rotineiramente de oito a dez ações, 29,7% ($n=22$) realizavam onze ou doze ações e 14,9% ($n=11$) faziam treze ou quatorze. Assim, apenas uma minoria fazia quase todas as ações de autocuidados necessárias para prevenir feridas. A maioria fazia apenas metade ou 60% das quatorze ações preventivas em sua rotina cotidiana. Os resultados em cada ação rotineira preventiva são apresentados a seguir.

Sobre o costume de observar a planta dos pés, 36,4% ($n=27$) responderam que faziam “diariamente”, o que é recomendado como ação para prevenir feridas do pé diabético. Cerca 24,3% ($n=18$) que “várias vezes na semana”, 20,2% ($n=15$) “1 vez por semana”, 8,1% ($n=6$) responderam “1 ou 2 vezes no mês” e 10,8% ($n=8$) responderam que “nunca” observa a planta dos pés.

A respeito do costume de observar espaços entre os dedos, 43,2% ($n=32$) responderam que “diariamente”, que é a estratégia indicada para prevenir feridas. outros 28,3% ($n=21$) responderam que “várias vezes na semana”, 13,5% ($n=10$) “1 vez por semana”, 6,7% ($n=5$) “1 ou 2 vezes no mês” e 8,1% ($n=6$) responderam que “nunca”.

Em relação ao costume de lavar os pés 91,9% ($n=68$) responderam que lavam “diariamente”, que é a ação recomendada para prevenir feridas no pé diabético. Somente 6,7% ($n=5$) responderam que lavam “várias vezes na semana” e 1,3% ($n=1$) “1 vez por semana”.

De outras ações preventivas recomendadas, 79,7% ($n=59$) afirmaram que ao limpar os pés, seca o espaço entre os dedos, 78,3% ($n=58$) costuma usar cremes hidratantes nos pés, 60,8% ($n=45$) afirmaram que costumam inspecionar o interior do calçado antes de usar, 54% ($n=40$) afirmaram que quando lavam os pés, testam previamente a temperatura da água, 66,2% ($n=49$) cortam as unhas de forma

adequada (corte quadrado/reto) e 66,2% (n=49) utilizam calçados adequados (fechados, sem apertar os pés).

De ações não recomendadas, 18,9% (n=14) disseram que quando lavam os pés, mantém de molho mais que dez minutos, 17,5% (n=13) afirmaram cortar suas calosidades, somente 1,3% (n=1) afirmou fazer uso de calicida, 1,3% (n=1) paciente afirmou lavar os pés em água quente ou aproximar os pés de fontes de calor (aquecedores, botijas de água quente, etc.), 33,7% (n=25) cortam as unhas dos pés de forma inadequada (arredondada), e 33,7% (n=25) usam calçados inadequados (abertos ou apertados).

Quando questionados sobre se tiverem algum problema com os pés, que não melhora em poucos dias, 75,3% (n=55) afirmaram "recorrer ao médico assistente" enquanto 24,6% (n=18) disseram "fazer tratamento na tentativa de melhorar".

Houve correlação direta, estatisticamente significativa, entre a quantidade de ações de autocuidados que previnem as feridas do pé diabético realizadas rotineiramente e a quantidade de estratégias informadas pela equipe de profissionais de saúde nas consultas ao longo do tratamento (Rho de Spearman=0,393 e $p=0,001$), bem como com o número de profissionais de saúde que prestou informações sobre DM e comorbidades (Rho de Spearman=0,285 e $p=0,014$), mas não com a quantidade de estratégias citadas pelos pacientes que diziam conhecer estratégias de prevenção das feridas do pé diabético (Rho de Spearman=0,086 e $p=0,468$). Assim, na população estudada, parece que o fato de ter tido contato com maior número de profissionais de saúde ou ter recebido uma maior variedade de informações sobre ações de autocuidados para prevenção de feridas se correlacionou com os pacientes a terem um melhor comportamento de autocuidados preventivos com os pés, mas conseguir lembrar-se das estratégias quando inquiridos, o que indica maior conhecimento, não teve a mesma correlação com o comportamento. Isto indica que, mesmo demonstrando maior conhecimento quando questionados, alguns pacientes não tem comportamento preventivo adequado.

