



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO

ODENILCE VIEIRA PEREIRA

A COMPREENSÃO DE DIABÉTICOS SOBRE AS COMPLICAÇÕES COM OS PÉS E
AS IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

BELÉM

2013

ODENILCE VIEIRA PEREIRA

A COMPREENSÃO DE DIABÉTICOS SOBRE AS COMPLICAÇÕES COM OS PÉS E
AS IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem: **Área de Concentração:** Enfermagem no contexto amazônico.

Orientadora: Dra. Mary Elizabeth de Santana
Linha de Pesquisa: Políticas de saúde no cuidado de enfermagem amazônico.

BELÉM

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca do Hospital Universitário João de Barros Barreto HUIBB/UFPB

Pereira, Odenilce Vieira.

A compreensão de diabéticos sobre as complicações com os pés e as implicações para o autocuidado / Odenilce Vieira Pereira; orientadora, Prof^a. Dr^a. Mary Elizabeth de Santana. — 2013

Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém, 2013.

1. Diabetes Mellitus. 2. Enfermagem. 3. Autocuidado. I. Santana, Mary Elizabeth de, *orient.* II. Título.

CDD - 23. ed. 616.462

ODENILCE VIEIRA PEREIRA

**A COMPREENSÃO DE DIABÉTICOS SOBRE AS COMPLICAÇÕES COM OS PÉS E
AS IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 30 de outubro de 2013, atendendo normas da legislação vigente da Universidade Federal do Pará, Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico.

Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Mary Elizabeth de Santana
Presidente

Dra. Jacira Nunes Carvalho
Membro

Dra. Ilma Pastana Ferreira
Membro

Dr. Sílvio Eder Dias da Silva
Membro

*Aos meus queridos pais pelo incentivo e por acreditarem em todas as minhas realizações, apesar da distância sempre presentes na minha vida.
A Dadá (sogra) minha segunda mãe pela paciência, compreensão e apoio.
Ao meu filho Ernani, minha primeira e grande conquista, razão da minha vida.
Ao meu eterno amor Ernani, amigo e companheiro por sempre me apoiar e compreender minhas ausências.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, força suprema e fonte de fortaleza que sempre iluminou meus caminhos, protegendo-me em todos os momentos da minha vida.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem pelas contribuições na construção do meu conhecimento.

Aos colegas do mestrado, em especial a Gisela, pela amizade construída.

A minha orientadora Profa. Dra. Mary Elizabeth de Santana, pela competência profissional e pelos ensinamentos apreendidos.

Aos pacientes informantes desta pesquisa, pela disposição e paciência em contribuir para a pesquisa.

Aos profissionais de enfermagem do setor de clínica médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto e demais profissionais que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento dessa pesquisa, pela cordialidade e receptividade dispensada a minha pessoa durante a realização da pesquisa.

A discente de graduação Jéssica Stephanie Vasques pela colaboração no período da coleta de dados, muito obrigada.

A Juliene Rodrigues pela correção gramatical, sua contribuição foi essencial.

Aos familiares e amigos que torcem por mim, em todas as etapas da minha vida. A todos vocês o meu muito obrigado.

Para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar; não apenas planejar, mas também acreditar.

Anatole France

RESUMO

PEREIRA, Odenilce Vieira. **A compreensão de diabéticos sobre as complicações com os pés e as implicações para o autocuidado.** Belém, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Pará – UFPA, Belém – PA, 2013.

O diabetes Mellitus é uma doença crônica que nos últimos anos tem contribuído para o aumento da mortalidade no mundo. O enfermeiro destaca-se como ator primordial na assistência ao paciente diabético por desempenhar assistência de enfermagem nos diversos níveis de atenção à saúde. O estudo se propôs a descrever a compreensão dos diabéticos sobre as complicações com os pés; identificar as informações transmitidas pelos enfermeiros e analisar fatores que contribuem para a incidência de complicações nos pés que implicam no autocuidado. Pesquisa descritiva de natureza qualitativa, desenvolvida nos meses de maio a julho de 2013, com trinta diabéticos internados em um Hospital Universitário de Belém-Pará. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e submetidos à análise de conteúdo temática de acordo com o modelo proposto por Bardin. Todos os preceitos legais foram rigorosamente considerados. Participaram do estudo dezessete mulheres e treze homens com média de idade de sessenta anos. A maioria dos informantes apresentava baixo nível de escolaridade, desconhecimento e desinformação sobre o diabetes que implicou na realização do autocuidado. A análise dos dados obtidos permitiu apreender quatro categorias centrais: descoberta e controle do diabetes; complicações do diabetes e o cuidado com os pés; evidências que interferem no autocuidado dos pés; contribuições da equipe de saúde para a prática do autocuidado com os pés. A discussão foi realizada com base no referencial teórico que deu sustentação a pesquisa e relacionados à Teoria do Autocuidado de Orem. Esta pesquisa procurou enfatizar o ambiente hospitalar de internação, por ser um ambiente característico para o atendimento curativo, contudo acreditamos que possa ser também um local propício a ações educativas relacionadas ao autocuidado, e preventivas quanto às complicações com os pés de pacientes diabéticos.

Palavras – chave: Diabetes Mellitus; Enfermagem; Autocuidado.

ABSTRACT

PEREIRA , Odenilce Vieira . The understanding of diabetic complications on the feet and the implications for self-care . Bethlehem, 2013. Dissertation (Master's in Nursing) Federal University of Pará - UFPA , Belém - PA , 2013.

The mellitus diabetes is a chronic disease that in recent years has contributed to the increased mortality in the world . The nurse stands out as a primary actor in diabetic care by performing nursing care at different levels of health care patient. The study aimed to describe the understanding of diabetic complications on his feet ; identifying information submitted by nurses and examine factors that contribute to the incidence of vascular complications involving self-care . Descriptive qualitative research , developed in the months from May to July 2013, with thirty diabetic hospitalized at the University Hospital of Belém - Pará . Data were collected through semi - structured and subjected to thematic content analysis according to the model proposed by Bardin interview. All legal requirements have been rigorously considered . The study included seventeen women and thirteen men with a mean age of sixty . Most respondents had low level of education , ignorance and misinformation about diabetes which resulted in the realization of self-care . The data analysis allowed the learning of four core categories : discovery and control of diabetes , complications of diabetes and foot care ; evidence that interfere with self-care of the feet ; contributions of the healthcare team to practice self-care with their feet . The discussion was based on the theoretical framework that has supported the research and related theory of Orem Self Care . This research sought to emphasize inpatient hospital setting , as a characteristic for the curative treatment environment , however we believe that it can also be a place conducive to educational activities related to self-care and prevention for complications with the feet of diabetic patients .

Words - Tags: Diabetes Mellitus; Nursing; Self care .

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------|--|
| ADA | <i>American Diabetes Association</i> (Associação Americana de Diabetes) |
| BVS | Biblioteca Virtual de Saúde |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DM2 | Diabetes Mellitus tipo 2 |
| DMG | Diabetes Mellitus Gestacional |
| DST/AIDS | Doença Sexualmente Transmissível / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| GIPTFE | Grupo de Interesse em Prevenção e Tratamento de Feridas |
| HUJBB | Hospital Universitário João de Barros Barreto |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística |
| ICS | Instituto de Ciências da Saúde |
| IDF | <i>International Diabetes Federation</i> (Federação Internacional de Diabetes) |
| MS | Ministério da Saúde |
| POA | Plano Operacional Anual |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SBD | Sociedade Brasileira de Diabetes |
| SOBEST | Sociedade Brasileira de Estomaterapia |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFPA | Universidade Federal do Pará |
| WHO | Organização Mundial da Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| RESUMO | 7 |
| ABSTRACT | 8 |
| LISTA DE SIGLAS | 9 |
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 OBJETIVOS | 24 |
| 2.1 GERAL..... | 24 |
| 2.2 ESPECIFICO..... | 24 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 25 |
| 3.1 ABORDAGEM CONCEITUAL E EPIDEMIOLÓGICA DO DIABETES MELLITUS (DM) | 25 |
| 3.2 COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS QUE AFETAM OS PÉS..... | 29 |
| 3.2.1 Pé Diabético | 30 |
| 3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: ENFOQUE PARA O AUTOCUIDADO COM OS PÉS..... | 33 |
| 3.4 TEORIAS DE ENFERMAGEM..... | 37 |
| 3.4.1 Modelo Conceitual de Orem | 41 |
| 3.4.2 Teoria do Autocuidado | 43 |
| 3.4.3 Teoria do Déficit do Autocuidado | 45 |
| 3.4.4 Teoria do Sistema de Enfermagem | 46 |
| 4 PERCURSO METODOLÓGICO | 47 |
| 4.1 NATUREZA DA PESQUISA..... | 47 |
| 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA..... | 48 |
| 4.3 ATORES DA PESQUISA..... | 48 |
| 4.4 COLETA DE DADOS..... | 49 |
| 4.5 ANÁLISE DOS DADOS..... | 50 |
| 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS..... | 52 |
| 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS | 53 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DOS INFORMANTES..... | 53 |
| 5.2 DESCOBERTA E CONTROLE DO DIABETES..... | 58 |
| 5.3 COMPLICAÇÕES DO DIABETES E O CUIDADO COM OS PÉS..... | 62 |
| 5.4 EVIDÊNCIAS QUE INTERFEREM NO AUTOCUIDADO DOS PÉS..... | 69 |
| 5.5 CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE PARA A PRÁTICA DO AUTOCUIDADO COM OS PÉS..... | 74 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 80 |
| REFERÊNCIAS | 85 |

| | |
|---|-----|
| APÊNDICE | 97 |
| APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA..... | 98 |
| APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) | 100 |
| | |
| ANEXO | 101 |
| ANEXO A:PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA – ICS..... | 102 |
| ANEXO B:PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA – HUIBB..... | 105 |

1 INTRODUÇÃO

Reconhecer que o Diabetes Mellitus é o quarto principal causador de morte no Brasil, além de ser apontado como causador de cegueira, devido a sua associação a doenças coronarianas, renais e amputações, geralmente dos membros inferiores, pode ser o primeiro passo para aprimorar e refletir sobre a importância da atuação dos profissionais da enfermagem, especialmente o enfermeiro com formação, no tratamento da diabetes, principalmente em virtude de seus conhecimentos específicos. Tais conhecimentos tornam possível a orientação e o melhor esclarecimento das principais dúvidas e questionamentos que o paciente possa ter sobre a doença (VIEIRA, 2009).

Enquanto profissional de saúde engajado na assistência ao diabético, o enfermeiro deve programar práticas de cuidado capazes de promover a saúde dos diabéticos, já que a adesão ao tratamento e o autocuidado são pontos frágeis da educação em saúde e que, portanto, merecem reflexão profunda (XAVIER, BITTAR, ATAÍDE, 2009).

Levando em consideração a importância dessa discussão, iniciei¹ o contato com o ambiente hospitalar, em 1992, no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), que é referência regional em Infectologia e Pneumologia, estadual em Endocrinologia e Diabetes e nacional em DST/AIDS. Esse contato despertou meu interesse pelas ações direcionadas ao cuidado de enfermagem a doentes portadores de doença crônica, especialmente àqueles com limitações para o autocuidado, pela possibilidade que a enfermagem como ciência e profissão tem para planejar ações individualizadas para o atendimento das necessidades humanas afetadas, visando melhorias na qualidade de vida dessas pessoas.

Após nove anos exercendo a função de enfermeira assistencial no setor de infectologia do hospital, surgiu o desafio para o exercício de novas funções. Assim, em 2001, integrando a equipe de gerentes de enfermagem tive a oportunidade de aprender

¹ A utilização da primeira pessoa somente será utilizada na Introdução desta pesquisa, devido ao seu caráter pessoal. Essa escolha, no entanto, não objetiva ser pretensiosa.

sobre a especificidade desta função; além disso, houve envolvimento com atividades referentes a treinamento e capacitação da equipe de enfermagem sobre práticas do cuidado especializado, dentre elas a assistência a pessoas com lesões. Em 2004, juntamente com outros enfermeiros, contribuí na formação do Grupo de Interesse em Prevenção e Tratamento de Feridas (GIPTFE) do Hospital Universitário João de Barros Barreto, e, paralelamente, neste período, instituímos no hospital a padronização de tecnologias (curativos) para prevenir e tratar feridas, estreitando ainda mais o contato com pessoas portadoras de lesões, incluídas neste grupo os diabéticos. Em 2005, como docente substituta do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado do Pará, ministrando a disciplina Enfermagem Médico Cirúrgica, passei a conviver diariamente, de 2ª a 5ª feiras, com os diabéticos internados no setor de clínica médica do HUIBB, haja vista a Instituição ser credenciada como local de ensino para as aulas práticas do curso de enfermagem. Dessa forma minha relação com pacientes diabéticos em regime de internação ficou estritamente constituída.

Prosseguindo nessa perspectiva, percebi a carência do cuidado especializado de enfermagem para com esses indivíduos, e ao mesmo tempo a necessidade em aprimorar esse cuidado ao paciente com doença crônica, o que poderia ser suprido por meio de capacitações que discutissem a temática. Então, em 2007, tomei a iniciativa de incluir no Plano Operacional Anual (POA)/HUIBB, o Projeto intitulado: **Cuidados avançados em Feridas, Estomas e Incontinências**, que deu origem a dois cursos de capacitação básica: **Manejo Clínico de Feridas Crônicas e Prevenção e Tratamento do Pé Diabético**. Esses cursos sob minha coordenação, ainda são realizados semestralmente e tem como público alvo os profissionais de saúde, especialmente de enfermagem, visando proporcionar educação permanente aos profissionais, para que possam apropriar-se de conhecimentos e subsídios que contribuam para a assistência de enfermagem especializada, visando à prevenção e o tratamento de pessoas com lesões.

Procurei, então, aprofundar os estudos sobre a enfermagem e o paciente diabético com lesões nos pés. Participei no ano de 2007, do I Congresso Luso

Brasileiro de Estomaterapia, realizado pela Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), no Centro de Convenções de Curitiba.

Esse evento abordou como temática central “A Educação Especializada para a Prática Avançada”. Ressaltou-se que a estomaterapia é uma especialidade de pós-graduação *latu sensu* da prática da enfermagem, voltada para o cuidado de pessoas com estomias, feridas agudas e crônicas, fístulas, drenos, cateteres e incontinências anal e urinária. Participar periodicamente de eventos científicos da SOBEST tem contribuído significativamente para meu aprimoramento, sob a ótica do cuidado de enfermagem com o paciente portador de lesões, em especial o diabético.

Minha trajetória profissional assistencial e docente incluiu singular aprendizado pela aproximação com as dificuldades convidadas pelos pacientes diabéticos com lesões e, principalmente, aqueles com risco de desenvolver lesões nos pés, que, em detrimento de fatores associados ao baixo nível de escolaridade, idade avançada, condições sociais e econômicas insatisfatórias, não consegue apreender o autocuidado, passando frequentemente por internações para tratar de complicações relacionadas aos pés. Essa situação me conduziu à reflexão e conscientização para novos desafios relacionados ao cuidado do paciente com lesões, orientações para o autocuidado e fundamentalmente sobre as medidas preventivas e o cuidado com os pés de pacientes diabéticos.

Acredito que a convivência no setor de clínica médica do HUIBB clarificou uma realidade até então pouco apreendida. Nesse período, observei que o número de internações dos diabéticos que apresentavam ulcerações nos pés era frequente. Logo, ao analisar esse cenário, surgiu meu incômodo ao perceber o grau de comprometimento dos pés desses pacientes, e as consequências advindas dessa situação, dentre elas as alterações emocionais e o déficit do autocuidado, além do pouco conhecimento sobre a doença e suas complicações. A partir de então passei a questionar: Quais fatores estariam desencadeando as ulcerações nos pés? Que cuidados os pacientes adotavam em relação aos seus pés? Os pacientes eram orientados para o cuidado com os pés? Os pacientes eram estimulados para o autocuidado?

Em 2011, após aprovação para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPA, Mestrado Acadêmico, tive a certeza do quanto seria importante, por meio da pesquisa científica, procurar respostas aos questionamentos supracitados para subsidiar a equipe de enfermagem da clínica médica no (re) planejamento de sua prática assistencial ao paciente diabético, contemplando a prevenção, o tratamento individualizado e especializado de enfermagem. Assim, o ingresso no mestrado ampliou minha visão sobre os fundamentos e teorias da enfermagem, que se constitui num instrumento científico que fundamenta a prática do enfermeiro. A partir da realidade vivenciada sobre os diabéticos que são internados no HUJBB, fui impulsionada a aprimorar meus conhecimentos sobre a Teoria do Autocuidado de Orem. Ressalto que esse modelo teórico foi o que mais se aproximou do nosso objeto de estudo.

