

Avaliação do autocuidado em pacientes portadores do pé diabético

Self-care evaluation in patients of diabetic foot

Gabriela Fassina¹, Gislaine Patrícia Coelho¹, Natália de Souza Zinezi¹,
Bárbara Almeida da Silva¹, Clarice Nunes Bramante², José Augusto Costa¹

RESUMO

Introdução: O diabetes mellitus é uma doença de etiologia múltipla, decorrente da falta e/ou incapacidade da insulina. Atinge populações em todas as camadas socioeconômicas, com elevadas incidência e taxa de morbimortalidade. As complicações dessa enfermidade comprometem a produtividade e a qualidade de vida e influenciam na sobrevida dos portadores. A neuropatia periférica é a mais frequente e muito associada ao desenvolvimento do pé diabético. Estima-se que de 10 a 25% dos diabéticos desenvolverão lesões em membros inferiores em algum ponto de suas vidas, podendo ocasionar infecções, amputação do membro ou até a morte. **Objetivo:** Investigar o conhecimento do paciente diabético tipo 2 em relação ao autocuidado dos pés, sua prática e os fatores que impedem ou dificultam sua realização. **Método:** Foi aplicado o Questionário do Autocuidado do Paciente Diabético em 100 pacientes diabéticos tipo 2 que frequentavam uma policlínica municipal. Os dados foram analisados por meio de frequência numérica e percentual e comparados com a literatura. **Resultados:** Os pacientes entrevistados possuíam algum grau de conhecimento a respeito do autocuidado, variando de acordo com o grau de escolaridade principalmente. **Conclusões:** É necessária a manutenção do fornecimento de informações pelos profissionais da saúde de forma constante e repetitiva, sempre respeitando o grau de escolaridade do paciente. **Palavras-chave:** diabetes mellitus; pé diabético; auditoria médica; autocuidado.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus is a disease of multiple etiologies, due to the lack and/or incapacity of insulin. It reaches people in all socioeconomic strata, with high incidence of morbidity and mortality rates. Diabetes mellitus complications compromise productivity, quality of life and affects the survival of patients. Peripheral neuropathy is the most common and closely associated one with the development of the diabetic foot. It is estimated that 10 to 25% of diabetics will develop lesions in the lower limbs at some point in their lives, which may cause infections, limb amputation or even death. **Objective:** To investigate the type 2 diabetic patient knowledge regarding feet self-care, its practice and the factors that prevent or hinder their achievement. **Method:** We applied the Diabetic Patient Self-Care Questionnaire to 100 type 2 diabetic patients attending a Municipal Polyclinic. Data were analyzed by means of numeric and percentage frequency and compared with the literature. **Results:** The patients interviewed had some degree of knowledge regarding self-care, varying mainly according to the level of education. **Conclusions:** It is necessary to maintain the information provided by health professionals in a constant and repetitive manner, always respecting the level of education of the patient. **Keywords:** diabetes mellitus; diabetic foot; medical audit; self care.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença de etiologia múltipla, decorrente da falta e/ou incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos, resultando em hiperglicemia crônica e distúrbios do metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas. Esse agravo é universal e atinge popula-

ções em todas as camadas socioeconômicas, tomando equivalência como problema de saúde pública por conta de sua alta incidência e elevada taxa de morbimortalidade.¹ Há necessidade de cuidados médicos contínuos quanto à educação dos pacientes sobre a doença, a fim de evitar as complicações agudas e crônicas.² A prevalência de DM aumenta de forma

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba – Sorocaba (SP), Brasil.