Em relação aos obstáculos que dificultam para que os pacientes façam o cuidado dos os pés, 31% (n=23) afirmaram não saber o que fazer para cuidar dos pés, 24,3% (n=18) não consegue alcançar os pés, 18,9% (n=14) responderam que não conseguem ver bem os pés, 18,9% (n=14) acham o tratamento muito dispendioso e 13,5% (n=10) achavam que o autocuidado com os pés não fosse importante. Cerca de 60,8% (n=45) reportou algum desses problemas supracitados

para fazer o autocuidado dos pés.

Sobre a cooperação da família nos cuidados para o diabetes 61,6% (n=45) afirmaram que a família colabora "bastante", 28,7% (n=21) responderam que "mais ou menos" e 9,5% (n=7) responderam que a família "não coopera" com os cuidados para o controle da diabetes.

DISCUSSÃO

Neste estudo foi observada uma maior predominância do gênero feminino e de faixas etárias acima de 50 anos, especialmente entre 60 e 70 anos, sendo que a prevalência era de Diabetes tipo 2. Vários estudos indicam que a população feminina predomina sobre a masculina entre os pacientes com DM, com percentuais bem próximos aos achados desta investigação, como: 69,6 e 60,9%^{9,10}. O risco de desenvolver DM 2 aumenta após os 40 anos de idade, apresentando uma elevação mais aguda na sexta década de vida, sendo portanto uma doença mais prevalente na população idosa¹¹.

O tempo médio referido de acometimento da doença pelos sujeitos portadores de DM nesta pesquisa foi de 11,2 anos. Em estudo no interior paulista encontrou uma média de tempo de diabetes similar, de 12,5 anos⁹.

A renda familiar prevalente foi entre 700 a 1000 reais e a maioria dos entrevistados tinha baixa escolaridade, menor que nove anos. A população de baixa renda e de baixa escolaridade são as que, predominantemente, utiliza os serviços públicos de saúde¹².

O baixo grau de instrução interfere no autocuidado à medida que se torna um fator agravante pelo comprometimento das habilidades de leitura, escrita e compreensão das orientações prestadas pelos profissionais de saúde¹³. As publicações mais atuais (20, 22) sugerem a desigualdade social na presença de condições crônicas, especificamente no que se refere ao DM.

A maior parte da amostra estudada estava acima do peso ideal, com sobrepeso ou obesidade. A obesidade é fator associado ao DM tipo 2, aumentando o risco para doenças cardiovasculares¹.

A grande maioria dos pacientes, neste estudo, afirmou perceber alguma alteração nos pés, indicativa de transtorno neuropático, alguns com histórico de ferida atual ou prévia nos pés. Isto indica a necessidade de que façam um

autocuidado rigoroso e abrangente com os pés em sua rotina diária, a fim de evitar feridas ou mesmo controla-las.

Dentre os fatores de risco encontrados para o desenvolvimento de complicações de membros inferiores, chamou atenção à inadequada higiene dos pés e calçados inadequados. Além disso, quando esses fatores estão associados a alta ocorrência de calos ou mesmo a diminuição da sensibilidade, predispõe o aparecimento de lesões que podem prejudicar e se agravar, ainda mais quando o paciente não tem o hábito de examinar frequentemente os pés⁶.

As úlceras diabéticas causam um considerável impacto negativo na vida dos diabéticos, possuem uma alta suscetibilidade à infecção, que pode levar à amputação. É crucial que recebam o melhor tratamento possível, o que exige uma compreensão total das causas, evolução, riscos e tratamento. Mais do que isto, demanda uma abordagem multiprofissional e participação ativa do paciente no processo de tratamento¹.

O enfermeiro tem um papel ímpar no processo do cuidado a essa clientela, assumindo a responsabilidade de rastrear e monitorar os fatores de risco, orientando as pessoas com diabetes mellitus. Não obstante, deve buscar envolver toda a equipe de saúde no planejamento de intervenções básicas, promovendo atividades educativas para o autocuidado e manutenção de um bom controle metabólico, evitando assim futuras complicações, especialmente as feridas do Pé Diabético¹⁴.