Com essa perspectiva e ávida por respostas significativas que fundamentassem cientificamente o cuidado de enfermagem ao paciente diabético, realizei uma busca minuciosa na literatura disponível (livros didáticos, revistas, publicações avulsas, trabalhos científicos compilados em biblioteca hospitalar), e pesquisa bibliográfica nas bases de dados LILACS (Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO e BDEF (Base de Dados da Enfermagem), indexadas à BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), do que se produziram sobre a temática nos últimos 10 anos, utilizando os descritores autocuidado, diabetes, pé diabético e teoria de enfermagem, por entender que as fontes secundárias sobre o tema previamente estabelecido proporcionam subsídios para aprofundar nossos conhecimentos acerca da compreensão do diabético sobre as complicações com os pés e as implicações para o autocuidado e tendo as seguintes questões norteadoras: as abordagens sobre o conhecimento de diabéticos sobre as complicações com os pés e também sobre as complicações com os pés que implicam no autocuidado.

Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis online no período de 2003 a 2012, em português e espanhol. No primeiro momento da busca, foram utilizados os descritores associados: autocuidado, diabetes e pé diabético de forma cruzada. No segundo momento foi realizada nova busca com os descritores: diabetes e teoria de enfermagem. Foram encontrados 84 artigos organizados da seguinte forma: LILACS

(48 artigos); SCIELO (18 artigos); BDENF (18 artigos), dos quais 30 obedeciam aos critérios de inclusão. Esses trinta compuseram as fontes secundárias que estavam relacionadas com o objeto de estudo. Essa pesquisa me fez observar que há uma escassez de publicações sobre a temática focando a realidade de diabéticos no contexto amazônico. Esse fato foi determinante para a realização e aprofundamento desta pesquisa.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), o Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. A insulina é produzida pelo pâncreas e é responsável pela manutenção do metabolismo da glicose e a falta desse hormônio provoca déficit na metabolização da glicose e, conseqüentemente, diabetes.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), a Diabetes Mellitus é classificada em diabetes tipo1, tipo 2 e diabetes gestacional, sendo que no tipo 2 as pessoas apresentam sensibilidade diminuída à insulina e funcionamento prejudicado das células beta, afetando aproximadamente 90 a 95% dos doentes, com mais de 30 anos de idade e obesos. Nesses pacientes, a insulina é produzida pela célula beta pancreática, porém, sua ação está dificultada, caracterizando um quadro de resistência insulínica.

Para Brunner (2009), a Diabetes Mellitus (DM) é um dos mais sérios problemas de saúde no mundo atual, que envolve uma série de complicações e custos financeiros. Além disso, acarreta outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida, afetando tanto os doentes quanto suas famílias. Representa, também, carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura.

É importante ressaltar que a Diabetes Mellitus (DM) apresenta-se como uma condição de pandemia de proporções sem precedentes, com aumento de sua prevalência nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, e que o número estimado de novos casos será de aproximadamente 380 milhões até 2025, nas sete regiões da

International Diabetes Federation (IDF). Além disso, em muitas populações, é mais comum entre os idosos, mas as taxas de prevalência tendem a aumentar significativamente entre as populações relativamente jovens e produtivas do mundo inteiro (*DIABETOLOGY & METABOLIC SYNDROME*, 2012).

No que se refere ao Brasil, à prevalência de portadores de Diabetes Mellitus é de 5,6% em adultos com mais de 18 anos, sendo que na faixa etária de 65 anos de idade ou mais, alcança 21,6% (BRASIL, 2012). Todavia, estima-se que existam cinco milhões de indivíduos portadores de diabetes Mellitus (DM), dos quais metade desconhece o diagnóstico. E que, em 2020, possam existir onze milhões, devido ao envelhecimento populacional, à obesidade, ao estilo de vida, ao sedentarismo, à sobrevida do paciente diabético e às modificações nos padrões dietéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Em relação ao Pará, cabe ressaltar um estudo publicado na Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (KLAUTAU, 2013), que consistiu em identificar a prevalência do Diabetes em Ananindeua (PA) e correlacionar os valores encontrados com a prevalência da doença em Belém, no Estado do Pará e no Brasil.

Os resultados apontaram que as estimativas da Organização Mundial da Saúde constataram que mais de 250 milhões de pessoas têm diabetes. Quando se trata do Brasil, cuja população atual consiste, segundo o censo realizado pelo IBGE em 2010, em 190.732.694 pessoas, o número de diabéticos representa 3,98% (KLAUTAU, 2013).

No Pará, das 7.443.904 pessoas, aproximadamente 2% da população é portadora de diabetes. Em Belém, dos 1.351.618 habitantes, 18.000 pessoas sofrem de diabetes, o que corresponde a uma porcentagem de 1,33% do total da população. Comparando com o Estado, Belém concentra 12,08% do total de pacientes diabéticos. Em Ananindeua, 2,1% da população são portadoras de diabetes, números que se encaixam na média mundial (KLAUTAU, 2013).

Os pesquisadores concluíram que a prevalência do Diabetes mantém números semelhantes no Brasil, no Pará, em Belém e em Ananindeua. Tanto no país, quanto no

Estado e nas cidades estudadas, o índice da prevalência do Diabetes manteve-se entre 2 e 4%. Tal fato demonstra uma relevante concentração dos brasileiros portadores de Diabetes em Belém e Ananindeua (KLAUTAU, 2013)

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), a elevação na incidência da doença e nas taxas de morbidade e mortalidade associada ao diabetes, tem preocupado os gestores de saúde como também a população em geral, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência da doença.

Assim, o indivíduo portador de diabetes está susceptível a desencadear inúmeras complicações, seja de caráter agudo ou crônico, que pode acarretar alterações micro e macrovasculares que levam à disfunção, dano ou falência de vários órgãos vitais (CONSENSO INTERNACIONAL DO PÉ DIABÉTICO, 2007; BRASIL, 2001).

Geralmente, os fatores hereditários e os ambientais, estão diretamente relacionados à elevação na incidência da doença, além das complicações com os pés que representam 40 a 70% de todas as amputações das extremidades inferiores (CONSENSO INTERNACIONAL DO PÉ DIABÉTICO, 2007).

Diante disso, estima-se que um em cada quatro portadores de diabetes desenvolverá uma úlcera nos pés durante a sua vida, o que, muitas vezes, podem vir a causar inúmeros problemas como infecções nas lesões e outras incapacidades físicas. Uma vez instalada a lesão nos pés dos diabéticos, há uma deficiência circulatória nos membros inferiores, causando dificuldade no processo cicatricial, pois a eliminação da oxidação tecidual e o aporte de oxigenação e nutrientes para lesão ficarão deficientes, ocasionando, nos casos mais graves, a amputação do membro afetado (IPONEMA; COSTA, 2007).

Na concepção de Smeltzer e Bare (2009), preocupar-se com a saúde dos pés é manter o princípio de integridade cutânea e ao mesmo tempo preservar a necessidade humana básica de locomoção, pois o pé é essencial para a locomoção do indivíduo, por ser uma estrutura altamente especializada, que dá suporte e promove a locomoção; além de ser importante para a estética, é constituído de inúmeras estruturas, que estão harmoniosamente interligadas para o cumprimento de suas funções. Entretanto, muitas complicações da DM podem ser prevenidas por meio da inspeção regular nos pés, cuidados especializados e uso de calçados apropriados (ALVES, 2004; SOUZA, 2008).

É importante ressaltar que mesmo com um maior acesso às informações, nos dias atuais, os pacientes diabéticos não praticam a inspeção devida nem cuidados regulares com os pés. Evidentemente que para que essas complicações não ocorram faz-se necessário um conhecimento prévio de como cuidar adequadamente dos pés e que o profissional de saúde desempenhe um papel importante no fornecimento de orientações específicas para este cuidado (ALVES, 2004).

Segundo Souza (2008), para que a doença seja controlada é necessário que o paciente esteja consciente dos problemas que podem ocorrer e, se possível, juntamente com um profissional de saúde, busque formas de minimizar os possíveis danos, favorecendo um convívio com sua condição de saúde, a partir de ações educativas eficientes.

Cabe lembrar que dialogar sobre o autocuidado como uma das formas de minimizar as complicações nos pés é essencial. Um estudo publicado pela *Diabetology & Metabolic Syndrome*, em 2010, sobre a eficácia da prática educativa em pé diabético, aborda a prevenção de ulcerações em pés de diabéticos com risco para complicações microvasculares. Foram avaliados 60 pacientes (30 de cada sexo). A média de idade foi de 62 anos e o tempo de doença em torno de 17anos, além de casos que apresentavam pé em risco de ulceração, porém sem episódio de ulceração prévio. Todos foram submetidos à avaliação médica, consulta de enfermagem (orientações sobre cuidados com os pés) e educação em grupos (direcionada para os familiares/cuidadores).

A investigação apontou os seguintes resultados: retinopatia diabética (71.6%), nefropatia diabética (61.6%), doença cardiovascular (50.0%), neuropatia periférica (100.0%) e doença vascular periférica. (21.6%). Quanto à aderência, orientações e cuidados com o pé diabético: hidratação adequada (77.0%), cuidados adequados em lavar e secar os pés (88%), corte das unhas e cutículas adequadas (83.0%), inspeção rotineira dos sapatos (77.0%), uso de pedra - pomes ou outros abrasivos (30.0%), evitar andar descalço (5.0%), uso de sapatos adequados conforme prescrição (8.7%). O estudo constatou, por meio dos resultados, que nenhum paciente apresentou ulcerações nos pés.

Esses resultados comprovaram que assistir o ser humano de forma integral e individual, pode melhorar significativamente a qualidade da assistência prestada ao paciente diabético, uma vez que por meio dessa avaliação constatou-se que nenhum paciente do estudo apresentou ulcerações nos pés.

Nessa perspectiva, Tavares e Rodrigues (2002) destacam a importância do enfermeiro no ensino do autocuidado aos diabéticos por meio de orientações com a finalidade de aumentar o nível de conhecimento do paciente, do familiar e da comunidade, além de contribuir para a adesão dos mesmos ao tratamento. O profissional de enfermagem deve dispor de meios para motivar a mudança de atitudes nos indivíduos diabéticos, além de viabilizar informações para reduzir o risco de traumas e ou ferimentos nos pés e estimular o autocuidado dos mesmos.

De fato, o enfermeiro desenvolve, no processo de educação em saúde do paciente diabético e sua família, quatro atividades essenciais: o cuidado, a educação, a gerência e a pesquisa. Tarefas desenvolvidas de forma integrada e concomitante, objetivando a redução de complicações nos pés e reforçando a prática do autocuidado (PACE, 2002).

Pelo exposto as ações de enfermagem são consolidadas cientificamente. A Resolução nº. 358/2009, instituída pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do

Processo de Enfermagem nos ambientes públicos ou privados, nos quais deve ocorrer o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009).

Nesse contexto, acredito que o enfermeiro, integrante da equipe multidisciplinar, destaca-se perante os demais profissionais por desempenhar importante função nos diversos níveis de atenção à saúde, em consequência de sua constante interação com a população adoecida. Esse fato o compromete a atuar de forma decisiva na identificação e recrutamento de pessoas diabéticas que apresentam risco de complicações (PACE, 2002).

De acordo com Faeda e Leon (2006), torna-se adequado entender que as ações educativas, desenvolvidas juntamente com o paciente, família e comunidade, exercem um papel essencial no controle dessa enfermidade, já que as complicações oriundas da diabetes estão diretamente relacionadas ao conhecimento para o autocuidado diário e ao estilo de vida.

Entendo que a enfermagem atua estabelecendo com esses profissionais da área da saúde relações/interações/associações para o processo de cuidar além de produzir/reproduzir e/ou modificar a dinâmica e os modelos de assistência do cuidado, nos diferentes espaços de atuação a partir de referenciais que contemplem uma reflexão crítica do papel profissional (HIROTA, 2008).

Mediante a importância de orientar e ensinar para o cuidado com os pés, o enfermeiro precisa envolver conhecimentos integrados a questões sociais, econômicas, políticas e inter-relacionais, que deverão ser consideradas como fundamentais no planejamento da assistência ao paciente diabético, caracterizando e entendendo a diabetes como doença crônica de evolução progressiva, que acarreta uma série de complicações, além de alterar a qualidade de vida do indivíduo (PACE, 2002).

Por isso, estimular o autocuidado e instituí-lo como prática fundamental para preservar a saúde dos pés dos diabéticos é primordial. Essa prática demonstra a importância do enfermeiro junto à equipe de saúde, pois ele se envolve com o processo

educativo, visando orientar sobre as complicações da doença e a necessidade de cuidar diariamente dos pés (HIROTA, 2008).

Para Orem (1995), o autocuidado é definido como o conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, o bem estar e a saúde. Tal concepção atribui ao enfermeiro a necessidade de prover-se de conhecimento para promoção e manutenção da saúde dos diabéticos; busca conhecimentos relacionados ao cuidado com os pés, visando prevenir complicações.

É nesse sentido que o ambiente que envolve o processo de orientar/ensinar se faz necessário (WHO, 2004). O hospital, enquanto ambiente para realização de cuidados, é um local privilegiado para realizar a promoção para a saúde, prevenção da doença e readaptação das pessoas que experimentam uma situação que altera sua condição de saúde. Todavia, nas instituições hospitalares a atuação do enfermeiro é muito complexa, pois este também necessita dominar questões burocráticas e administrativas, exercendo múltiplas atividades, o que, por vezes, acaba por levá-lo ao descuido da sua função prioritária que é o cuidado com o paciente (HIROTA, 2008).

Investigar pacientes diabéticos foi essencial para esta pesquisa. O fato de a diabetes despontar como um problema de saúde pública mundial exige dos profissionais de saúde atitudes mais efetivas que possam subsidiar as pessoas acometidas da doença a compreender a enfermidade. Além disso, é prioritariamente fundamental ensiná-los a praticar o autocuidado, basicamente o cuidado com os pés, com vistas a prevenir as complicações aceleradas pelo mau controle da própria doença e também pela ineficiência e ou ausência do autocuidado.

O fato de vivenciar e constatar diariamente no setor de clínica médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto, pessoas em situações recorrentes ocasionadas pela rápida evolução clínica do diabetes e suas complicações, dentre estas a ocorrência de lesões nos pés, contribuíram significativamente para a escolha do objeto de estudo desta pesquisa. Assim, os questionamentos sobre a compreensão das complicações advindas da diabetes que afetam os pés, as orientações transmitidas

pelos profissionais de saúde e as razões que tem contribuído para o aumento da incidência de ulcerações nos pés dos diabéticos, são originários dessa vivência. Por isso, descrever a compreensão dos diabéticos internados no HJBB, visando o controle da doença e conseqüentemente a redução de complicações com os pés foi essencial, por entender que os resultados da pesquisa podem aprimorar cientificamente o cuidado de enfermagem as pessoas com diabetes.

A escassez de publicações sobre a temática no contexto regional amazônico também me impulsionou a desvelar a realidade do ambiente hospitalar referência no tratamento do diabetes. Compreendo que por meio dos resultados obtidos, poderei analisar a assistência de enfermagem, além de contribuir essencialmente na implementação de estratégias assistenciais e educativas que direcionem os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, para o cuidado individualizado e especializado aos pacientes diabéticos, com vistas ao estímulo para o autocuidado, visando à manutenção a saúde e a prevenção de complicações com os pés.