²Instituto de Podologia e Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

Autor correspondente: José Augusto Costa – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba, Departamento de Cirurgia – Rua Joubert Wey, 290 – Jardim Vergueiro – CEP: 18030-070 – Sorocaba (SP), Brasil – E-mail: drcosta@globo.com

Recebido em 05/12/2017. Aceito para publicação em 13/03/2018.

importante com a idade, variando de 2,7% em grupo etário de 30 a 39 anos a 17,4% no de 60 a 69 anos, de acordo com dados brasileiros, e se faz presente de forma semelhante entre homens e mulheres.³ As complicações do DM comprometem a produtividade do seu portador e sua qualidade de vida e diminuem a sua sobrevivência.¹

Em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingiu 173 milhões em 2002 e tem projeção de chegar a 300 milhões em 2030.⁴

A conjectura para o Brasil é de 8 milhões para o ano de 2025, tendo como principais fatores contribuintes o crescimento e envelhecimento populacional e a prevalência crescente de obesidade e sedentarismo.⁵

Das complicações crônicas do diabetes, a neuropatia é uma das mais frequentes complicações da doença, sendo constatada em 8 a 12% dos diabéticos tipo 2 (ao ser feito o diagnóstico da doença) e também após longos períodos do início da doença (20–25 anos) em 50–60% dos diabéticos. Em relação às alterações nos pés dos diabéticos, 10% têm ulceração durante a evolução da doença. De 20 a 25% das internações dos diabéticos estão relacionadas às complicações nos pés.⁶

A neuropatia periférica sensorial e motora juntamente com a doença vascular periférica propiciam o aparecimento do pé diabético.^{7,8} A lesão sensitiva gera perda gradual da sensibilidade à dor, percepção da pressão plantar, temperatura e propriocepção. A lesão motora contribui para atrofia e fraqueza dos pequenos músculos dorsais, resultando em desequilíbrio nos tendões flexores e extensores, deformidades e alterações no modo de caminhar. Por fim, a lesão autonômica reduz ou suprime o suor nos pés, deixando-os secos e predispondo-os a rachaduras e fissuras, além de desencadear alterações arteriovenosas.⁹⁻¹¹

Estima-se que, aproximadamente, de 10 a 25% dos diabéticos desenvolverão lesões em membros inferiores em algum momento de suas vidas, as quais podem evoluir para ulcerações, como porta de entrada para infecções (de 20 a 50% dos casos) e levar à amputação do membro ou, até mesmo, à morte.³

Nos Estados Unidos, são efetuadas anualmente mais de 50.000 amputações decorrentes do diabetes.⁷ Em um estudo feito no Brasil, na região do Acre, foi observado que pacientes submetidos a aulas com folhêres explicativos sobre a importância do autocuidado com os pés diabéticos mudaram seus hábitos de vida, diminuindo o índice de úlceras, infecções e amputações precoces dos pés. Assim, foi estimada uma melhora de 73% em relação às medidas preventivas ao cuidado com os pés nesses pacientes que participaram das atividades educativas em um período de seis meses. Além disso, junto com a melhora da neuropatia, houve melhora no controle glicêmico e na adesão ao tratamento.^{12,13}

Diversas complicações do DM podem ser evitadas por meio da inspeção regular nos pés, do uso de calçados apropriados e do acesso a cuidados especializados. O uso de calçados inapropriados, novos e que não proporcionem certa folga aos pés, assim como a falta deles são os principais fatores precipitantes das úlceras.¹⁴

O impacto econômico das prolongadas internações hospitalares e amputações alertam para uma mudança radical na problemática do “pé diabético”, com a demonstração de que medidas preventivas, baseadas na redução dos fatores de risco e educação, podem reduzir as amputações.¹⁵ O Ministério da Saúde constatou que 50% das amputações poderiam ser prevenidas por intermédio de ações educativas tanto para os profissionais, quanto para os portadores de DM e seus familiares, concomitantemente ao rastreamento de fatores de risco.¹⁶

OBJETIVO

Investigar o conhecimento dos portadores de DM tipo 2 em relação ao autocuidado com os pés, sua prática e os fatores impeditivos para a sua realização.

MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada a partir da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Questionário do Autocuidado do Paciente Diabético, desenvolvido por Maria Amélia de Souza.¹⁴

Ambos foram aplicados em 100 pacientes portadores de DM, com idades superiores a 18 anos, de ambos os sexos, que realizavam tratamento no ambulatório de Feridas e “Pé diabético” em uma policlínica municipal.

As informações conseguidas por meio do questionário foram avaliadas e confrontadas com a literatura existente sobre o tema.

Cada aplicação do questionário teve duração de 20 a 30 minutos. As entrevistas com maior duração ocorreram pela necessidade de orientação e esclarecimento pertinentes sobre a doença, o tratamento e as complicações.

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido em uma policlínica municipal. Sua população foi composta de 100 pacientes de uma amostra não probabilística. Os dados foram analisados e apresentados por intermédio de frequências numérica e percentual e, assim, comparados com dados da literatura preexistentes sobre o assunto dissertado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa

Mais de 11 milhões de pessoas na população brasileira são acometidas pelo DM com prevalência similar entre os sexos, independente da faixa etária e da raça. Tal prevalência aumenta com o avançar da idade (média de 7,6% de pessoas entre 30 e 69 anos e 20% com idade superior a 70 anos).

Nesta pesquisa, foram 53 participantes do sexo feminino. Estudos relacionados trazem a predominância desse sexo. Esse fato pode estar relacionado à maior procura, por parte do público feminino, de assistência à saúde e orientações sobre o autocuidado como um todo, o que, conseqüentemente,

faz com que possuam maior facilidade de reconhecimento dos sintomas de uma doença, além de a obesidade incidir em maior número nessa população. Porém, o público masculino apresenta maior risco de desenvolver úlceras nos pés com tempo de DM superior a 10 anos.¹⁷

Houve maior ocorrência na faixa etária correspondente a maiores de 60 anos (68/100). Esse resultado foi concordante com a literatura, na qual se encontra que o DM do tipo 2 acomete indivíduos a partir da quarta década e que sua incidência aumenta proporcionalmente com a idade. Um estudo multicêntrico realizado no Brasil apontou prevalência de DM de 7,6% entre pessoas com 30 a 69 anos e 17,4% na população de 60 a 69 anos.¹⁸

Dos 100 entrevistados, 53 eram casados, 3, solteiros, 19, viúvos e os 25 restantes eram divorciados, separados ou amasiados. Guimarães e Takayanagi¹⁹ destacaram a forte associação entre o estado civil e a morbidade do paciente, evidenciando os coeficientes mais elevado de mortalidade entre os viúvos, divorciados e solteiros e mais baixo entre os casados, pois o(a) companheiro(a) pode auxiliar o portador da doença nos cuidados necessários relacionados à terapêutica.

Quanto ao nível escolar, 71 tinham o ensino primário completo, 12, o básico completo, 7, o superior completo e 1, o superior incompleto. O grau de escolaridade é fator de grande importância quando se deseja que o paciente participe das ações de autocuidado, dando continuidade ao seu tratamento em domicílio.²⁰

Estudos brasileiros encontraram maior frequência de pacientes com ensino fundamental incompleto e analfabetos em populações diabéticas. Tendo em vista essa realidade, faz-se necessário que as informações transmitidas a eles sejam passadas de maneira simples e objetiva, com linguagem compatível com o seu grau de instrução, respeitando suas limitações.²¹

Em relação ao ofício, 58 eram aposentados, 7, comerciantes e 35 realizavam atividades diversas. Os dados relacionados à ocupação são importantes, uma vez que permitem ao profissional de saúde adotar uma postura com o paciente de forma que se decidam quais as medidas mais eficazes e passíveis de serem realizadas que aumentem a adesão ao tratamento.²²

A descoberta do diabetes

Dos pacientes entrevistados, 86 possuíam a doença há mais de 7 anos e 12, de 4 a 6 anos. Como a maior parte dos entrevistados tinha idade a partir dos 61 anos, pode-se justificar essa prevalência do tempo de descoberta há mais de 7 anos.