No presente estudo aproximadamente dois terços da amostra pesquisada referiu ter recebido orientações de profissionais de saúde sobre inspeção frequente e higiene e hidratação regular dos pés. Metade da amostra afirmou ter sido orientada sobre o uso de calçados adequados para evitar lesões nos pé e apenas um terço ou menos foi orientado sobre corte de unhas, evitar aproxima os pés de fontes de calor ou mergulhar em água quente e procurar tratamento profissional para lesões nos pés, como calosidades e outros transtornos. Isto indica que, a população estudada, necessita receber uma abordagem mais abrangente da equipe multiprofissional no que concerne à variedade de orientações para o autocuidado preventivo com os pés na DM, especialmente da enfermagem.

Na abordagem ao diabético, é papel do enfermeiro orientar quanto à importância da hidratação da pele, usando uma linguagem fácil e acessível a todos. A higiene diária dos pés, seguida da secagem eficaz de toda a extensão do pé e espaços interdigitais é uma medida positiva na prevenção de úlceras¹⁵.

Visando diminuir complicações em extremidades inferiores, ressalta - se os cinco pilares para o cuidado adequado, baseado em: exames regulares dos pés que apresentam riscos, identificação dos mais propensos a desenvolver lesões, conscientização do paciente, de sua família e dos profissionais de saúde sob a importância do exame minucioso dos pés, utilização de meias e sapatos adequados e tratamento das doenças não ulcerativas¹⁶.

No presente estudo apenas 36 a 42% dos sujeitos referiram fazer a inspeção diária dos pés e 25% fazem tratamento por conta própria para os problemas nos pés. Por outro lado, mais de 90% fazem higiene diária dos pés, cerca de 80% utiliza regularmente hidratantes nos pés, 75% procuram o médico para tratar lesões nos pé e mais de dois terços da amostra utilizam calçados adequados para a prevenção de lesões e faz corte apropriado das unhas dos pés (corte quadrado). Assim, a maioria faz boa parte das estratégias de autocuidados (higiene, calçados, corte de unhas e procura tratamento profissional para lesões), porém precisa melhorar o comportamento de inspeção dos pés. E parte da amostra tem comportamentos inadequados de cuidados com os pés. Isto aponta que, no acompanhamento dos pacientes, a equipe multiprofissional deve refazer as várias orientações de autocuidados preventivos, especialmente a inspeção diária dos pés, além de reforçar a importância do cumprimento dessas orientações, para estimular a adesão ao tratamento preventivo.

Os diabéticos devem inspecionar seus pés regularmente, ou pedir para que um familiar ou cuidador o faça por eles. A inspeção diária é o alicerce para a prevenção da úlcera do pé diabético. Todas as feridas e pontos doloridos devem ser tratados com seriedade desde o seu surgimento. O reconhecimento do pé em risco e de lesões iniciais é a responsabilidade mais importante dos profissionais de saúde. Infelizmente, o exame do pé é quase sempre negligenciado, apesar das claras diretrizes em recomendações¹⁶.

Quando identificada a neuropatia, mesmo em ausência de deformidades visíveis, o calçado deve incluir palmilhas para diminuir e amortecer o efeito da tensão repetitiva. Em presença de deformidades, deve-se indicar utilização de calçados especiais segundo recomendação de especialistas na área¹⁷.

O corte das unhas sempre deve ser reto, sem penetrar nas bordas e sem cortá-las muito curtas, pois estes procedimentos, tão comuns, são a etiologia frequente de onicocriptose (unha encravada) e deformidades dos dedos¹⁷.

Os calos geralmente ocorrem nos locais de pressão e fricção e geralmente estão associados ao uso de calçados inadequados. Se negligenciada ou tratada de forma inadequada, pode ocorrer o desenvolvimento de ulcerações. O debridamento regular com bisturi é o tratamento de escolha. Os especialistas desaconselham enfaticamente o uso de agentes queratolíticos e outras substâncias. Um calo que apresente sinais de sangramento, descoloração ou formação de bolhas deve ser tratado como uma emergência clínica¹⁶.