A pesquisa se propôs a descrever a compreensão dos diabéticos sobre as complicações com os pés, e as implicações para o autocuidado, a partir da seguinte problemática: **Os diabéticos que internam no HJBB compreendem as complicações ocasionadas pela diabetes?**

Tal indagação, gerada dessa convivência no setor de clínica médica como profissional de enfermagem, frente aos pacientes diabéticos, apontou questões norteadoras que motivaram para a construção desta pesquisa. São elas:

- Qual a compreensão dos diabéticos sobre as complicações que podem causar danos aos pés?
- Quais informações são transmitidas pelos enfermeiros aos diabéticos sobre os cuidados com os pés?
- Quais fatores têm contribuído para a incidência de ulcerações nos pés dos diabéticos que pode caracterizar implicações para o autocuidado?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Descrever a compreensão dos diabéticos sobre as complicações que podem causar danos aos pés.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as informações transmitidas pelos enfermeiros aos diabéticos sobre as complicações com os pés;
- Analisar os fatores que contribuem para a incidência de ulcerações nos pés que podem caracterizar implicações para o autocuidado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta pesquisa, que se estrutura em quatro etapas, partiu inicialmente do enfoque sobre o diabetes, suas definições e o panorama epidemiológico, com a finalidade de ressaltar as informações mais pertinentes relacionadas à evolução da doença no Brasil e no mundo. Em seguida foi discutido sobre as complicações que afetam os pés, destacando o pé diabético, por entendermos ser esta a complicação que mais afeta a qualidade de vida do diabético. Posteriormente, descrevemos a assistência de enfermagem focada para o autocuidado com os pés, enfatizando a importância de sua aplicabilidade, apontando também as fragilidades para o processo de ensino e aprendizagem. Por último, versando sobre as teorias de enfermagem, buscamos uma aproximação com o modelo conceitual de Orem e seus construtos: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, pois nossa intenção foi utilizá-lo como base teórica que fundamentasse nossa pesquisa.

3.1 ABORDAGEM CONCEITUAL E EPIDEMIOLÓGICA DO DIABETES MELLITUS (DM)

O nome “*Diabetes Mellitus*” tem um significado amplo que recobre um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por uma hiperglicemia, resultante de defeitos da secreção ou ação da insulina, ou dos dois combinados. É considerado um problema mundial e de saúde pública e uma das principais síndromes de evolução crônica que acometem o homem moderno em qualquer idade, condição social e localização geográfica (OLIVEIRA; MILECH, 2004; FONTBONNE, 2013).

Para o Ministério da Saúde, o diabetes é definido como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, a destruição das células

beta do pâncreas (produtoras de insulina), a resistência à ação da insulina, os distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

De acordo com a *American Diabetes Association* (ADA), o diabetes é classificado em quatro classes clínicas: Tipo 1, resultado da destruição de células beta, geralmente levando a deficiência total da insulina; Tipo 2, resultado de um defeito progressivo da secreção da insulina; Ainda existem outros tipos específicos de diabetes devido a outras causas, por exemplo, defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças exócrinas do pâncreas (fibrose cística) e drogas ou química induzida (tratamento do HIV/SIDA ou após transplante de órgão); Diabetes mellitus gestacional (DMG), diagnosticado durante a gravidez (ADA, 2013).

Portanto, o diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente suas funções, o que resulta em hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial (LANDIM, 2009; OLIVEIRA et al, 2009).

Nesse contexto, a elevação da taxa sanguínea de glicose (hiperglicemia) participa, num grau variado e por mecanismos mal conhecidos, na ocorrência em longo prazo de complicações que atingem vários órgãos do organismo (FONTBONNE, 2013).

No Brasil, o diabetes apresenta-se como um importante fator de risco para outras doenças como a cardiopatia isquêmica, a insuficiência cardíaca, as colecistopatias, o acidente vascular encefálico e a hipertensão arterial sistêmica. É a sexta causa mais frequente de internação hospitalar, sendo que estas ocorrem pelas descompensações agudas, advindas do controle inadequado da doença e de complicações oculares (cegueira), renais (insuficiência renal), neurológicas e vasculares (amputações de membros inferiores), o que enfatiza a necessidade de um acompanhamento para o controle adequado dos níveis glicêmicos e pressóricos e prevenção das complicações e/ou sequelas (SILVA et al, 2010).

A *American Diabetes Association* (ADA) enfatiza que a evolução para o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ocorre ao longo de um período de tempo variável, passando por estágios intermediários que recebem a denominação de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída. Tais estágios seriam decorrentes de uma combinação de resistência à ação insulínica e disfunção da célula beta. Assim, cerca de 90% dos casos de diabetes diagnosticados são de “diabetes tipo 2”. (ADA, 2012).

Todavia, nas últimas décadas, a preocupação do diabetes vem crescendo. As características do diabetes tipo 2 tem causado um relevante impacto no perfil epidemiológico em decorrência dos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional que vem ocorrendo no Brasil. Na última década, a uniformização dos modos de vida, sob pressão da “globalização”, leva a um estilo que favorece a maior taxa de urbanização, o aumento da expectativa de vida, a industrialização, o maior consumo de dietas hipercalóricas, o deslocamento da população para zonas urbanas. Infelizmente, associado a essa mudança de estilo de vida tradicionais para modernos, o aumento da obesidade e do sedentarismo, trazem como consequência fatores de risco que causam muitas doenças crônicas, entre elas o diabetes tipo 2 (BRASIL, 2001; FONTBONNE, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde aponta um em cada três adultos no mundo tem pressão alta, uma das causas de metade das mortes por acidente vascular cerebral e doença do coração, assim como um em cada dez adultos tem diabetes. Diante disso, a prevalência média de diabetes no mundo está em 10% da população, o que corresponde a mais de 400 milhões de indivíduos vivendo com a doença, embora em muitas regiões, como as ilhas do Pacífico, esse valor chegue a 33%. Sem o tratamento adequado o diabetes pode causar doença cardiovascular, cegueira e insuficiência renal (WHO, 2012).

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Diabetes, fundamentada em estudos regionais de prevalência do diabetes tipo 2 e atualizando os dados para o Censo IBGE 2010, considerou 12.054.827 o número estimado de diabéticos para o ano de 2011. De fato, o rápido crescimento do diabetes em países pobres e em desenvolvimento traz um

impacto muito negativo, devido à morbimortalidade precoce de pessoas em plena vida produtiva, situação esta que gera sobrecarga à previdência social e continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (BRASIL, 2006).

Com base na pesquisa da Vigitel (Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos possuem a doença, porém, entre as pessoas na faixa etária de 18 a 24 anos apenas 0,6% são diabéticos, o que demonstra que a diabetes aumenta de acordo com a idade da população. Em relação às regiões, o maior índice de ocorrências foi em Fortaleza, 7,3%, seguido de 7,1% em Vitória e 6,3% em Porto Alegre. Os menores índices foram registrados em Palmas, Goiânia e Manaus (BRASIL, 2012).

Ainda nesta pesquisa da Vigitel, a obesidade é apontada como um dos principais fatores de risco para a ocorrência do diabetes, o que pode estar relacionado aos números crescentes do diabetes no Brasil. Entre os anos de 2006 a 2011, a prevalência de obesidade no país aumentou em 28%, entre os homens esse aumento foi de mais de 10%. Outro agravante que contribui para os casos de diabetes é a hipertensão, presente em 22,7 % da população adulta brasileira, sendo mais comum entre as mulheres, 25,4%, do que entre os homens, 19,5%. Nas pessoas com mais de 65 anos os números chegam a 59,7% (BRASIL, 2012).

Convém apontar que diante das crescentes estatísticas e dos malefícios do diabetes, fica evidente o progressivo aumento dessa doença crônica no Brasil e no mundo, fato que impõe a necessidade de uma revisão de práticas dos serviços de saúde pública, de forma a implantar e promover ações de saúde que incluam estratégias de redução de risco e controle desse sério e alarmante problema (MCLELLAN, 2012).

3.2 COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS QUE AFETAM OS PÉS

Nos últimos anos o diabetes Mellitus (DM) tem contribuído para o aumento da mortalidade em todo o mundo. Devido sua cronicidade e o desenvolvimento de complicações agudas e crônicas, o índice de morbimortalidade associado a essas complicações vem crescendo consideravelmente, requerendo cuidado contínuo, educação permanente e suporte para prevenção de complicações agudas, além da redução do risco de complicações crônicas (SAÚDE, 2002; SBD, 2009; ADA, 2012).

Entre as complicações, como já mencionado anteriormente, encontram-se as lesões crônicas nos vasos sanguíneos (vasculopatia) e nervos (neuropatia), que afetam principalmente rins, retina, artérias, cérebro e nervos periféricos. Tais complicações crônicas estão diretamente condicionadas à duração do diabetes, à presença de hipertensão arterial, ao mau controle glicêmico, ao tabagismo, entre outros fatores (ZAVALA; BRAVER, 2000).

Estudos destacam que as complicações do diabetes são passíveis de ocorrer tanto em curto como em longo prazo, entre as de longo prazo (crônicas) incluem-se micro e macroangiopatia e neuropatia que apresentam caráter incapacitante, pois além desses danos ocasionados também podem diminuir a qualidade de vida, além de requerer tratamento oneroso ao sistema de saúde (ROSA, 2008). Assim, as neuropatias diabéticas são algumas das complicações de longo prazo e de maior incidência, afetando de 60% a 70% dos pacientes com diabetes tipo1 e tipo 2 (PEDROSA, 1998).

Dessa forma, a neuropatia periférica sensorial e motora, juntamente com a doença vascular periférica, propicia o aparecimento do “pé diabético”, caracterizado por uma complicação mutilante, recorrente, onerosa para o indivíduo e para o sistema de saúde, com manuseio clínico cirúrgico complexo, devido ocasionar no diabético a perda da capacidade sensitiva, em especial dos pés, que ficam vulneráveis a traumatismos que poderão desenvolver feridas de difícil cicatrização (EDMONDS, 1986; BRASIL, 2001; SCHAAN; HARZHEIM; GUS, 2004).

No que se refere a essas complicações, Ochoa – Vigo e Pace (2005) apontam em seus estudos que as principais causas podem estar relacionadas também à não adesão ao tratamento clínico, a dificuldades econômicas, à falta de higiene, à insensibilidade nos pés, ao corte inadequado das unhas, a acidentes com pedicuros ou domiciliares para a retirada de calos plantares ou pelo tratamento incorreto de lesões neuroisquêmicas e sinais súbitos de isquemia periférica.

Entretanto, embora sejam sérias e dispendiosas, as complicações relacionadas aos pés representam a maior parte (40 a 70%) de todas as amputações das extremidades inferiores (CONSENSO INTERNACIONAL DO PÉ DIABÉTICO, 2007).

Acerca dessa problemática, estudos apontam que aproximadamente 20% de todos os diabéticos desenvolvem úlceras de membros inferiores em algum momento de suas vidas, e 25% de todas as internações que acontecem com diabéticos são por problemas nos membros inferiores. Muita dessas amputações tem como denominador comum uma história de úlcera que evoluiu para infecção cujo recurso terapêutico que se apresentava para evitar o óbito por sepse era a amputação (EDMONDS, 1986; SIMS; CAVANAGH; ULBRECHT, 1988; OCHOA – VIGO; PACE, 2005).

Continuando a discussão, no item a seguir versaremos sobre o pé diabético por se tratar da complicação que traz mais repercussões na qualidade de vida do diabético.

3.2.1 Pé diabético

O pé humano é uma estrutura altamente especializada, que dá suporte e locomoção ao ser humano; além de ser importante para a estética, é constituído de inúmeras estruturas que estão harmoniosamente interligadas para o cumprimento de suas funções (ALVES, 2004).

Os diabéticos, diante da intolerância à glicose causada pela diminuição da insulina circulante, desenvolvem problemas em vários setores do organismo, que são tanto mais graves e precoces quanto pior for o controle da hiperglicemia. As alterações anatomopatológicas do diabetes são numerosas, comprometem o corpo como um todo

e de várias formas, principalmente no período avançado da doença, acometendo os membros inferiores e o pé propriamente dito (IPONEMA; COSTA, 2007 p.346). Nesse caso específico, os pés são acometidos por uma espécie de síndrome relacionada ao diabetes, na qual os indivíduos estão expostos. Essas disfunções nos pés geralmente são atribuídas à doença vascular, a neuropatias e infecção (RODRIGUES, 2003; MAIA; SILVA , 2005).

Por tudo isso, o pé diabético é caracterizado pela presença de lesões que pode comprometer ou destruir os tecidos profundos, associadas às anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores, resultando das seguintes complicações crônicas: neuropatia diabética e doença vascular periférica, que podem ocorrer tanto de forma isolada como concomitante num mesmo indivíduo (PARISI, 2003; ALVES, 2004).

De acordo com Kozak (1996) e Parisi (2003), o pé diabético é classificado pelo grau de complexidade e gravidade em: pé diabético neuropático, pé diabético vascular e pé diabético misto ou neurovascular. O primeiro resulta da neuropatia diabética, que nos membros inferiores desenvolve a neuropatia autonômica e a polineuropatia periférica sensitiva motora.

A neuropatia diabética é a complicação mais comum do diabetes, que compreende um conjunto de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico, de forma isolada ou difusa, proximal ou distalmente, de instalação aguda ou crônica, de caráter reversível ou irreversível, manifestando-se silenciosamente ou com quadros sintomáticos (BRASIL, 2001).

A neuropatia autonômica é responsável pela diminuição progressiva da sudorese, tornando a pele fina, ressecada e mais suscetível a rupturas e ao processo de auto-simpatectomia que, por meio do hiperfluxo sanguíneo distal, aumenta o processo de osteopenia e a conseqüente suscetibilidade a fraturas dos ossos do tarso. Já a polineuropatia periférica sensitiva – motora - é responsável pela perda progressiva da sensibilidade protetora, atrofia da musculatura interóssea dos metacarpianos e das falanges e alteração de marcha (PARISI, 2003. p.280 -282).

O pé vascular ou “pé isquêmico” é consequência da doença arterial periférica, caracterizado por pé pálido, frio, com atrofia da musculatura do membro inferior, devido à obstrução ou isquemia arterial. As paredes dos vasos sanguíneos de médio e grande calibre sofrem espessamento, esclerose e tornam-se ocluídas pelas placas, bloqueando o fluxo sanguíneo.

O pé diabético misto ou neurovascular apresenta tanto as complicações neuropáticas quanto as isquêmicas. É considerado de altíssimo risco para ulceração, pois é insensível podendo apresentar deformidades, calosidades e, ao mesmo tempo, a diminuição de fluxo arterial (PARISI, 2003; SMELTZER; BARE, 2005).

Na concepção de Iponema e Costa (2007), a sequência de eventos no desenvolvimento da úlcera do 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. Em virtude da neuropatia sensorial, o pé torna-se insensível, portanto as lesões não são sentidas. Cabe ressaltar que com a alteração ou ausência da sensibilidade protetora, ocorre a formação de calosidade sobre a área de alta pressão, que eventualmente se ulcera.

Diante disso, na maior parte dos casos o “pé diabético” ou “pé em risco” evolui para a amputação dos membros inferiores. Vale lembrar que as indicações mais comuns na literatura que levam a amputação são gangrena, infecção e úlcera não cicatrizada (ALVES, 2004).

Pelo exposto, é de suma importância que os profissionais de saúde trabalhem junto ao cliente, de forma a conscientizá-lo acerca da doença. O diabético precisa mudar seus hábitos de vida, seguindo o tratamento regularmente orientado pela equipe interdisciplinar (IPONEMA; COSTA, 2007).

3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: ENFOQUE PARA O AUTOCUIDADO COM OS PÉS

O autocuidado é a prática de atividades que o ser humano desempenha de forma eficaz e responsável em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Porém, fatores como a idade, as experiências de vida, a cultura, o gênero, o padrão de vida, a educação e a crença dos seres humanos interferem na capacidade de seu desempenho (OREM, 1991).

É evidente que a assistência de enfermagem é essencial para motivar e mudar atitudes nos indivíduos diabéticos, devendo estes atentar para as informações e orientações recebidas dos profissionais enfermeiros para reduzir o risco de traumas e ou ferimentos em seus pés (TAVARES; RODRIGUES, 2002).

O estímulo ao autocuidado é complexo tanto para o enfermeiro como para os diabéticos, pela dificuldade que o ser humano tem em modificar estilos de vida e, mais ainda, manter essas modificações continuamente. É muito comum e exigido dessas pessoas comportamentos de autocuidado sem, contudo, considerar os fatores que podem interferir nesse processo, o que muitas vezes leva os profissionais a fornecerem informações incompatíveis com a realidade de quem vivencia a doença (ATAÍDE; DAMASCENO, 2006).

O enfermeiro tem papel imprescindível na prestação de cuidados aos portadores de diabetes Mellitus, especialmente por desenvolver orientações com a finalidade de aumentar o nível de conhecimento do paciente, familiares e comunidade, além de contribuir para a adesão dos diabéticos ao tratamento. A assistência de enfermagem é um dos pontos fundamentais para melhorar o prognóstico da doença e por colaborar para redução das taxas de amputações de membros inferiores em pacientes com diabetes tipo2 (TAVARES; RODRIGUES, 2002; ALMEIDA et al, 2008).