Em estudo realizado por Scapim,²³ o tempo médio de diagnóstico de DM foi de 12,6 anos, e o intervalo que obteve maior frequência foi de 5 a 10 anos. Estudo posterior, desenvolvido por Rocha,²⁴ verificou que dos 55 entrevistados, 40% apresentavam tempo de diabetes entre 6 e 10 anos e 32,7% entre 1 e 5 anos, com uma média de 9,7 anos.

No tratamento utilizado, 80 referiram fazer uso de medicamentos para controle da glicemia e 53, apenas o tratamento não medicamentoso. Os entrevistados poderiam mencionar que realizavam mais de um tratamento ou até mesmo nenhum deles, justificando o total diferir de 100%.

Segundo Dullis, o tratamento preconizado é fundamentado em quatro pilares: educação alimentar, atividade física, tratamento medicamentoso e educativo. A alimentação deve ser orientada a fim de fazer com que o diabético alcance seu peso ideal.²⁵

Das complicações do DM, pudemos observar que a mais citada é a retinopatia diabética, com 54%; a segunda foi a nefropatia diabética, com 37%; a insuficiência cardíaca ocupou a terceira colocação, com 27%; a depressão esteve presente em 19%; enquanto o infarto agudo do miocárdio representou 12%; e, por último, apareceu o acidente vascular cerebral, com 6%.

Alguns estudos observaram que das internações relacionadas ao diabetes, 25% foram consequentes ao comprometimento dos pés ou outro tipo de úlcera cutânea, sendo que estas resultaram em amputação do membro acometido, piorando a qualidade de vida do paciente.²⁶

No estudo de Scapim,²³ que contava com uma amostra de 60 pacientes diabéticos, 19 (31,7%) apresentaram retinopatia; 9 (15%), retinopatia, nefropatia e úlcera nos pés; 19 (31,7%), doença vascular periférica e pé diabético; 11 (18,3%), neuropatia e pé diabético; e apenas 2 (3,3%) tinham nefropatia e retinopatia.

Conhecimento e prática dos pacientes diabéticos sobre o cuidado com os pés

O Consenso Internacional do Pé Diabético²⁷ aponta os seguintes pilares para os cuidados com os pés em pessoas diabéticas: exames regulares dos pés; se apresentam possíveis riscos para lesões; identificação dos pés mais propensos a desencadear processos ulcerativos; conscientização do paciente, de sua família e dos profissionais de saúde sobre a necessidade da execução de um exame clínico minucioso para a saúde dos pés; utilização de meias e calçados apropriados, evitando o aparecimento de traumas; e, finalmente, o tratamento eficaz das doenças não ulcerativas.

De acordo com esse consenso, os cuidados necessários para prevenir o pé diabético resumem-se a lavagem diária dos pés com água e sabão neutro, especialmente entre os dedos dos pés; secar bem os pés e entre os dedos; e hidratar os pés com creme à base de ureia, principalmente as regiões plantar, dorsal e do calcanhar, com frequência de três vezes ao dia — isto é, pela manhã, à tarde e à noite. A hidratação é um cuidado essencial para a proteção contra o ressecamento dos pés, evitando, assim, rachaduras neles. Uma possível justificativa para a falta de uso do creme hidratante talvez seja o baixo poder aquisitivo dos pacientes diabéticos entrevistados.

De acordo com estudo feito por Orem,²⁸ o autocuidado é um procedimento voluntário, uma ação determinada para que se chegue a um objetivo esperado. É de extrema importância que os indivíduos tenham conhecimento de que as demandas experimentadas são significantes para suas vidas e para sua saúde e, assim, sentirão a responsabilidade voltada para si (Tabela 1).