Se a neuropatia envolve primariamente as fibras sensoriais finas, o paciente pode apresentar queimaduras dos pés em água quente não percebida por falta de sensibilidade a dor. Deve-se frisar, nas orientações, que lesões e infecções menores nos pés, como cortes, arranhões e bolhas, podem ser agravadas involuntariamente pelos tratamentos caseiros que impedem a cicatrização. Os pacientes devem ser lembrados de evitar o uso de compressas quentes, almofadas térmicas e agentes tópicos como peróxido de hidrogênio, iodo e adstringentes¹⁷.

As estratégias de educação em saúde precisam ser adequadas e o conteúdo deve ser transferido de forma simples. Precisam ser capazes de motivar as pessoas a compreender a doença e a assumir, de forma ativa, seu papel no tratamento, desde os aspectos mais pessoais de crenças e estado psicossocial até as implicações sociais do processo saúde-doença¹⁸.

Quanto aos obstáculos para cuidar dos pés, cerca de 43,2% referiram não conseguir alcançar os pés ou ver bem os pés. Isto pode estar relacionado ao sobrepeso e obesidade, prevalente na amostra estudada. Um terço referiu que não ter conhecimento dificulta o comportamento de autocuidado com os pés, o que reforça a necessidade de abordagem educativa adequada aos pacientes pela equipe multiprofissional de saúde. Uma pequena parte da amostra acha o tratamento de autocuidado dos pés muito dispendioso, o que pode estar relacionada à baixa renda familiar da maioria pesquisada. A “promoção da saúde” deve ser entendida como a capacitação das pessoas e das comunidades para modificar os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, resultando conseqüentemente em uma perícia natural no controle deste processo¹⁹.

Uma minoria dos sujeitos pesquisados relatou que a família não coopera com os cuidados para o controle da doença, mas isto não deve ser desconsiderado, uma vez que foi demonstrado que indivíduos que vivem sós, sem amigos ou parentes, desprovidos de vínculos sociais ou religiosos, sem acesso à educação e de baixa

condição socioeconômica, estão em maior risco de sofrerem amputações²⁰, sendo importante também ressaltar a participação da família como fundamental no tratamento, pois o familiar é quem conhece a singularidade do portador.

Ressalta-se a importância da inserção da família no processo educativo, ajudando na identificação dos fatores de risco, como também na formação de vínculo, melhorando o controle metabólico e a adesão do tratamento²¹.

Houve correlação entre o comportamento dos pacientes, com maior número de ações preventivas do pé diabético, e o fato do sujeito ter recebido informações de maior quantidade de profissionais e uma maior variedade dessas informações sobre autocuidados. Isto indica que o cuidado do diabetes deve ser interdisciplinar e preventivo, com enfoque educacional para mudança de comportamentos. Há fortes evidências de que a implementação de uma equipe multidisciplinar para o cuidado do pé diabético é procedida de uma subsequente redução nas taxas de amputações⁷.

Medidas de prevenção reduzem significativamente a morbimortalidade por DM, por isso constituem prioridades para a saúde pública no mundo. Segundo o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes, a prevenção pode ser realizada mediante a identificação de indivíduos em risco (prevenção primária), identificação de casos não diagnosticados (prevenção secundária) e pelo tratamento dos indivíduos já afetados pela doença, visando a prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

É recomendado pelo Consenso Internacional Sobre Pé Diabético que todos os pacientes deverão ser avaliados pela equipe ao menos uma vez ao ano. Aqueles que possuem alto risco de desenvolvimento de feridas devem ser avaliados periodicamente, a cada 1 a 6 meses, e que as ações de educação terapêutica sejam aplicadas para aqueles pacientes identificados como de alto risco para surgimento das ulcerações.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa indicam que a maioria da amostra, o que pode representar a realidade da população estudada, tem déficit no conhecimento sobre autocuidados para prevenção de feridas do pé diabético e não realiza todas as estratégias preventivas necessárias. Demonstrar maior conhecimento nas

entrevistas não teve correlação com comportamento preventivo mais abrangente. Porém ter recebido uma maior variedade de informações e ter tido contato com um maior número de profissionais de saúde teve correlação com um comportamento de autocuidados preventivos de feridas nos pés mais adequado. Isto aponta para a importância de uma abordagem multidisciplinar para o DM, bem como para o fato de que os profissionais de saúde devem utilizar estratégias educacionais mais esclarecedoras e convincentes, com informações abrangentes, nas orientações realizadas durante o acompanhamento clínico, para que o paciente aprenda mais e tenha maior aderência ao tratamento e mudança comportamental.