Dessa forma, o enfermeiro, integrante da equipe multidisciplinar, desempenha uma função importante nos diversos níveis de atenção à saúde, em consequência da constante interação com a população. Sua atuação junto à equipe de saúde é

extremamente importante no sentido de orientar os pacientes diabéticos sobre os cuidados diários com os pés e a prevenção do aparecimento das úlceras (GIL, HADDAD, GUARIENTE, 2008).

A aplicação do processo de enfermagem nesses casos é imprescindível, por meio dele é que se determina o porquê do diabético precisar de cuidados e ou orientação para o autocuidado, focado principalmente no trato para os pés. Por isso é necessário que os enfermeiros busquem referenciais teóricos que subsidiem sua prática (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

A chance de um diabético manifestar o pé diabético é maior que em qualquer outra situação. Isso se deve à fisiologia da sua pele, ao seu processo de cicatrização e às condições predisponentes que apresenta. Essa complicação é responsável por um elevado número de amputações não traumáticas que têm como causas mais comuns as manipulações incorretas dos pés, dermatoses, e déficit no autocuidado (HIROTA; HADDAD; GUARIENTE, 2008; MORAIS, 2009).

Segundo Morais (2009), cerca de 20% dos pacientes diabéticos desenvolvem úlceras de membros inferiores, 25% de todas as internações que ocorrem com os mesmos são decorrentes de problemas nos membros inferiores que podem levar a danos e incapacidades. Tais problemas envolvem uma série de fatores que desencadeiam o pé diabético, constituindo em grave problema de saúde pública, por apresentar um quadro devastador e mutilante em decorrência das complicações das ulcerações.

O Consenso Internacional do Pé Diabético (2007) enfatiza que ensinar o autocuidado por meio de consultas e orientações é fundamental, a fim de identificar precocemente os possíveis riscos. Ressalta também que além das complicações crônicas existem os fatores de risco, tais como: idade avançada e tempo de doença, biomecânica alterada, limitação da mobilidade articular, história de úlceras anteriores e de amputação de extremidades dos membros inferiores, insuficiência vascular, ausência de medidas preventivas (calçados inadequados/andar descalço), fatores

psicossociais como negação da doença, baixo nível socioeconômico, dentre outros fatores que aumentam a suscetibilidade do diabético a vir a desenvolver lesões.

A cerca do cuidado com os pés, é essencial que o diabético examine os pés com ajuda de um espelho ou até mesmo com o auxílio de outra pessoa para que possa identificar micoses, rachaduras, fissuras, calos, feridas, bolhas e hiperemia (CONSENSO INTERNACIONAL DO PÉ DIABÉTICO, 2007).

Segundo Nascimento (2004), os pés possuem forma e características que são consideradas consensualmente normais, entretanto, qualquer alteração pode ser indicativa de complicação, principalmente para pessoas que têm uma condição crônica de saúde, como a diabetes. Logo, a inspeção dos membros inferiores inclui as pernas e os pés, sendo que, nestes últimos, deve ser destacado a região plantar, dorsal e os espaços interdigitais cuja finalidade é a prevenção e a minimização do risco para ulcerações e/ou amputações (OCHOA-VIGO, 2005).

O fato de se ter diabetes é entendido, por muitas pessoas, como uma ameaça implícita ao desenvolvimento de complicações tão conhecidas que esta doença pode ocasionar. Assim, em nossa cultura, a doença é vista de um modo geral como um mal, uma ameaça de se perder o pé (TEIXEIRA, 2003; COELHO, 2009).

Segundo Waldow (1998), o cuidar em enfermagem consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É ainda ajudar outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e auto-cura, quando então, um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstâncias externas. Além disso, promover e restaurar o bem-estar físico, psíquico e social, pois se ampliam as possibilidades de viver e prosperar, bem como as capacidades para associar diferentes possibilidades de funcionamento factíveis para a pessoa.

Nesse sentido, a importância do enfermeiro no estímulo para a prática do autocuidado é destacada, pois sua ação incita refletir sobre o cuidar, como base primária e essência para o autocuidado (TEIXEIRA; ZANETTI; PEREIRA, 2009).

O cuidado para ensinar o autocuidado representa uma ação primordial na sobrevivência de todo ser vivo, especialmente do ser humano. Este guarda estreita a relação com as experiências de ser cuidado e cuidar (WALDOW, 1998).

O cuidar em enfermagem insere-se no âmbito da intergeracionalidade, pois se revela na prática como um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem ao tempo da ação. Abraça, pois, diferentes gerações, imprimindo-lhes realização e bem-estar (SOUZA, 2008).

Portanto, o significado atribuído ao cuidado recebe influência do meio cultural e social, onde o sujeito se insere. O modo como cada pessoa cuida de sua saúde não é universal, pois ele expressa as condições de vida e as estratégias de que dispõe para manter seu bem estar, emergindo uma pluralidade de representações que vão desde a interpretação do saber científico até as práticas populares de saúde (TEIXEIRA, 2003).

A falta de propostas de prevenção para as complicações do diabetes, a partir do desenvolvimento de uma educação em saúde, alicerçada na realidade concreta dos indivíduos, repercute nos altos índices estatísticos de complicações e amputações, influenciando na qualidade de vida dos portadores de diabetes Mellitus (COELHO; SILVA; PADILHA, 2009).

É fundamental o entrosamento entre profissional de saúde e paciente. Defendemos, portanto, que não basta somente investir no desenvolvimento por mais conhecimento sobre a doença, é preciso incluir a compreensão do que é viver com essa doença, criar propostas de educação em saúde que tenham como protagonistas as pessoas e não as doenças, estudadas apenas em laboratórios (COELHO; SILVA; PADILHA, 2009).

3.4 TEORIAS DE ENFERMAGEM

Nesta etapa do referencial teórico, foi discutida a teoria de enfermagem, com breve histórico sobre sua evolução, enfatizando o modelo conceitual de Orem, sem, no entanto, abordar as demais teorias e sua aplicabilidade, pelo fato de este modelo ter sido a base para fundamentar nossos questionamentos.

Historicamente, antes do desenvolvimento das diversas teorias, a enfermagem estava subordinada à medicina. A prática de enfermagem era prescrita por outros e realçada pelas tarefas tradicionais e ritualistas (TOMEY, 2009).

Para uma melhor compreensão sobre o surgimento das teorias de enfermagem, Kidd e Morrison (1998) descrevem os estágios de desenvolvimento das mesmas e da filosofia da enfermagem. Segundo os autores, os estágios de desenvolvimento das teorias são:

Conhecimento silencioso: obediência cega à autoridade médica. A pesquisa era limitada à coleta de dados epidemiológicos. A maioria das escolas de enfermagem estava sob o controle dos hospitais e era supervisionada pelos administradores hospitalares e médicos. Nas escolas pioneiras, alguma teoria era ensinada pelos médicos e a prática era ministrada pelas enfermeiras experientes. Havia poucos livros de enfermagem disponíveis, e a ênfase estava na realização das prescrições médicas. Os administradores viam as enfermeiras como mão de obra barata. Eram ensinadas a ser submissas e obedientes e aprendiam a cumprir suas responsabilidades para os médicos, sem questionamentos. Esse modelo de ensino de enfermagem persistiu por mais de 80 anos (TOMEY, 2009, p.54).

Conhecimento recebido: as teorias eram emprestadas de outras disciplinas. À medida que os enfermeiros adquiriram graus de doutorado, fora da área de enfermagem, contaram com a autoridade e apoio dos educadores, sociólogos, psicólogos, fisiologistas e antropólogos para proporcionar respostas aos problemas de enfermagem. A pesquisa era principalmente educacional e sociológica (TOMEY, 2009, p.54).

Conhecimento subjetivo: emergiu uma atitude negativa dirigida às teorias e às ciências emprestadas. Os estudiosos em enfermagem concentram-se no sujeito enfermeiro, não nos pacientes e/ou nas situações clínicas (TOMEY, 2009, p.54).

Conhecimento de procedimentos: inclui tanto o conhecimento separado como o conectado. A aplicação da teoria na prática era frequentemente subenfaturada. A ênfase era colocada sobre os procedimentos usados para adquirir conhecimento, com atenção excessiva para a propriedade da metodologia, os critérios para a evolução e os procedimentos estatísticos para a análise de dados (TOMEY, 2009, p.54).

Conhecimento construído: integração de diferentes tipos de conhecimento (intuição, raciocínio e autoconhecimento). A teoria de enfermagem deveria ser baseada nos estudos empíricos anteriores, na literatura teórica, nos relatos do paciente das experiências clínicas e dos sentimentos e na intuição do estudioso em enfermagem ou no conhecimento relacionado sobre o fenômeno de interesse (TOMEY, 2009, p.54).

Segundo McEwen (2009), os estudiosos creditam à Florence Nightingale o papel de primeira teórica moderna de enfermagem, por ter delineado o que considerava a meta da enfermagem e o domínio da prática, além de postular que “ser enfermeiro” significava ter o encargo da saúde pessoal de alguém.

A autora ressalta que Nightingale defendia o treinamento formal para enfermeiros como necessário para ensinar não só o que é para ser feito, mas como deve ser feito. Além disso, ensinou a importância da justificativa para as ações e destacou o significado de observação e reflexão. Propôs também premissas básicas para a enfermagem, em relação à observação dos enfermeiros, devendo estes observarem astutamente os doentes e seus ambientes, registrar as observações e desenvolver o conhecimento sobre os fatores que promoviam a cura. Por tudo isso, acreditava que o conhecimento desenvolvido e usado pelos enfermeiros deveria ser diferente do conhecimento médico. Insistia para que os enfermeiros treinados controlassem e formassem o pessoal e administrassem a prática de enfermagem nos lares e nos hospitais.

Depois de Nightingale quase um século se passou antes que outros estudiosos de enfermagem desenvolvessem trabalhos filosóficos e teóricos para descrever e definir a enfermagem e orientar a sua prática (McEWEN, 2009).

O modelo de ensino de enfermagem, após longo período, não apresentou nenhuma reestruturação, assim, as ações de enfermagem mantinham como referência o modelo biomédico (TOMEY, 2009). Somente na década de 50 os esforços para representar a enfermagem teoricamente produziram amplas conceituações da prática de enfermagem. Vale ressaltar que esses modelos foram difundidos durante os anos de 1960 e 1970. Embora os modelos conceituais não fossem desenvolvidos usando os processos tradicionais de pesquisa científica, proporcionaram direção para a enfermagem (TOMEY, 2009, p.59).

Desde o século XIX, com as contribuições de Florence, até a atualidade, surgiram importantes teorias de Enfermagem que promoveram a Enfermagem enquanto ciência. Entre elas estão: Enfermagem Psicodinâmica de Hildergard E. Peplau (1952), de Virgínia Henderson, que em 1955 definiu Enfermagem e em 1960 escreveu os Princípios Básicos do Cuidado de Enfermagem; Sistema de Conduta de Dorothy E. Johnson (1959); Vinte e um Problemas de Enfermagem de Faye Glenn Abdellah (1960); Relação Interpessoal Enfermeiro – Paciente de Ida Jean Orlando (1961); Relação Interpessoal de Joyce Travelbee (1964); Os Quatro Princípios da Conservação de Myra Estrin Levine (1966); Alcance de Metas de Imogene M. King (1968); Ser Humano Unitário de Martha Rogers (1970); Modelo de Adaptação de Sir Callista Roy (1970); Déficit do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem (1971); Enfermagem Humanística de Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderard em (1976). Em 1974 Wanda Horta de Aguiar, divulga a Teoria das Necessidades Humanas Básicas mostrando a importância das teorias para a prática profissional do enfermeiro (HORTA, 1985 ; GEORGE, 2000; ALLIGOOD, 1999; LEOPARDI,1999; MELEIS,1985).

Segundo Polit e Hungler (2004), os cientistas usam o termo teoria para referir-se a uma generalização abstrata que apresenta uma explicação sistemática de como os fenômenos estão inter-relacionados. O objetivo geral da teoria é dar significado aos resultados científicos, resumir o conhecimento existente em sistemas coerentes e

estimular novas pesquisas, fornecendo direção e ímpeto, bem como explicar a natureza das relações entre as variáveis.

Nesse contexto, as teorias de enfermagem foram desenvolvidas com o intuito de construir seu próprio saber, a fim de se consolidar como ciência, evidenciando suas bases teóricas para a prática, a partir de conceitos, definições, modelos e proposições, estabelecendo uma forma sistemática de percepção do mundo, para poder descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo (MELEIS, 1985; GEORGE, 2000; GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Nas ações de enfermagem, a teoria é um instrumento de trabalho que utiliza o conhecimento científico, mostra as intenções das visões acerca do processo saúde-doença e sobre a experiência do cuidado terapêutico, favorecendo atitudes do cuidar coerentes e adequadas com qualidades humanas. São narrativas que acompanham o modelo conceitual, proporcionam a descrição detalhada de todos os componentes do modelo e resumem os relacionamentos na forma de proposições. (ROLIM; PAGLIUCA et al 2005; TOMEY, 2009).

Sua utilização proporciona ao enfermeiro autonomia profissional e o conhecimento necessário para aperfeiçoar sua prática, pois favorece o desenvolvimento da capacidade analítica, estimula o raciocínio, esclarece os valores e as suposições determinando os objetivos do exercício profissional da educação e investigação da enfermagem. Portanto, sua capacidade aumenta pelo conhecimento teórico, sua autonomia se dá por meio de um ponto de referência que sustenta tanto o exercício profissional como a formação e os trabalhos de pesquisa na profissão (TOMEY, 1994; TOMEY, 2009). Por isso acreditava-se que os modelos conceituais e as teorias poderiam criar mecanismos pelos quais os enfermeiros comunicariam suas convicções profissionais, além de favorecer um modo sistemático sobre a enfermagem e sua prática (TOMEY, 2009).

As teorias tornam a prática de enfermagem mais determinada, afirmando não apenas o foco dessa prática, mas as metas e os resultados específicos, pois

determinam e esclarecem a enfermagem e a finalidade da sua prática, distinguindo-a das demais profissões (ALLIGOOD; TOMEY, 2002).

Para Loureiro e Vaz (2000), as teorias constituem referências para o enfermeiro embasar sua prática profissional, apropriadamente escolhida, para o desenvolvimento das suas ações, envolvendo diferentes conceitos. A utilização de uma teoria exige competências dos enfermeiros em observar, comparar, relacionar e experimentar, para obter os resultados esperados de suas ações, sendo de suma importância para desenvolver uma metodologia de trabalho fundamentada em uma ou mais teorias de enfermagem.

No Brasil, o enfermeiro desempenha suas ações de assistência à saúde, respaldado pela Resolução nº. 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras, sejam elas públicas ou privadas (COFEN, 2009). Portanto, escolher uma teoria não é fácil, há que se ter uma reflexão crítica em relação à Enfermagem, ao indivíduo e suas dimensões, à saúde e seu meio ambiente, pois isso fornece as bases para a prática do enfermeiro nos diversos cenários de atendimento à saúde (DINIZ, 2006).

3.4.1 Modelo Conceitual de Orem

Dorothea Elizabeth Orem nasceu em Baltimore, Maryland, em 1914. Iniciou seus estudos de enfermagem na Escola de Enfermagem do Providence Hospital, em Washington, tendo concluído seu curso no início dos anos 30. Recebeu o grau de Bacharel em Ciência, em Educação para a Enfermagem em 1939, e o de Mestre em Enfermagem em 1945. Em 1958 iniciou os estudos a respeito da sua teoria (GEORGE, 2000).

Como consultora de um projeto que tinha como objetivo melhorar o treinamento de enfermagem prática, investigou questões relacionadas às condições do indivíduo quando este está sob os cuidados de enfermagem e sob a ótica de que a enfermeira seria o “outro eu”. As respostas a esse questionamento deu origem ao conceito de

“autocuidado”. A partir dessas concepções, percebeu então que quando as pessoas são capazes, cuidam de si mesmas; quando uma pessoa não consegue cuidar de si, o enfermeiro, então, oferece ajuda (GEORGE, 2000).

Em 1959, publicou pela primeira vez o conceito de enfermagem de Orem, como provimento de autocuidados. Entre os anos de 1959 a 1985 desenvolveu a Teoria de Enfermagem de Orem que se baseia na premissa de que os pacientes podem cuidar de si próprios. Essa premissa é usada em reabilitação e cuidados primários, quando o paciente é encorajado a ser independente o máximo possível (OREM, 1995; GEORGE, 2000).