Com relação à realização de inspeção do interior do calçado antes de utilizá-lo, 75 a faziam. No estudo de Ro-

cha,²⁴ todos os investigados mencionaram realizar a inspeção do calçado antes de usá-lo. Esses dados apontam que os pacientes estão cada vez mais assumindo o papel de agente ativo de seu cuidado, uma vez que o Consenso Internacional do Pé Diabético²⁷ orienta os diabéticos a verificarem a presença de algum corpo estranho no interior dos calçados antes de seu uso.

Quanto ao tipo de sapato usado, 7 usavam sapatos apertados e 93, sapatos com folgas. Esse dado é de extrema importância, pois os sapatos apertados podem provocar lesões não referidas pelos pacientes em razão da neuropatia periférica que leva à diminuição da sensibilidade. A lesão só vai chamar atenção do paciente quando muito tardia, geralmente associada à infecção secundária ou até a focos necróticos.

Tabela 1. Distribuição das variáveis relacionadas aos cuidados dispensados aos pés nos 100 pacientes pesquisados. Sorocaba, São Paulo, 2017.

Variáveis	N	%
Cuidados com os pés		
Observação dos pés		
Nunca	7	7
1 ou 2 vezes por mês	3	3
1 vez por semana	19	19
Vários dias por semana	41	41
Diariamente	30	30
Observação dos espaços entre os dedos		
Nunca	10	10
1 ou 2 vezes por mês	3	3
1 vez por semana	19	19
Vários dias por semana	41	41
Diariamente	27	27
Lavagem dos pés		
Testa previamente a temperatura		
Sim	76	76
Não	24	24
Mantém os pés de molho (>1 minuto)		
Sim	21	21
Não	79	79
Secagem dos pés		
Seca entre os dedos		
Sim	84	84
Não	16	16
Uso de hidratante		
Sim	48	48
Não	52	52

Alguns entrevistados referiram o uso apenas de chinelo de dedo, pois muitos já apresentavam alterações significativas nos pés, como amputação de dedos secundária a eventos necróticos.

O tempo de uso de um calçado novo está diretamente relacionado aos eventos anteriormente citados. Vinte e dois pacientes referiram o uso por mais de 2 horas contra os que o faziam em tempo menor que 2 horas. O uso prolongado de um sapato novo e mal ajustado aos pés é um fator auxiliador no aparecimento de calos e calosidades.

A maioria dos entrevistados (93) não cortava as calosidades, e houve relato do uso de calicidas por parte de 6% dos entrevistados.

No corte das unhas, 20 o faziam de modo errôneo, propiciando o surgimento de ferimentos. Os 80 restantes o executavam de modo adequado, como preconiza o Consenso Internacional do Pé Diabético.²⁷

Rocha²⁴ concluiu que 9 (16,4%) pacientes realizavam o corte das unhas de maneira correta, e Scapim²³ demonstrou que 35% daqueles por ele analisados também.

O Consenso Internacional do Pé Diabético²⁷ preconiza como cuidados dispensados com as unhas os seguintes requisitos: corte das unhas no formato quadrado, lixando as pontas e não deixando rente à pele nem cortando os cantos. De preferência, procurar um especialista (podólogo/podiatra) para a realização do corte e tomar conhecimento das devidas orientações.

Orem²⁸ enfatiza que todos os indivíduos apresentam capacidade para adquirir conhecimentos e habilidades para serem agentes ativos de seu próprio cuidado. Dessa forma, é necessário um sistema de educação e apoio ao paciente diabético para que este possa, com base nas informações necessárias, realizar adequadamente o autocuidado.

Poucos dos entrevistados referiram não terem recebido nenhuma informação a respeito dos tópicos já citados em nenhuma consulta médica nos últimos 12 meses. Uma presumível justificativa aventada para esse fato é que as informações fornecidas aos diabéticos não tenham sido compreendidas por eles por não ter sido considerado seu grau de escolaridade e suas dificuldades. A Tabela 2 traz a avaliação dos profissionais de saúde do ponto de vista do paciente no que se refere às informações fornecidas sobre o DM no último ano.