As doenças crônicas requerem cuidado contínuo ao longo da vida, o que exige orientação para o autocuidado e aderência ao tratamento. Nesse contexto, ressalta-se o fundamental papel da equipe multiprofissional, uma vez que a mesma possibilita a integralidade do cuidado na saúde.

O objetivo da educação é modificar a atitude do paciente quanto aos autocuidados e promover a adesão aos conselhos recebidos sobre cuidados com os pés, como a orientação de calçados adequados. Além disso, o paciente necessita estar apto a reconhecer problemas potenciais em seu próprio pé, tomar as devidas providências e buscar ajuda profissional. A educação deve ser simples, relevante, consistente e contínua. Por outro lado, os médicos e outros profissionais de saúde devem se atualizar constantemente, melhorando a habilidade na abordagem de pacientes diabéticos, com enfoque educacional, visando otimizar o cuidado dirigido aos indivíduos de alto risco.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. São Paulo: Ac farmacêutica, 2014.
2. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina I, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Diabetes autorreferido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad saúde pública*. 2010;26:175-84.
3. Vieira-Santo ICR, Souza WV, Carvalho EF, Medeiros MCWC, Nóbrega MGL, Lima PMS. Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, em 2005. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(12):2861-70.
4. Boulton A. J, Kirsner R.S, Vileikyte I. Clinical practice neuropathic diabetic foot ulcers. *N engl med*. 2004;351:48-55.
5. Bersusa AAS, Pascalicchio AE, Pessoto UC, Escuder MML. Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e

- ou diabetes. Rev bras epidemiol. 2010;13:513-22.
6. Calsolari MR, Castro RF, Maia RM, Maia FCP, Castro AV, Reis R, et al. Análise retrospectiva dos pés de pacientes diabéticos do ambulatório de diabetes da Santa Casa de Belo Horizonte MG. Arq Bras Endocrinol Metab. 2002;46:173-6.
 7. Ochoa-Vigo K, Pace AE. Pé diabético: estratégias para prevenção. Acta Paul Enferm. 2005;18(1):100-9.
 8. Luciano LB, Lopes CHAF. Enfermeiro no cuidado do paciente com úlcera de pé diabético. Rev Baiana de Enferm. 2006;20(1):47-55.
 9. Faria HTG. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapia medicamentosa [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
 10. Ferreira CLRA, Ferreira MG. Epidemiological characteristics of diabetic patients within the public health system: an analysis of the HiperDia system. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009;53(1):80-6.
 11. Sociedade Brasileira de Diabetes. Atualização sobre Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006.
 12. Guedes AC. A associação entre o perfil clínico e psicossocial de pessoas com diabetes mellitus usuárias de uma unidade de saúde da família de Sorocaba-SP [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
 13. Ochoa-Vigo K, Torquato MTGC, Silvério IAS, Queiroz FA, De La Torre Ugarteguanilo MC, Pace AE. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. Acta Paul Enferm. 2006;19(3):296-303.
 14. Teixeira CTR, Becker TAC, Citro R, Zanetti ML, Landim CAP. Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. Rev esc enferm USP. 2011;45(1):173-9.
 15. Amaral AS, Tavares DMS. Cuidados com os pés: conhecimento entre pessoas com diabetes mellitus. Rev Eletr Enf. 2009;11(4):801-10.
 16. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2001.
 17. Fristschi C. Preventive care of the diabetic foot. Nurs Clin North Am. 2001;36(2):303-20.
 18. Pace AM, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. Rev Latino Am Enferm. 2010;15:1-7.
 19. Carta de Ottawa. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde Ottawa, novembro de 1986 [acesso em 29 nov. 2015]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.
 20. Barros MBA, César LG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD 2003. Cienc Saude Coletiva. 2006;11(4):911-26.
 21. Audi EG, Moreira RC, Grossi ACM, Catussi EF, Mantovani MF, Araújo AG. Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuições da enfermagem. Cogitare Enferm. 2011;16(2):240-6.
 22. Ministério da Saúde (BR). Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.