No desenvolvimento de sua teoria, Orem definiu os conceitos centrais que compõem o metaparadigma da Enfermagem, mostrando sua compreensão sobre pessoa, saúde, sociedade/ambiente e enfermagem (OREM, 1995).

Nessa perspectiva, Orem conceitua enfermagem como um serviço humano para a ajuda de pessoas na obtenção e recuperação de habilidades e declara que os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde são inseparáveis no indivíduo.

Quanto à saúde, Orem apóia a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, como o estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de enfermidade ou doença. Sua definição de pessoa refere-se a seres humanos que se diferenciam de outras coisas vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmos e de seu ambiente, possuindo capacidade para aprendizagem e para o desenvolvimento. Para o autor, cada pessoa que está sob os cuidados de enfermeiras, médicos ou outros provedores de cuidado de saúde, é identificada pelo termo paciente. O conceito de ambiente está centrado na sociedade, pois os grupos sociais são formados por pessoas que devem ser ajudadas para restabelecer suas responsabilidades, cabendo à enfermagem o papel de ajuda nessa obtenção e recuperação (OREM, 1995; LEOPARDI, 2006).

Em sua concepção, Orem afirma que o cuidado é próprio da ação positiva que tem uma prática e um caminho terapêutico, visando manter o processo da vida e promoção do funcionamento normal do ser humano (LEOPARDI, 2006).

A Enfermagem é considerada uma ciência ou disciplina prática, com componentes teóricos e práticos que proporciona ajuda humanizada a pessoas ou grupos, com limitações derivadas ou associadas à saúde, que os impeçam de conhecer e satisfazer suas necessidades de cuidado ou de seus dependentes, de maneira que, sob os cuidados da Enfermagem, suas condições ou do ambiente sejam mantidas ou alteradas (OREM, 1995).

Nos anos de 1980 e 1985, foram realizadas revisões dessa Teoria, ampliando o foco do indivíduo para unidades multipessoais e exposição da Teoria Geral de Enfermagem, formada por três constructos teóricos inter – relacionados: Teoria do Autocuidado, Teoria das Deficiências do Autocuidado e a Teoria de Sistemas de Enfermagem (SANTOS; SARAT, 2008).

3.4.2 Teoria do Autocuidado

A teoria do autocuidado engloba o conceito, as atividades, as exigências terapêuticas e os requisitos para o autocuidado. São três os requisitos de autocuidado apresentados por Orem: universais, de desenvolvimento e por desvio de saúde. A demanda de autocuidado terapêutico engloba todas as ações necessárias para manter a vida e promover a saúde e o bem estar (SILVA, 2001).

Os requisitos universais são comuns aos seres humanos, auxiliando-os em seu funcionamento; estão associados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Os requisitos desenvolvimentais ocorrem quando há a necessidade de adaptação às mudanças que surjam na vida do indivíduo. Os requisitos por desvio de saúde acontecem quando o indivíduo em estado patológico necessita adaptar-se a tal situação (OREM, 1995).

Os requisitos para o autocuidado por desvio de saúde são: busca e garantia de assistência médica adequada; conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos; execução de medidas prescritas pelo médico e conscientização de efeitos desagradáveis dessas medidas; modificação do autoconceito (e de autoimagem) na aceitação de si como estando num estado especial de saúde; aprendizado da vida associado aos efeitos de condições e estados, bem como de efeitos de medidas de diagnósticos médicos, num estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo (OREM,1995).

Os requisitos de autocuidado são: manutenção e ingestão suficiente de ar, água e alimento; provisão de cuidados com eliminação e excreção; manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso, entre solidão e interação social; a prevenção de risco à vida, ao funcionamento e desenvolvimento humano, em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo de ser normal (OREM,1995).

Para se entender a teoria do autocuidado é necessário definir os conceitos relacionados, como os de autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica de autocuidado. Nesse sentido, autocuidado é a atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Portanto, ação de autocuidado é a capacidade do homem de engajar-se no autocuidado (OREM, 1995).

Para Braga (2002), o autocuidado é um conjunto de práticas exercidas por uma pessoa, no sentido de conservar-se sadia, de recuperar sua saúde ou de minimizar os efeitos de uma doença sobre sua vida, ou seja, é tudo que uma pessoa pode fazer intuitivamente ou como resultado de um processo educativo, em benefício de sua saúde. (BRAGA, 2002).

Segundo Orem (1995), a capacidade do indivíduo é afetada por fatores condicionantes básicos como a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural, os fatores do sistema de atendimento de saúde, os fatores do sistema familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e a adequação

e a disponibilidade de recursos. Dessa forma, incorpora à teoria de autocuidado os requisitos de autocuidado: universal, desenvolvimento e desvio de saúde; os quais podem ser definidos como ações dirigidas à provisão de autocuidado.

Os requisitos universais são designados como as atividades da vida diária; enquanto os requisitos de desenvolvimento são designados como expressões especializadas dos requisitos universais, derivados de uma condição ou associados a algum evento; já os requisitos de desvio de saúde são exigidos em condições de doença ou podem resultar das medidas médicas exigidas para diagnosticar ou corrigir a condição (OREM, 1995).

3.4.3 Teoria do Déficit do Autocuidado

A Teoria do Déficit de autocuidado constitui a essência da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, visto que traça a ocorrência de uma necessidade (GEORGE, 2000). De acordo com Orem,

[...] a ideia central desse constructo é 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 (OREM, 1995, p.175).

A Teoria do Déficit de Autocuidado estabelece a relação existente entre a capacidade de ação do indivíduo e a sua demanda para o autocuidado. O termo déficit se refere a uma relação entre as ações que os indivíduos deveriam desenvolver e aquelas que têm capacidade de desenvolver no sentido de manter a vida, a saúde e o bem estar (OREM,1991). Assim, na Teoria do Déficit do Autocuidado, três conceitos são fundamentais: o conceito de agente do cuidado, de demanda de autocuidado terapêutico e de déficit de autocuidado.

O agente de autocuidado refere-se ao poder e à capacidade do cliente em satisfazer suas próprias necessidades por meio do cuidado regulatório contínuos, para o seu bom funcionamento e desenvolvimento, quando o mesmo identifica, define e posteriormente executa as atividades necessárias para o atendimento das demandas de autocuidado. A demanda de autocuidado consiste na identificação de todos os

meios de cuidados exigidos para satisfazer os requisitos universais, de desenvolvimento ou de desvio de saúde, que influenciam no desenvolvimento e funcionamento do corpo humano. O déficit de autocuidado se dá quando os poderes e a capacidade que constituem o agente de autocuidado ultrapassam a demanda de autocuidado, ficando evidente uma desorganização de ordem estrutural e funcional do ser. Assim, o déficit de autocuidado é identificado a partir da relação entre as demandas de autocuidado e a incapacidade de ação dos indivíduos para atendê-las (OREM, 1991; OREM,1995).

3.4.4 Teoria do Sistema de Enfermagem

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem está dividida em sistema totalmente compensatório, pelo qual o paciente é incapaz de realizar o autocuidado, pois as suas ações são limitadas e o enfermeiro assume esse cuidado; e sistema parcialmente compensatório, em que o enfermeiro e o paciente realizam medidas de cuidado. As ações do enfermeiro dependerão das limitações físicas, das habilidades, desembaraço psicológico do indivíduo, para executar tais atividades. Por último, o sistema de apoio-educação, quando o paciente realiza e regula suas atividades de autocuidado, mas necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensinamento, ou seja, o enfermeiro auxilia para que o paciente seja um agente de autocuidado (OREM, 1995).

Orem destaca cinco métodos de ajuda que o enfermeiro pode utilizar para promover o autocuidado. Eles podem ser estar isolados ou em conjunto, sendo: Agir ou fazer por outra pessoa; guiar e orientar o outro; Proporcionar apoio psicológico e físico ao outro; Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; Ensinar o outro (OREM, 1995).

Sob a ótica do ensino, a enfermagem atua junto ao cliente, utilizando um ou mais métodos para promover o cuidado. O indivíduo com diabetes Mellitus só pode chegar a um resultado satisfatório de autocuidado se o mesmo for bem informado sobre sua patologia, bem como sobre complicações e mudanças de forma geral que a mesma

pode vir a acarretar na sua vida. Daí a importância de estimular para o autocuidado, principalmente no que concerne às lesões nos pés, de forma a prevenir inúmeras complicações e agir apropriadamente para minimizar essas complicações que muitas vezes podem gerar incapacidades (SOUZA, 2008).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

Respeitando a natureza do tema e os objetivos propostos, optamos por uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, na qual se confere como o elemento da pesquisa acontece ou se manifesta no meio, sem apontar a análise de dados matemáticos (TURATO, 2005).

Para Polit e Hungler (2004), a metodologia qualitativa explora a experiência das pessoas na vida cotidiana, buscando conhecer questões da realidade que, a rigor, não podem ser quantificadas. Nesse mesmo enfoque, Chizzotti (2001) afirma que:

Na pesquisa qualitativa todas as pessoas que participam da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam. Todos são igualmente dignos de estudo, todos são iguais, e todos os seus pontos de vista são relevantes Chizzotti, 2001, p.83)

Convém apontar que para Minayo (2007) a pesquisa qualitativa visa a construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis.

Na visão de Leopardi (2002), o estudo descritivo encontra-se na necessidade de se explorar uma situação desconhecida, pretendendo com isso descrever com exatidão os fatos de determinada realidade.

Nesse sentido, a escolha da abordagem qualitativa é justificada por proporcionar a construção de uma realidade a partir do cotidiano das pessoas. Por intermédio de entrevista direta com diabéticos, procuramos desvelar a compreensão que eles possuem sobre a doença e suas complicações com os pés, o que possibilita a contemplação dos objetivos desta pesquisa.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O desenvolvimento desta pesquisa teve como cenário o setor de clínica médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto, situado na cidade de Belém do Pará.

O Hospital Universitário João de Barros Barreto é uma Instituição de assistência, vinculada a Universidade Federal do Pará (HUJBB/UFPA), que tem como missão prestar assistência à saúde da população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), como também atuar na área de Ensino e Pesquisa e na geração e sistematização de conhecimentos. É referência regional em Pneumologia, Infectologia; e Endocrinologia e Diabetes; e Referência Nacional em AIDS.

O setor de clínica médica dispõe de 40 leitos para atendimento em regime de internação de pessoas de ambos os sexos para tratamento especializado e foi selecionado por ser o local de retaguarda para atender diabéticos que necessitam de internação, provenientes do ambulatório e ou por referência de outros serviços de saúde via central de leitos.

4.3 ATORES E AMOSTRA

O número de pacientes internados no setor de clínica médica é de quarenta pacientes, vinte homens e vinte mulheres, sendo que, somente os diabéticos foram incluídos na pesquisa.

Nesta pesquisa os atores foram constituídos por todos os pacientes diagnosticados com diabetes tipo 2.

Para seleção da amostra, foram utilizados como critérios de elegibilidade os seguintes aspectos: disponibilidade e interesse em participar da pesquisa, diabéticos do tipo 2 com no mínimo um ano de doença, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, que estivessem internados durante o período de coleta de dados, orientados e com capacidade de verbalização para serem entrevistados.

Inicialmente, atenderam a esses critérios, trinta e cinco (35) pacientes. No entanto durante o período de coleta de dados cinco receberam alta hospitalar. Assim sendo trinta pacientes constituíram a amostra desta pesquisa.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2013, por meio de entrevista semi- estruturada, utilizando um instrumento padronizado composto de duas partes: a primeira contendo dados referentes à caracterização sociodemográfica dos entrevistados; e a segunda com as perguntas abertas sobre o conhecimento do diabetes, cuidado com os pés, fatores impeditivos e ou limitantes para a prática do autocuidado com os pés e orientações da equipe de saúde sobre o cuidado com os pés (APÊNDICE A).

Na concepção de Minayo (2007), a entrevista semi - estruturada parte da elaboração do roteiro orientador, enumerando questões levantadas pelo pesquisador, a partir do objeto a ser investigado, conduzindo para uma forma mais abrangente do tema, sem cercear as falas dos sujeitos.

As entrevistas foram agendadas para o horário da tarde, por entendermos que neste horário o acesso aos entrevistados seria mais bem aproveitado, considerando que no horário matutino a dinâmica do serviço acumula um número maior de atividades, o que poderia dificultar o contato da pesquisadora com os referidos entrevistados. Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os objetivos, a metodologia e a importância da pesquisa foram apresentados a todos os selecionados (APÊNDICE B).

Mediante autorização, as entrevistas, que tiveram duração em média de trinta a quarenta minutos, foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. É importante ressaltar que para manter o sigilo e o anonimato dos entrevistados foi atribuída uma codificação sequencial em ordem crescente (P1; P2; P3;.....), de acordo com a realização das entrevistas.

Convém ressaltar que a disponibilidade, o interesse e a receptividade dos entrevistados durante as entrevistas foram muito relevantes. Não houve recusa para participação na pesquisa. O momento da entrevista, além de possibilitar o acesso a informações únicas sobre experiências de vida dos diabéticos, foi oportuno para esclarecer dúvidas em relação ao diabetes.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Nesta fase buscamos encontrar respostas aos questionamentos da pesquisa, assim como alcançar os objetivos propostos a partir da análise de dados. Para isso, utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo que é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” que possibilita a transcrição para textos escritos, uma vez que tudo o que pode ser transformado em texto é passível de ser analisado, além de se poder utilizar procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011).

Assim, optamos pela modalidade de Análise Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analisado (BARDIN, 2011).

Os dados coletados foram submetidos à análise e discutidos de acordo com o método aplicado por Bardin (2011), o qual se baseia na contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada e posteriormente agrupada em etapas. Dessa forma foi possível estabelecer uma relação entre a teoria e a prática, auxiliadas pelo referencial teórico que deu sustentação à pesquisa.

A técnica de Análise Temática utilizada constou das três etapas indicadas por Bardin (2011): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos.

Iniciamos a análise pela transcrição das entrevistas na íntegra, seguida de leituras repetidas e flutuantes para familiarização com o material transcrito. Logo em seguida, iniciamos a primeira etapa.

Na primeira etapa (pré-análise), organizamos o material pesquisado e prosseguimos com a leitura do mesmo. Nesse momento, procuramos entendê-lo na sua magnitude, sem destacar significações específicas. Posteriormente foram elaboradas as seguintes hipóteses indagativas que deram suporte significativo às conclusões da pesquisa: Será que os entrevistados compreendem as complicações do diabetes que comprometem a saúde dos pés? Será que os entrevistados conseguem executar o autocuidado dos pés? Será que os entrevistados recebem orientações dos profissionais de saúde sobre o cuidado com os pés?

A segunda etapa (exploração do material) compreendeu a análise detalhada do material selecionado e a descoberta dos elementos de significação, desvelando as ideias mais relevantes. Na sequência, essas informações foram nominadas e codificadas com base nas unidades temáticas, proporcionando uma aproximação com o objeto da pesquisa.

Na terceira etapa (tratamento dos resultados), procedemos ao agrupamento dos dados em categorias temáticas a partir da classificação dos elementos por semelhanças, diferenciações e pelas características mais comuns. A análise permitiu apreender quatro categorias centrais que foram discutidas com base no referencial teórico, permitindo propor inferências e interpretações, com vistas ao alcance dos objetivos propostos pela pesquisa.