Os dados demonstraram que os pacientes consideraram ter conhecimentos suficientes sobre a maioria dos tópicos perguntados, assim como apresentado em pesquisa de Barbui e Cocco.²⁹ Apesar de considerarem-se com conhecimentos suficientes a respeito da escolha do sapato adequado, os entrevistados referiram ter pouco conhecimento quanto à importância de não o utilizar constantemente.

Entre as mulheres, além das características relatadas, acrescentam-se as sandálias que deixam totalmente expostos os pés. O uso de chinelos não é recomendado especialmente para aqueles que já apresentam algumas alterações de sensibilidade.³⁰⁻³²

Na população feminina estudada, com relação àquelas que tinham sido submetidas à amputação no passado ou no presente, nenhuma fazia uso de calçados adequados. Tal situação constitui condição desfavorável para a cicatrização de uma possível úlcera e, por conseguinte, aumenta o risco para amputações recorrentes.

Considerando um período de 3 anos após uma amputação de membros, a sobrevida é de 50%, e, no prazo de 5 anos, o índice de mortalidade é de 39 a 68%. Esse fato vem reforçar a necessidade de os pacientes com histórico de amputação utilizarem calçados adequados e especiais, entretanto é sabido que tais calçados têm custo elevado, o que dificulta o acesso à maioria.³²

A maior parte dos diabéticos entrevistados relata não ter conhecimento algum sobre a possibilidade da utilização de um espelho para realizar ou facilitar a observação da planta dos pés. O uso de calçadas como tratamento também foi apontado como de nenhum conhecimento entre os entrevistados (Tabela 3).

Nos fatores limitantes e/ou dificultadores para a prática do autocuidado com os pés, os mais citados foram os que se referem ao não conhecimento de como realizá-lo (76/100), ao não reconhecimento da importância do autocuidado com os pés (68/100) e a não saber como realizar o autocuidado (65/100).

Quando o paciente refere não apresentar condições para realizar o autocuidado com os pés, o(a) enfermeiro(a)

Tabela 2. Informações recebidas pelo paciente no último ano quanto aos cuidados com os pés.

Variáveis	N	%
Alterações da sensibilidade dos pés		
Não	17	17
Uma vez	40	40
Mais de uma vez	43	43
Como deve fazer a observação diária dos pés		
Não	15	15
Uma vez	30	30
Mais de uma vez	55	55
Tratamento das calosidades		
Não	39	39
Uma vez	42	42
Mais de uma vez	19	19
Como deve ser feito o corte das unhas		
Não	16	16
Uma vez	38	38
Mais de uma vez	46	46
A forma como se deve escolher os sapatos		
Não	24	24
Uma vez	59	59
Mais de uma vez	17	17
Cuidados a ter com o sapato		
Não	23	23
Uma vez	60	60
Mais de uma vez	17	17

Tabela 3. Distribuição dos diabéticos quanto à autoavaliação dos conhecimentos adquiridos sobre diabetes mellitus.

Variáveis	N	%
Observação regular dos pés		
Nada	6	6
Pouco	29	29
Alguns	2	2
Suficiente	63	63
Bastante	-	-
Manutenção e limpeza dos pés		
Nada	7	7
Pouco	24	24
Alguns	1	1
Suficiente	68	68
Bastante	-	-
Escolha do calçado adequado		
Nada	10	10
Pouco	38	38
Alguns	8	8
Suficiente	4	4
Bastante	-	-
Utilização constante do calçado		
Nada	11	11
Pouco	38	38
Alguns	15	15
Suficiente	36	36
Bastante	-	-
Manutenção da pele hidratada		
Nada	19	19
Pouco	31	31
Alguns	4	4
Suficiente	46	46
Bastante	-	-
Utilização de um espelho para observar a planta dos pés		
Nada	43	43
Pouco	31	31
Alguns	6	6
Suficiente	15	15
Bastante	-	-
Evitar temperatura muito alta ou muito baixa		
Nada	5	5
Pouco	30	30
Alguns	3	3
Suficiente	62	62
Bastante	-	-
Modo de cortar as unhas		
Nada	6	6
Pouco	31	31
Alguns	2	2
Suficiente	61	61
Bastante	-	-
Calosidades e verrugas só devem ser tratadas por profissionais da saúde		
Nada	21	21
Pouco	23	23
Alguns	-	-
Suficiente	56	56
Bastante	-	-
Utilização de calçadas		
Nada	48	48
Pouco	37	37
Alguns	1	1
Suficiente	14	14
Bastante	-	-