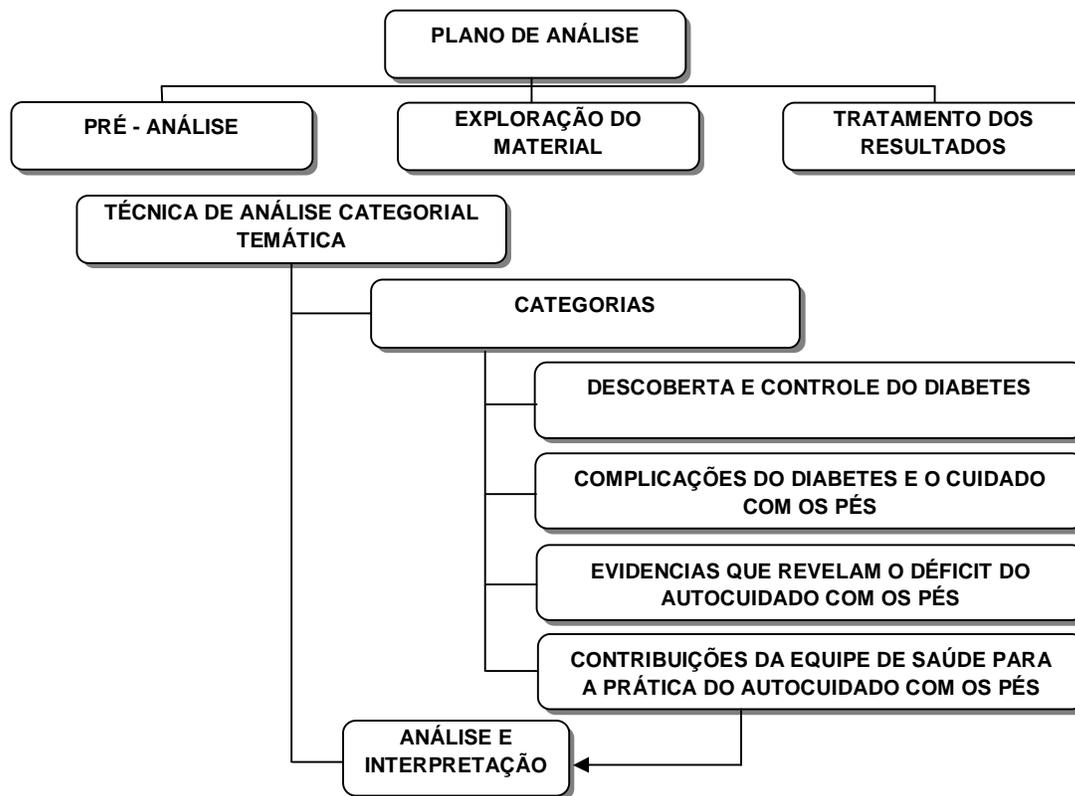


Fig. 1. Plano de Análise adaptado pelo modelo de Bardin (2011).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/UFGPA), sendo aprovado pelo parecer Nº. 230.977/2013 (Anexo A), e autorizado pelo CEP do Hospital Universitário João de Barros Barreto (Instituição coparticipante), com parecer Nº. 247.782/2013. Aos entrevistados foi garantido o anonimato. Eles confirmaram participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), em atendimento às determinações da Resolução 196/96 do CNS/MS.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo foram descritas e analisadas a caracterização sociodemográfica dos diabéticos pesquisados, composta pelos itens referentes à idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de doença (Tabela 1), assim como as quatro categorias temáticas, originadas dos conteúdos dos depoimentos dos trinta diabéticos, entrevistados desta pesquisa. Essas categorias de análise foram constituídas a partir das ideias mais relevantes desveladas, sendo codificadas e nominadas àquelas que se relacionavam diretamente com o objeto de estudo, na busca de respostas aos questionamentos e alcance dos objetivos propostos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS INFORMANTES

Dos 30 entrevistados, 56,7% (17) eram do sexo feminino e 43,3% (13) do sexo masculino. Todos portadores de diabetes tipo 2, sendo que 67,0%(20) conviviam com o diabetes há mais de dez anos. Em relação à faixa etária, 50,0% (15) possuíam idade acima de 60 anos, apontando que este grupo constituiu-se de pessoas adultas.

Quanto à escolaridade, 93,3% (28) possuem algum nível de instrução (ensino fundamental, médio ou superior) e 6,7% (02) foram identificados como analfabetos funcionais; estes últimos informaram saber apenas assinar o próprio nome. Entretanto, 60,0% (18) possuíam o ensino fundamental incompleto, afirmando terem estudado até a 3ª e/ou 4ª série do ensino fundamental, o que chamou nossa atenção por apontar o baixo nível de instrução no grupo, sugerindo que essa condição pode comprometer o processo de aprendizado sobre o autocuidado. Assim, os dados obtidos demonstraram no grupo a predominância de analfabetos funcionais.

Acerca dessa caracterização, o IBGE (2009) define analfabetos funcionais como pessoas às quais falta domínio de habilidades de leitura, escrita, cálculos e ciências,

correspondentes a uma escolaridade de até três séries completas do ensino fundamental ou antigo primário, ou seja, menos de quatro anos de estudo. Destacamos aqui que o baixo nível de instrução é um dado a ser considerado, porque essa condição pode representar dificuldades na compreensão das complicações do DM, conseqüentemente, podem afetar a integridade dos pés dos doentes.

Em relação ao estado civil, os diabéticos casados corresponderam a 43,3% (13) dos entrevistados. Ressaltamos que todos os entrevistados (100,0%) relataram conviver com pelo menos uma pessoa em suas residências. Consideramos esse dado é relevante, pois o diabético, em algum momento de sua vida, terá um familiar envolvido no processo de aprendizagem, direcionado para o seu autocuidado.

Quanto à problemática econômica, 54,0% (16) afirmaram possuir um rendimento mensal em torno de um salário mínimo, sendo dez aposentados, três em benefício, dois autônomos que trabalhavam com vendas, e um pensionista; 13,0% (04) possuem renda inferior a um salário, e, somente 3,0% (01) afirmou ter renda acima de três salários. Todavia, é relevante destacar que 30,0% (09) informaram não possuir nenhum tipo de renda, condição que os torna dependentes da ajuda de outras pessoas, principalmente dos filhos.

Nesta pesquisa houve predominância do sexo feminino. A literatura aponta que não há diferença significativa na prevalência de diabetes em relação ao sexo no Brasil, apesar da tendência às mulheres (JOST *et al*, 2010). Os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6,0% dessa população.

A procura das mulheres por assistência à saúde no decorrer da vida tem sido sugerida como um dos fatores responsáveis pela predominância do sexo feminino nos serviços de saúde. As mulheres em relação aos homens costumam cuidar mais de si.

Portanto estão mais atentas à sintomatologia das doenças e, geralmente, procuram ajuda precocemente (CAROLINO *et al*, 2008).

Em relação à faixa etária 50,0% dos entrevistados possuíam idade acima de 60 anos. A prevalência de diabetes no Brasil é de 7,6% da população entre 30 – 69 anos, com cifras próximas a 20,0% na população acima dos 70 anos (CAROLINO *et al*, 2008).

Segundo dados da Vigitel (2011), o diabetes aumenta de acordo com a idade da população, ou seja, 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram ser diabéticos. Com base no estudo de Przysiezny *et al* (2013) a média de idade entre pacientes diabéticos com pé diabético e/ou retinopatia diabética foi de 60,7 anos. Entretanto no grupo de diabéticos portador de pé diabético a média de idade sobe para 63,6 anos. A média de idade tende a aumentar quando o diabetes está associado a complicações. A doença atinge todas as faixas etárias, independente de raça, sexo ou condições socioeconômicas (PACE; OCHOA-VIGO; CALIRI; FERNANDES, 2006).

No que se refere à escolaridade 60,0% possuíam o ensino fundamental incompleto, apontando o baixo grau de escolaridade dos entrevistados. O baixo nível de escolaridade, certamente, pode limitar o acesso às informações, devido ao possível comprometimento das habilidades de leitura, escrita, compreensão ou mesmo da fala. Essa condição pode reduzir o acesso às oportunidades de aprendizagem relacionadas ao cuidado à saúde, especialmente ao reconhecer que, de modo geral, as pessoas adultas desenvolvem seus próprios cuidados diários (CASTRO; GROSSI, 2008). Estudos apontam que este dado é um agravante e possivelmente um contribuinte para o desenvolvimento das complicações crônicas, pelo comprometimento das habilidades de leitura, escrita e compreensão das atividades de educação, adesão ao tratamento e de autocuidado preventivo (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011; RODRIGUES *et al*, 2012).

Em relação ao estado civil constatou-se que 43,0% dos entrevistados eram casados. Vale ressaltar a importância de o diabético ter um familiar envolvido no processo de aprendizagem, direcionado para o seu autocuidado. Relacionando este dado a faixa etária encontrada, constatamos idade acima dos 60 anos entre os entrevistados. Nesta situação, o companheiro acometido pela patologia necessita de

um cuidador que possa estar atento a seu estado de saúde (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

A literatura aponta um estudo realizado com diabéticos portador de pé diabético e retinopatia, onde a maioria (60,5% dos pacientes com pé diabético e /ou retinopatia diabética e 74,1% daqueles com retinopatia isolada) estava inserida nas categorias mais baixas da renda salarial (inferior a um salário mínimo). Segundo os pesquisadores essa condição pode ser um fator limitante para o diabético seguir o tratamento de forma adequada (PRZYSIEZNY et al, 2013). Neste estudo a maioria dos entrevistados (54,0%) afirmou possuir rendimento mensal em torno de um salário mínimo, condição que aponta baixa condição socioeconômica, que pode influenciar no tratamento adequado e controle da doença, principalmente em relação à dieta adequada, haja vista que constitui um fator de alto custo para esta população, podendo ser determinante para os diabéticos negligenciarem o planejamento alimentar (ANÍSIO et al, 2005).

TABELA 1 - Caracterização sociodemográfica dos informantes segundo idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, ocupação e renda. Belém – Pará; 2013.

| Informantes | Características |
|--------------------|---|
| P1 | Homem, 51 a. solteiro, ensino fundamental incompleto, autônomo sem atividade laboral, renda inferior a um salário mínimo, diabético há 10 anos. |
| P2 | Homem, 73 a. casado, ensino fundamental incompleto, autônomo aposentado, renda de um salário mínimo, diabético há 10 anos. |
| P3 | Mulher, 81 a. solteira, ensino fundamental incompleto, do lar aposentada, renda de um salário mínimo, diabética há 20 anos. |
| P4 | Mulher, 67 a. divorciada, ensino fundamental completo, artesã sem atividade laboral, renda de um salário mínimo (benefício), diabética há 30 anos. |
| P5 | Homem, 38 a. casado, ensino superior incompleto, representante comercial sem atividade laboral, renda de um salário mínimo (benefício), diabético há 12 anos. |
| P6 | Mulher, 66 a. divorciada, ensino fundamental completo, tapeceira aposentada, renda de um salário mínimo, diabética há 25 anos. |
| P7 | Homem, 67 a. união estável, ensino fundamental incompleto, sem ocupação e renda, diabético há 03 anos. |
| P8 | Homem, 54 a. união estável, ensino fundamental incompleto, autônomo desempregado, sem renda, diabético há 10 anos. |
| P9 | Mulher, 48 a. solteira, ensino fundamental completo, autônoma desempregada, sem renda, diabética há 14 anos. |
| P10 | Mulher, 30 a. solteira, ensino médio completo, autônoma sem atividade laboral, renda inferior a um salário mínimo, diabética há 18 anos. |
| P11 | Homem, 61 a. separado, ensino fundamental incompleto, autônomo aposentado, renda de um salário mínimo, diabético há 04 anos. |
| P12 | Homem, 67 a. casado, ensino fundamental incompleto, autônomo aposentado, renda de um salário mínimo, diabético há 16 anos. |
| P13 | Homem, 53 a. casado, ensino fundamental incompleto, jardineiro sem atividade laboral, renda inferior a um salário mínimo, diabético há 05 anos. |
| P14 | Homem, 55 a., nenhum vínculo afetivo, ensino fundamental incompleto, caminhoneiro aposentado, renda de um salário mínimo, diabético há 05 anos. |
| P15 | Mulher, 77 a. casada, analfabeta funcional, do lar aposentada, renda de um salário mínimo, diabética há 25 anos. |
| P16 | Mulher, 42 a. união estável, ensino médio incompleto, autônoma em atividade laboral, renda de um salário mínimo, diabética há 18 anos. |
| P17 | Mulher, 66 a. viúva, ensino fundamental incompleto, doméstica aposentada, renda de um salário mínimo, diabética há 03 anos. |
| P18 | Mulher, 40 a. casada, ensino médio completo, autônoma sem atividade laboral, sem renda, diabética há 05 anos. |
| P19 | Mulher, 59 a. casada, ensino fundamental incompleto, do lar, sem renda, diabética há 11 anos. |
| P20 | Mulher, 68 a. casada, ensino fundamental incompleto, cozinheira aposentada, renda de um salário mínimo, diabética há 10 anos. |
| P21 | Homem, 58 a., casado, ensino fundamental incompleto, autônomo aposentado, renda de um salário mínimo, diabético há 19 anos. |
| P22 | Mulher, 59 a. casada, ensino fundamental incompleto, autônoma sem atividade laboral e renda, diabética há 04 anos. |
| P23 | Mulher, 63 a. viúva, ensino fundamental completo, lavadeira sem atividade laboral e renda, diabética há 04 anos. |
| P24 | Mulher, 56 a. viúva, ensino fundamental incompleto, faxineira sem atividade laboral, renda inferior a um salário mínimo (pensionista), diabética há 12 anos. |
| P25 | Mulher, 73 a. casada, ensino médio completo, autônoma sem atividade laboral e renda, diabética há 03 anos. |
| P26 | Mulher, 64 a. solteira, ensino fundamental incompleto, doméstica sem atividade laboral e renda, diabética há 28 anos. |
| P27 | Homem, 58 a., casado, ensino médio completo, autônomo em atividade laboral, renda de um salário mínimo, diabético há 15 anos. |
| P28 | Homem, 57 a., casado, ensino médio completo, autônomo em atividade laboral, renda acima de três salários mínimo, diabético há 15 anos. |
| P29 | Homem, 67 a., casado, ensino fundamental incompleto, garçom sem atividade laboral, renda de um salário mínimo (benefício), diabético há 08 anos. |
| P30 | Mulher, 63 a. separada, analfabeta funcional, serviços gerais sem atividade, renda de um salário mínimo(benefício), diabética há 10 anos. |

FONTE: ROTEIRO DE ENTREVISTA, 2013.

Apresentar a caracterização sociodemográfica dos informantes foi imprescindível, para facilitar a compreensão dos resultados obtidos, apontados nas quatro categorias temáticas que subsidiaram a análise desta pesquisa, sendo elas:

- Categoria 1 – Descoberta e controle do diabetes.
- Categoria 2 – Complicações do diabetes e o cuidado com os pés.
- Categoria 3 – Evidências que revelam o déficit do autocuidado com os pés.
- Categoria 4 – Contribuições da equipe de saúde para a prática do autocuidado com os pés.

5.2 DESCOBERTA E CONTROLE DO DIABETES

No que se refere à descoberta da doença, nem todos os entrevistados conseguiram descrever como esse fato aconteceu. Entretanto, de acordo alguns depoimentos, tal descoberta foi associada à manifestação de um ou mais sintomas. Diante disso, identificamos que os informantes possuem conhecimento vago sobre o diabetes, mesmo com pouco conhecimento mencionaram sintomas que tem, de fato, relação com a doença. Além disso, em suas falas, poucas diferenças significativas foram identificadas, levando em consideração o tempo de doença que, neste grupo, variou de três a trinta anos de convívio com o diabetes.

Podemos perceber, no relato de P25, a evidente preocupação e a necessidade em descobrir o que estava acontecendo com ele. Por outro lado, nas falas dos informantes P3, P13 e P5 não se percebeu preocupação em se descobrir o problema, não representava grandes transtornos, e a investigação sobre a doença foi realizada rotineiramente com a finalidade de se resolver o problema.

[...] através da urina, que eu mijei assim no... no canto aí eu vi formiga. Aí eu falei pro... ele falou égua toda vez que tu urina dá formiga? Aí eu falei dá ah então é diabetes tem que fazer um teste... aí fez no sangue né aí constatou né [...] (P5).

[...] olha eu descobri ser diabética, porque me ficou dando assim uma fraqueza no corpo, me sentindo mal, aí fui ao médico e... fez exame [...] (P3).

[...] eu descobri minha diabete quando eu comecei a emagrecer aí eu foi fazer exame aí atestou que eu tava, que eu era diabético[...] (P13).

[...] eu disse meu filho eu to emagrecendo eu to bebendo muita água... de noite eu me levantava meus lábios chega rachava... eu quero fazer exame [...] (P25).

Podemos inferir que a naturalidade manifestada pelos entrevistados, mediante os sintomas apresentados, esteja diretamente relacionada com o nível de conhecimento desses informantes em relação à doença. Supõe-se que a associação entre o tempo de convívio com o diabetes e o seu controle constitui a possibilidade desses diabéticos, pelo tempo de exposição à doença, obterem mais informações sobre sua evolução. No entanto, estudos revelam que indivíduos acometidos por diabetes Mellitus (DM) possuem barreiras e limitações que influenciam na adesão, tratamento e aparecimento de complicações (RODRIGUES et al, 2009; OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Esses estudos corroboram com os resultados de nossa pesquisa, pois para alguns entrevistados o aparecimento de sintomas não provocou grande preocupação. Pode ser que, para eles, o baixo nível de escolaridade tenha limitado o conhecimento sobre a doença e a busca pelo aprendizado. Esse mesmo dado vai de encontro à literatura, pois em muitos estudos relata-se que as pessoas doentes, ao se depararem com o diagnóstico de uma doença crônica como essa, são tomadas por uma preocupação imediata com a gravidade dela e com a possibilidade de sequela que podem vir a sofrer no seu dia a dia. Surge, então, a sensação de medo, ansiedade, sentimento de perda, frustração e baixa autoestima (RANTUCCI, 2007).

Por outro lado, apesar da limitação do conhecimento sobre o diabetes, todos os entrevistados afirmaram fazer uso de medicação para controlar a doença. Destes, 80,0% (24) conseguiram dizer o nome das medicações que utilizavam, mesmo assim ainda houve relatos de uso inadequado. Observamos, nas falas dos entrevistados P4 e P5, a dificuldade em verbalizar o nome correto da medicação e o descuido quanto ao uso regular.

[...]eu tomava pro meu controle.... eu tomava metformina e belaclamida[...] (P4)
[...]já eu comecei fazer, eu tomava depois parava não tava nem aí.....era aquela piulinha pequena, benclamida foi a primeira.... depois eu fui tomar metformina, agora...[...] (P5)

Essa atitude deixa transparecer que a compreensão sobre a evolução da doença e suas complicações ainda é incipiente. Para Maia e Silva (2005), é essencial que a partir da descoberta da doença o portador de diabetes adquira esse conhecimento o mais breve possível, para manter a mesma sob controle. O conhecimento adquirido ao longo do convívio com a doença vai muito além do que simplesmente reproduzir informações, pressupõe a incorporação de novas atitudes e hábitos de vida (RODRIGUES et al, 2009).

Comparando esses resultados a outros estudos, podemos perceber, ao mesmo tempo, semelhanças e controvérsias entre os entrevistados em relação ao uso correto de medicamentos. Alguns relataram conhecimento em relação ao nome, quantidade, horário, bem como o propósito dos antidiabéticos; outros reconheciam a importância dos medicamentos, mas apresentaram dificuldade para utilizá-lo nos horários pré-determinados (PEREIRA et al, 2012). Os estudiosos da temática discutida reiteram que o profissional de saúde deve estar atento para os fatores que influenciam a não adesão à terapia medicamentosa, propondo estratégias para orientar o diabético e seus familiares em relação ao uso correto dos medicamentos, conforme os horários estabelecidos.

Um fato nos chamou atenção nos depoimentos. Não houve relatos de outros meios de controle da doença, que não fosse o uso de medicamentos recomendados pelos médicos. Sabe-se que além da medicação, a alimentação, o controle glicêmico e atividades físicas ajudam na prevenção das complicações do DM. Essa condição ineficiente de controle reforça nossa suposição sobre o baixo nível de informação do grupo pesquisado e, conseqüentemente, a não adesão ao tratamento.

Outros estudos encontrados na literatura apresentam resultados díspares ao nosso. Destacamos, por exemplo, o estudo de Grillo (2005), no qual os sujeitos em sua totalidade faziam uso de algum fármaco para controlar o nível de glicose, grande parte

referindo adesão à terapia medicamentosa e poucos sendo adeptos da prática de exercício físico, alegando falta de tempo para sua realização. A maioria mencionou não ter dificuldade em seguir a dieta adequada para o diabetes tipo 2 (DM2), porém, na mensuração do índice de massa corpórea desses sujeitos, notou-se predomínio de sobrepeso, evidenciando assim a baixa adesão ao regime alimentar. Este mesmo autor ressalta que a mudança de hábitos alimentares, prática de exercícios físicos de rotina e o controle de redução de peso corporal contribuem para a diminuição e ou redução da dosagem dos medicamentos prescritos.

Diante disso, a adesão ao tratamento é o maior desafio da equipe multiprofissional no atendimento ao portador de diabetes tipo2 (DM2), devido a fatores pessoais, condições socioeconômicas e culturais (GOMES, 2011). Na maioria dos casos a evolução inicial da doença é silenciosa, propiciando resistência do diabético em seguir as orientações pertinentes ao tratamento da doença, além disso, o acesso ao sistema de saúde e a interação com a equipe multiprofissional tem contribuído significativamente para controle inadequado do diabetes. Portanto, compreender a evolução da doença e suas complicações implica na mudança de hábitos do diabético, essencialmente na realização de atividades físicas e no controle alimentar (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Nesse contexto, o baixo nível de escolaridade e a faixa etária, predominantemente acima dos 60 anos, evidenciados na presente pesquisa, possa ser a justificativa para os entrevistados utilizarem somente medicamentos antidiabéticos para controlar a doença, além de sugerir que esses entrevistados também apresentam dificuldades e limitações como déficit cognitivo, falta de motivação pessoal e não aceitação da doença que os impede de compreender e adotar medidas de promoção à saúde.

Outros estudos apontaram resultados que corroboram com nossas inferências. Os autores desses estudos concluíram que a baixa escolaridade dos entrevistados dificultou o acesso às informações, assim como interferiu na compreensão destes sobre os mecanismos complexos da doença e do tratamento. Por se tratar de pacientes diabéticos constituiu-se como fator mais preocupante, haja vista esses indivíduos

necessitarem manter um nível de cuidado específico em relação a medicamentos e no que se refere à restrição alimentar (GAMBA, 2004; PACE, 2002; MORAES et al, 2009). Portanto, a partir da análise dessas informações desta pesquisa, podemos considerar que o aumento do conhecimento sobre DM está relacionado com maior nível de escolaridade, maior nível socioeconômico, presença de familiares com diabetes e faixa etária intermediária (HE; WHARRAD, 2007; RODRIGUES et al.; 2012).

5.3 COMPLICAÇÕES DO DIABETES E O CUIDADO COM OS PÉS

Ao serem questionados sobre as complicações do DM que podem causar danos aos pés, os entrevistados tiveram dúvidas em alguns momentos de seus depoimentos e dificuldades para descrever essas complicações, demonstrando conhecimento insuficiente a respeito do assunto. Assim, 30,0%(09) não souberam informar nenhuma complicação; 23,0%(07) relacionaram as complicações a outros fatores como: aumento da glicose, fome exagerada, fraqueza e vista escura, enfermidade que mexe com todo o corpo; e 46,0%(14) citaram o infarto, má circulação, alterações renais, casos de amputação, cegueira e feridas incuráveis, como as complicações relacionadas ao DM.

Por outro lado, estudo semelhante evidenciou as complicações oftalmológicas, renais, neurológicas e cardíacas como as mais frequentes, em 62,0% dos entrevistados. O autor enfatiza que à medida que as pessoas têm mais tempo de doença e menos controle metabólico, essas complicações tornam-se mais presentes (GRILLO; GORINI, 2007).

Nossa pesquisa não se propôs a investigar as complicações evidentes neste grupo, mas sim a compreensão dos entrevistados sobre as complicações que podem contribuir para os danos com os pés. Neste caso, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2005) aponta que dentre as complicações crônicas destacam-se aquelas relacionadas com os pés, cuja alteração fisiopatológica é caracterizada pelo aparecimento de lesão. As complicações macrovasculares do DM2 incluem a doença vascular periférica, que compromete a irrigação sanguínea, principalmente nos membros inferiores (LAURINDO et al, 2005). Essa complicação, denominada de neuropatia periférica,

além de evoluir silenciosamente afeta a função autonômica, sensitiva e motora dos nervos periféricos (LUCAS et al, 2010).

Um estudo realizado por Cisneros e Gonçalves (2011) identificou a ocorrência de neuropatia em 62,0% dos investigados e concluiu que estes não adotaram medidas de prevenção quando da descoberta da doença, sendo detectada tardiamente. O fato das complicações surgirem tardiamente dificulta o reconhecimento da severidade da doença por parte dos pacientes (BROWN et al, 2002).

Importa ressaltar ainda que dos quatorze entrevistados, três depoimentos de P10, P12 e P18, descrevem as complicações que mais se aproximaram do que foi proposto pela pesquisa, e seguem descritos abaixo:

[...]eu penso assim que ela pode comprometer o rim da pessoa né, um ferimento no corpo da pessoa ela pode por causa da circulação.... não tiver zelo com ele, pode até perder um dedo, perder um pé, um braço....[...](P12)

[...] a visão, amputação né... dos membros inferiores e ...algumas consequências né..[...](P10).

[...]a não ser a perda dos....membros né...mais as dos pés. Só isso.[...](P18).

Os entrevistados demonstraram preocupação com a possibilidade de ocorrência de danos graves, em especial as amputações. A perda de uma parte do corpo traz repercussões na existência do ser, pois a incompletude vivenciada por estas pessoas irá exigir uma readaptação do viver e uma compreensão de perspectivas do mundo (CHINI; BOEMER, 2007).

Acerca desses relatos, foi possível evidenciar o nível de desinformação e conhecimento ineficiente dos entrevistados a respeito das complicações que comprometem os pés. Essa condição pode estar relacionada ao baixo nível de escolaridade citado anteriormente. Segundo Maia e Araújo (2002), o maior grau de conhecimento sobre a doença posterga as complicações e diminui as internações. O fato de somente uma parte dos entrevistados citarem as complicações da doença não afastou o temor destes pelas possíveis consequências (amputações) que a doença pode causar, excepcionalmente quando já vivenciaram ou estão vivenciando alguma situação semelhante.

De acordo com Cisneros e Gonçalves (2011), a maioria dos diabéticos amputados sente a necessidade de se envolver mais com o tratamento como forma de prevenir outras perdas. Perante o temor à amputação assinalada pelos entrevistados e com a finalidade de apresentar os resultados com clareza e fácil compreensão, associamos o conhecimento sobre complicações do diabetes e o hábito de cuidar dos pés.

Diante dessa perspectiva, ao serem questionados sobre a realização do cuidado com os pés, 34,0%(10) afirmaram não cuidar dos pés, mas a maioria, no entanto, 66,0%(20), cuidam de seus pés. É relevante o fato de 34,0%(10) dos entrevistados não realizarem nenhum cuidado especial, o que pode caracterizar pouco conhecimento e desinformação sobre esses cuidados em decorrência do baixo nível de instrução evidenciado, além de servir de alerta para os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, envolvido no processo educativo desses indivíduos.

Outros estudos obtiveram resultados semelhantes aos nossos. Destacamos o estudo de Maia e Silva (2005) sobre pé diabético, no qual 40,0% dos entrevistados não realizavam nenhum cuidado especial com os pés, enquanto os estudos de Cisneros e Gonçalves (2011) apontaram que a disfunção visual dificultou o cuidado com os pés em 46,7% dos entrevistados.

Por isso cabe ao enfermeiro a busca de meios para favorecer a motivação e adoção de medidas de autocuidado diário, priorizando no seu dia a dia medidas que envolvam a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da pessoa com diabetes com o objetivo de evitar em longo prazo certas complicações, como as lesões nos pés.

Ao analisarmos os cuidados realizados com os pés citados pelos entrevistados, identificamos dois grupos, um relacionado ao receio de ferimentos e o outro relacionado à limpeza. O primeiro diz respeito a preocupações como não andar muito, não andar descalço, não ir à manicure, não deixar umidade entre os dedos por causar pé de atleta (frieira), hidratar para evitar calo e ferida, não usar sapato apertado, evitar cortes; e o segundo à: enxugar os pés após o banho, lavar e escovar, não pisar em lugares com

lama, não colocar os pés em águas sujas, passar óleo e hidratante, vigiar se há sujeiras e cortar as unhas.

“os cuidados u que eu tenho é... tomar banho, quando tomo banho, enxugar”... (P3)

“ah! eu não ando descalça, eu hidrato, só”... (P18)

“eu, eu... meus pés eu não ando descalça, o meus pés eu, eu lavo, passo hidratante”... (P19)

Mediante os discursos dos entrevistados, questionamos como as pessoas com diabetes estão se cuidando e em que proporção os profissionais inseridos nos serviços de saúde têm realizado ações de promoção à saúde. A nosso ver, não basta apenas lavar, enxugar e/ou andar calçado, como verificamos nos depoimentos.

O cuidado com os pés, visando à prevenção de complicações, é muito mais que realizar as ações supracitadas, implica em um cuidado minucioso que inicia com a inspeção diária, a procura de alterações que se detectadas precocemente poderão ser evitadas. Compreendemos que o profissional enfermeiro precise apropriar-se de habilidades criativas para motivar os diabéticos para o aprendizado do autocuidado. Nesse caso Maia e Silva (2005) enfatizam que a adesão ao planejamento do autocuidado, desenvolvido entre o diabético e o profissional, depende do conhecimento da doença, e das condições físicas e emocionais do cliente.

O fato de o grupo pesquisado apresentar características peculiares relacionadas à desinformação, pouco conhecimento e baixo nível de escolaridade, apenas reforça a dificuldade apresentada por eles em compreender que precisam adotar cuidados específicos com seus pés. Por esse motivo, destacamos os depoimentos dos informantes P28 e P30, os quais manifestaram medo para realizar procedimentos de manicure e pedicuro.

[...] cuidado pra não ferir os pés, esse cuidado eu tenho que nem pra manicure e pedicure eu não vou mais por que eu tenho medo[...] (P28)

[...]tem, tem que ter cuidado com negócio de manicure pra não se ferir entendeu? Pra não se feri, por que não sara, tem pessoas que não sara, vai ter que cortar um braço, um pé, cortar a coxa é assim, entendeu?[...] (P30)

Torna-se evidente, igualmente, o conhecimento ineficiente dos entrevistados, observado nas falas quando eles relacionam um cuidado básico com os pés (como limpar as unhas) a uma atitude que lhes pode causar danos. Trata-se de higiene e, mesmo, de uma preocupação estética. O desconhecimento sobre as condutas corretas em relação ao cuidado com os pés impõe o comportamento inadequado adotado e ratificado no depoimento do informante P30.

A pesquisa revelou trinta portadores do diabetes tipo 2, adultos de ambos os sexos, com mais de 10 anos de doença e com baixo nível de escolaridade. Podemos deduzir que esses fatores possam ter interferido negativamente no entendimento do grupo a respeito da importância em adotar hábitos específicos e rotineiros para a promoção da saúde, especialmente com os pés, o que é demonstrado pelo conhecimento incipiente em seus depoimentos.

Nossa dedução é corroborada pela concepção de Milman et al (2001), ao afirmarem que o risco do diabético desenvolver o pé diabético não ocorre somente pelas complicações crônicas, mas pela associação destas a outros fatores de risco como: idade avançada, tempo de convívio com o diabetes, ausência de medidas preventivas, fatores psicossociais (negação da doença e baixo nível socioeconômico, entre outros) que aumentam a susceptibilidade ao aparecimento da lesão.

Diante disso, ressaltamos que dos dez entrevistados que afirmaram não desenvolver nenhum tipo de cuidado com os pés, a metade 50,0%(05) já havia internado por complicações nos pés que evoluíram para amputação. Foram mencionadas as seguintes causas para as internações: ferimento por sapato apertado (amputação de um dedo); ferimento por furada de prego (amputação de dois dedos); ferimento por topada (amputação de um dedo); fratura no pé (amputação de dois dedos); ferimento por má circulação (amputação de 1/3 da perna). Em se tratando do DM2, é possível que essas complicações tenham ocorrido em longo prazo, o que leva à conclusão de que além do desconhecimento e da ausência de cuidados específicos com os pés descritos anteriormente, evidenciamos o déficit para o autocuidado.

Nossos dados e conclusões vão ao encontro dos dados encontrados na literatura em questão, a qual considera que as complicações em longo prazo, como é o caso das neuropatias, são mais evidentes no tipo 2 da doença, e acometem os pés dos indivíduos por uma espécie de síndrome relacionada ao DM, conhecida como pé diabético (RODRIGUES, 2003).

Ao serem questionados sobre o pé diabético, somente 13,0% (04) dos entrevistados relataram seu entendimento sobre essa complicação, além de relacionarem (inequivocadamente) sua ocorrência, predominantemente, à amputação.

[...] o pé diabético ele vai necrosando tudo né, ele vai bem dizer comendo tudo por causa que a bactéria, né vai coisando a carne, os nervos, vai perdendo a sensibilidade, e...bem dizer já era... assim já é caso de amputação[...](P5)

[...] o pé diabético, pela informação que eu tive, são esses pés que às vezes há necessidade de cortarem, amputarem, né isso? Porque não tem mais cura, né....[...](P6)

[...] pé diabético é...quando uma pessoa tem uma ferida, que não cicatriza né? o cuidado é dobrado pra não correr o risco de ter amputação dos dedos, dos membros....[...](P10)

[...] pé estragado, né?[...](P18)

Os depoimentos acima evidenciam o medo pela possibilidade da perda de alguma parte do corpo. O pé diabético se torna uma situação real quando associado à amputação e essa condição compromete diretamente a qualidade de vida produtiva do indivíduo.