pode contribuir muito para que as práticas preconizadas pelo Consenso Internacional do Pé Diabético²⁷ anteriormente sejam efetuadas de forma satisfatória. Uma vez que o primeiro apresente parcialmente a capacidade de realizar o autocuidado, ambos têm de trabalhar juntos, de forma que se desenvolvam medidas preventivas possíveis de serem realizadas pelo paciente, já que este se tornará o maior responsável por manter a regularidade dos cuidados com os pés. Caso o diabético seja totalmente capaz de realizar o autocuidado, o(a) enfermeiro(a) assumirá um papel apenas consultivo.

Foi observado que os fatores sociais, econômicos, culturais e físicos podem constituir facilitadores ou limitadores para a execução de alguns cuidados para o controle do DM e de suas complicações, aos quais se associam também os aspectos pessoais, como os suportes familiar, social e psicológico e ainda o acesso aos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar o conhecimento e a prática do paciente portador de DM tipo 2 em relação ao autocuidado com os pés, levando em consideração tanto o conhecimento advindo dos profissionais da saúde em consulta de rotina, quanto aqueles adquiridos no cotidiano.

Melhorar o conhecimento do paciente diabético sobre os cuidados com os pés é essencial para minimizar a ocorrência das complicações. Esse conhecimento deve ser fornecido pelos profissionais da saúde e as medidas preventivas devem ser construídas em conjunto com o paciente, uma vez que este tenha sido classificado como “pé-em-risco”.

O grau de escolaridade do diabético pode ser um ponto importante para que os conhecimentos sobre o autocuidado, quando passados de forma efetiva, possibilitem a adoção de comportamentos preventivos adequados. Todas essas informações e ações são bastante complexas, exigindo a necessidade de atenção por parte dos envolvidos no processo de forma direta e indireta. Esse processo de educação do paciente diabético precisa ser contínuo, enfatizando-se as informações a cada consulta.

Tendo em vista que prevenir lesões nos pés em pacientes diabéticos é um problema importante, seria fundamental uma abordagem multidisciplinar, com médicos, enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas e outros profissionais especializados nesse meio, como podiatras e podólogos, a fim de assegurar a efetiva realização do autocuidado dos pés.

A necessidade do acompanhamento desses pacientes foi visível, assim como a realização frequente de programas educativos que não só os envolvam, como também a seus familiares e/ou cuidadores. A melhor maneira de evitar que o paciente apresente tais complicações é fazer com que este compreenda seu papel como agente do autocuidado e inicie um programa regular de atividades físicas e dieta o mais breve possível, objetivando atingir e manter em níveis seguros sua glicemia capilar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares no Brasil. SUS: dados epidemiológicos e assistência médica. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
2. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care*. 2012;35(Supl.1):S101-8. <https://doi.org/10.2337/dc12-s101>
3. Malerbi D, Franco LJ, The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30 a 69 years. *Diabetes Care*. 1992;15(11):1509-16. <https://doi.org/10.2337/diacare.15.11.1509>
4. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27(5):1047-53. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.5.1047>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 16, Série A. Normas e Manuais Técnicos).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Diabetes. Programa Harvard – Joslin – SBD. Educação em diabetes no Brasil: diabetes mellitus: guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: protocolo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2001.
9. Pedrosa HC, Nery ES, Sena FV, Novaes C, Feldkircher TC, Dias MSO, et al. O desafio do projeto Salvando o Pé Diabético: terapêutica em diabetes. *Bol Méd Centro B-D Educ Diabetes*. 1998;4(19):1-10.
10. Sumpio B. Foot ulcers. *New Engl J Med*. 2000;343(11):787-93. <http://doi.org/10.1056/NEJM200009143431107>
11. Reiber GE, Lipsky BA, Gibbons GW. The burden of diabetic foot ulcers. *Am J Surg*. 1998;176(2 Supl. 1):5S-10S. [https://doi.org/10.1016/S0002-9610\(98\)00181-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9610(98)00181-0)
12. Valk GD, Kriegsman DMW, Assendelft WJJ. Patient education for preventing diabetic foot ulceration: a systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(1):CD001488. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001488.pub2>
13. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(4):1039-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400026>
14. Souza MA. Auto-cuidado na prevenção de lesões nos pés: conhecimento e prática de pacientes diabéticos [dissertação]. João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2008.

15. Haddad MCL, Bortoletto MSS. Conhecendo e prevenindo os agravos do pé diabético. In: Santana MG, org. Rede de saberes em diabetes e saúde: um exercício de interdisciplinaridade. Pelotas: Editora Universitária; 2002.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).
17. Pace AE, Foss MO, Ochoa-Vigo K, Hayashida M. Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm.* 2002;55(5):514-21. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20020067>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para o diabetes e a doença renal. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
19. Guimarães FPM, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Nutr.* 2002;15(1):37-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732002000100005>
20. Oliveira BRB, Rodrigues ALS. Cicatrização de feridas cirúrgicas e crônicas: um atendimento ambulatorial de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2003;7(1):104-13.
21. Zavala AV, Braver D. Semiologia do pé: prevenção primária e secundária do pé diabético. *Diabetes Clín.* 2000;4:137-44.
22. Gross JL, Silveiro SP, Camargo JL, Reichelt AJ, Azevedo MJ. Diabetes mellito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002;46(1):16-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302002000100004>
23. Scapim EP. Perfil dos pacientes com diabetes mellitus que possuem úlcera no pé atendidos em unidade ambulatorial da cidade de Marília-SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
24. Rocha RM. Pé diabético: fatores comportamentais para prevenção [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
25. Dullis J. Educação em diabetes através do PROFID. *Diabetes Clín.* 2003;7(3):196.
26. Salomé GM. O enfermeiro frente ao paciente com lesão neuropática: relato de experiência. *Nursing.* 2007;107(9):171-5.
27. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Grupo de trabalho internacional sobre pé diabético. Brasília: Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal; 2001.
28. Orem DE. *Nursing: concepts of practice.* 5ª ed. Boston: Mosby; 1995.
29. Barbui EC, Cocco MIM. Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés. *Rev Esc Enferm USP.* 2002;36(1):97-103. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342002000100014>
30. Moreira FAL, Oliveira FA. Fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético em sujeitos atendidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) [monografia]. Uberaba: Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro; 2004.
31. Gamba MA, Oliveira O, Fraige Filho F, Martinez C, Kajita MY. A magnitude das alterações cutâneas, neurológicas, vasculares de extremidades inferiores de pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus. Campanha de detecção e educação da ANAD. *Diabetes Clín.* 2001;5(6):414-8.
32. Suárez Pérez R, García Gonzales R, Alvarez R, Edreira J. Conocimientos, destrezas y conductas ante el cuidado de los pies en un grupo de amputados diabéticos. *Rev Cuba Endocrinol.* 2001;12(2):93-104.

Como citar este artigo:

Fassina G, Coelho GP, Zinezi NS, Silva BA, Bramante CN, Costa JA. Avaliação do autocuidado em pacientes portadores do pé diabético atendidos em uma policlínica municipal. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2018;20(4):200-6. <http://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i4a4>