A taxa de amputação pode ser reduzida em 50,0% se as seguintes medidas forem adotadas: inspeção dos pés e calçados durante as visitas clínicas do paciente, tratamento preventivo do pé e com os calçados para pacientes com pé de alto risco, abordagem multiprofissional e multifatorial das lesões já instaladas, diagnóstico precoce, acompanhamento contínuo de pacientes com úlceras nos pés e registro de amputações e úlceras (CONSENSO INTERNACIONAL DO PÉ DIABÉTICO, 2007).

Um dos entrevistados definiu o pé diabético como um “*pé estragado*”, referindo-se ao pé do irmão que também é diabético. Essa atitude nos causou surpresa pela naturalidade como a situação foi colocada. Embora convivendo com a doença há cinco anos, informou negligenciar o cuidado com os pés. Pode ser que para esse

entrevistado desenvolver o pé diabético pareça uma situação irreal de acontecer. Por isso, cabe aos profissionais de saúde favorecer meios para a promoção da saúde. Porém, o comportamento preventivo depende principalmente da percepção do cliente quanto à gravidade da doença (MAIA; SILVA, 2005).

Entendemos que esses dados são significantes, pois caracterizam a necessidade emergencial para se estabelecer um plano educativo a partir das limitações do paciente, e não apenas o repasse de informações sem considerar as características sociais e econômicas deste. Só assim mitos e verdades poderão ser incorporados ao cotidiano dessas pessoas e, concomitantemente, a adesão ao tratamento.

Segundo Menezes; Andrade e Silva (2009), a prevenção adequada das complicações torna-se obrigatória e requer uma atenção maior ao exame detalhado dos pés do portador de diabetes, pois a maioria dos pacientes apresenta perda da sensibilidade protetora, calosidades e lesões dermatológicas, todos os fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera no pé.

Segundo o Consenso Internacional do Pé Diabético (2007), os indivíduos que perdem a sensibilidade podem desenvolver deformidades e não perceberem traumas superficiais repetitivos ou rachaduras nos pés ou danos, sendo um fator preditivo ao desenvolvimento de úlceras. Todavia, as lesões sensitivas são sérias, pois a diminuição da sensibilidade pode levar à ausência de dor e, sucessivamente, à formação de calosidade na planta dos pés, úlceras tróficas, que são responsáveis pelo início dos processos infecciosos e das gangrenas (NASCIMENTO et al, 2004). Assim, o pé diabético é uma complicação que ocorre em média após 10 anos de evolução do DM, caracterizado pela presença de lesões nos pés que se não tratadas podem levar a amputações de membros inferiores (COELHO; SILVA; PADILHA, 2009).

A partir dos dados obtidos, deduzimos que o tempo durante o qual a pessoa convive com DM é um dado fundamental, por constituir um fator de risco muito significativo para a ocorrência de complicações capazes de convergir para o pé diabético. Portanto, é imprescindível salientar a importância da equipe interdisciplinar

com ações educativas que possam ser compreendidas por essas pessoas com vistas à melhoria da qualidade de vida.

5.4 EVIDÊNCIAS QUE INTERFEREM NO AUTOCUIDADO DOS PÉS

O autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, no sentido de conservar-se sadio, de recuperar sua saúde ou de minimizar os efeitos de uma doença (OREM, 1995). Na área da saúde, o termo autocuidado tem sido utilizado como o cuidado de si próprio, a autoajuda e também como capacidade de realizar as atividades diárias (SILVA; KIMURA, 2007.p.2). Logo, trata-se de tudo que uma pessoa pode fazer intuitivamente ou como resultado de um processo educativo em benefício de sua saúde (BRAGA, 2002).

Ao serem questionados sobre as dificuldades que interferem na execução do cuidado com os pés, 43,0%(13), alguns entrevistados informaram não realizar o autocuidado em detrimento de situações limitantes. Foram mencionadas as seguintes limitações: dormência no corpo, diminuição e ausência da visão, dor na visão e dificuldades para se abaixar e alcançar os pés. Abaixo, assinalamos três depoimentos que descrevem exatamente essa situação:

“tenho agora eu tenho... num dá pra mim cortar, é a vista, eu tenho catarata por causa da diabetes... e me abaixar eu também não consigo.”(P26).

“ eu vou lhe dizer uma coisa dotora, por que eu já não enxergo bem da vista né... por que já as minha junta como diz o ditado tão ficando ... já dura eu não posso me abaixar direto.”(P12).

“Agora tenho devido a minha vista que eu não to enxergando quase, muito pouco.”(P3)

O fato de oito entrevistados apresentarem comprometimento da visão, caracterizando déficit de autocuidado, pode contribuir para o aumento do risco de complicações nos pés desses indivíduos, além de servir de alerta para os profissionais de saúde e da enfermagem responsáveis pelo planejamento do autocuidado. O comprometimento da visão como limitação para o autocuidado tem sido encontrada em

outros trabalhos realizados em serviços de saúde, como o realizado por Júnior et al (2010), em um município do interior do Estado do Piauí, lugar onde 90,0% dos entrevistados apontaram a cegueira como sério problema enfrentado que os impedia de realizar o autocuidado. Na pesquisa de Cisneros e Gonçalves (2011), realizada na cidade de Porto Alegre, 46,7% dos diabéticos apresentaram a visão comprometida em função do diabetes, tornando-os dependentes de terceiros para a realização do autocuidado.

Em nosso entendimento, o problema visual entre as pessoas com diabetes constitui um fator agravante para complicações severas e graves como a cegueira, caso não seja diagnosticado e monitorado precocemente, além de interferir diretamente na realização do autocuidado essencialmente dos pés.

Nossa pesquisa identificou 50,0% (15) de diabéticos na faixa etária acima de 60 anos. Essa condição nos levou a inferir que o grupo investigado pudesse ter um maior entendimento sobre a importância do autocuidado na conservação e manutenção da saúde, por entendermos, assim como Smeltzer e Bare (2005), que as pessoas adultas são capazes de cuidar de si, mesmo que a realização do autocuidado tenha influência de outros fatores determinantes sobre essa capacidade. Entretanto, nossos resultados mostram o inverso, pouco conhecimento, desinformação e déficit de autocuidado nessa faixa etária. Por outro lado, além da idade, destacamos o tempo de convívio com a doença (acima de 10 anos), essencial na prevenção do pé diabético, pois quanto mais tempo com o diabetes mais se adquire experiência sobre como agir, evitando-se o risco significativo para a ocorrência de complicações. É necessária a adoção de medidas preventivas, principalmente aquelas que estimulem o autocuidado (MAIA; SILVA, 2005).

Destacamos abaixo alguns cuidados que, na compreensão dos entrevistados, são essenciais para manter os pés protegidos de qualquer dano.

“Olha, os cuidados que eu tenho é... tomar banho, quando tomo banho, enxugar e ela passa um... não sei o remédio que ela passa, não sei lhe dizer”.(P3)

“Tem que ter muito cuidado com o pé né, no caso enxugar bem, não deixar molhado entre os dedos né, deixar sequinho, por causa de uma frieira pode causar um transtorno grande né”.(P5)

“Eu não faço o negocio de unha assim pra... que eu tenho medo de ferir,,, calçado eu não calço calçado apertado aquelas coisas pra ficar mais folgado”.(P11)

“Assim prestar atenção no, no... pés, sobre a limpeza, cortar as unhas né, é isso”.(P12)

“Quando eu tomo banho enxugo eles bem né? Passo creme..., evito de me cortar, evito de me meter em coisas sujas né? Água sujas essas coisa.”(P22)

“É... cortar unha, da uma massagem, passa um creme.”(P26).

Os depoimentos acima revelam as compreensões básicas sobre o cuidado com os pés. Essa compreensão, embora incipiente, contribui significativamente para a manutenção da saúde dos pés, como é percebido na fala de P11, ao demonstrar preocupação em proteger os pés de cortes e pressões inadequadas. Entretanto, a teoria não se aplica à prática. Os entrevistados têm noção do que deve ser feito, porém, as limitações e incapacitações impedem de realizar o cuidado com os pés, o que caracteriza o déficit de autocuidado.

Nesse caso específico, é possível que o déficit do autocuidado com os pés esteja associado à dificuldade em enxergar, pois o fato da visão estar comprometida os impede de realizar esse cuidado. Entretanto, outros estudos assinalam o nível de escolaridade como um dado muito significativo que contribui também para o déficit do autocuidado. Dentre estes destacamos um estudo sobre complicações com os pés, que aponta resultados semelhantes aos nossos quanto ao tipo de população, tempo de doença e nível de instrução. Para autores como Pace (2002), essas características, mesmo que não estejam associadas diretamente às complicações, podem contribuir para o agravamento do diabetes, pois o nível de escolaridade pode dificultar o acesso às informações quanto ao cuidado com a saúde.

Essa condição interfere na aprendizagem e contribui para o aparecimento das complicações da doença, em especial aquelas relacionadas aos pés. Assim, as lesões dos pés caracterizam um déficit de autocuidado pela ausência de habilidade em executar os cuidados adequados. Também assinalamos aqui a necessidade de integrar nas ações de promoção e prevenção da saúde do diabético a família, pois esta se constitui enquanto membro essencial no tratamento e controle da doença,

especialmente por considerar que no diabetes, os próprios diabéticos desenvolvem grande parte de seus cuidados diários (MAIA; SILVA, 2005).

Os estudos em geral sobre essa discussão vêm destacando que a prevenção adequada das complicações deve ser obrigatória pelo diagnóstico para os cuidados com os pés, cabendo ao enfermeiro uma atenção maior ao exame detalhado dos pés do portador de diabetes, assim como a elaboração de plano educativo que leve em consideração o grau de instrução do paciente, pois este deve ser um membro ativo no autocuidado, participando nas decisões tomadas a cerca de sua situação de saúde.

Os profissionais integrantes de uma equipe multiprofissional devem sempre preocupar-se em esclarecer aos diabéticos tudo sobre a doença e seu caráter degenerativo. O primeiro passo a ser dado é explicar o autocuidado com os pés e os seus benefícios, com vistas a se adotar medidas de precaução (MENEZES; ANDRADE; SILVA, 2009; MAIA; SILVA, 2005).

Segundo Maia e Silval (2005), o autocuidado é um suporte educativo, pois enfatiza as habilidades inatas do homem para cuidar de si mesmo. Logo, acreditamos ser prioridade para os profissionais de saúde a avaliação dessas habilidades, a fim de que se saiba até aonde o diabético pode ser totalmente responsável por si mesmo ou quando será necessária a intervenção de outra pessoa. Portanto, quando o diabético possui dificuldade visual ou outro tipo de limitação, outra pessoa deveria ser preparada para realizar tais cuidados, avaliando diariamente os pés à procura de algum sinal de lesão (OCHOA-VIGO; PACE, 2005). É nesse sentido que a família se constitui como a principal rede social de apoio ao indivíduo, pois contribui para a prevenção de danos gerados pelas complicações oriundas da doença. (ATAÍDE; DAMASCENO, 2006).

Mediante evidência do déficit do autocuidado, os entrevistados foram questionados sobre a participação de terceiros na execução do cuidado com os pés. Podemos perceber, por meio dos depoimentos de P20, P12, P19 e P30, que as dificuldades para cuidar dos pés eram eliminadas com a ajuda de familiares (**grifo nosso**), pela convivência ou pela proximidade entre ambos.

*“é por que eu não posso me abaixar... tem, tem a **neta**, ela sempre... ela é muito ocupada mas sempre ela cuida dos meus pés”(P20).*

*“já não enxergo quase direito, mas minha **filha** de oito em oito dia ela sempre tá reparando meu pé”(P12).*

*“assim deu chegar até meus pés, eu canso né... é meus **neto** que faz pra mim”(P19).*

*“ no momento por que eu não enxergo, né...minha **filha** olha pra mim...na minha família tem manicure tem tudo...”(P30).*

Nesta situação específica é preciso entender que a finalidade do autocuidado em proporcionar independência precisa ser revista como filosofia, sendo necessário admitir a importância da cooperação de terceiros como uma realidade na vida dos portadores de diabetes (CISNEROS; GONÇALVES, 2005). A família deve ser envolvida no processo educativo e instrumentalizada pelos profissionais de saúde, porque a abordagem familiar é uma força poderosa capaz de influenciar na promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos (MAIA; SILVA, 2005; SOUZA, 2008). Por outro lado, questiona-se o papel da família nesse processo, pois, em alguns casos, esse envolvimento desejável pode gerar espaços de conflitos, haja vista que a doença impõe restrições, por isso é imperativo que os membros da família compreendam que essa tarefa pode não ser tão fácil para o paciente (CISNEROS; GONÇALVES, 2005).

Ochoa - Vigo e Pace (2005) desenvolveram um estudo sobre os comportamentos inadequados em relação aos cuidados com os pés e justificaram que o déficit do autocuidado devia-se ao fato dos entrevistados desconhecerem os problemas que tinham nos pés; por não acreditarem na necessidade de examinar os pés. Os entrevistados apresentavam problemas advindos do avanço da idade e da ausência de apoio familiar. Esta última constatação diverge parcialmente dos nossos resultados, especificamente em relação ao apoio familiar, que apesar da ineficiência e ausência observou-se, nos depoimentos, um familiar envolvido no processo do autocuidado.

Ainda assim esse resultado serve de alerta aos profissionais, uma vez evidenciado que o conhecimento sobre a doença nem sempre se traduz em ações de autocuidado para a prevenção de problemas relacionados aos pés. Isso demonstra que os entrevistados não conseguem examinar os pés, nem reconhecem o risco real a que

poderão estar expostos em detrimento de suas limitações, principalmente quando são problemas relacionados à visão, que o levam a necessitar frequentemente da ajuda de terceiros. Mediante esses resultados é essencial que os profissionais de saúde e o enfermeiro envolvido no processo educativo busquem alternativas que possam envolver e motivar os diabéticos e seus familiares a adotarem comportamentos acerca do autocuidado com os pés.

5.5 CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE PARA A PRÁTICA DO AUTOCUIDADO COM OS PÉS

Ao serem questionados sobre as contribuições da equipe de saúde para a prática do autocuidado com os pés 54,0%(16), os entrevistados afirmaram ter recebido algum tipo de orientação sobre os cuidados com os pés, destacando a equipe de enfermagem como responsável por essas informações.

Nos depoimentos, identificamos dez orientações realizadas pela equipe de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem); seis orientações realizadas pela equipe médica e uma orientação realizada por psicólogo.

Segundo Oliveira et al (2002), a educação de clientes pode ser definida como o fornecimento de informações a fim de proporcionar habilidades e atitudes que resultarão num ambiente necessário para se conseguir o desejado sucesso no tratamento, com vistas a aumentar a saúde, a longevidade e a qualidade de vida dos pacientes.

No caso específico do diabetes, por ser uma doença de alta prevalência, a ausência ou o tratamento inadequado pode repercutir severamente na qualidade de vida dos portadores, resultando no surgimento das complicações, especialmente aquelas que comprometem os pés. Logo, prevenir complicações requer a elaboração de um plano assistencial que vise assistir e educar o cliente, além do investimento em treinamento e educação contínua de profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro para que este, por meio do ensinamento para o autocuidado, possa

proporcionar a melhoria na qualidade de vida do diabético (MENEZES; ANDRADE; SILVA, 2009; BATISTA et al, 2009).

A respeito disso, os resultados obtidos aqui convergem com os encontrados em outros estudos, os quais destacam a necessidade de que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, voltem sua atenção para a avaliação cuidadosa e regular dos pés das pessoas com diabetes.

A consulta de enfermagem, realizada pelo enfermeiro, é primordial para a abordagem integral do indivíduo, colocando o autocuidado como alvo da educação em saúde, além de focar também a abordagem dos aspectos relacionados aos cuidados com os pés, incluindo a inspeção detalhada para a avaliação e detecção precoce de lesões (MORAIS; ALENCAR, 2008; OCHOA-VIGO; PACE, 2005).

As orientações acontecem durante as consultas realizadas no ambulatório do hospital, com a equipe multiprofissional. Todavia, quando questionamos se as orientações sobre o cuidado com os pés eram realizadas no setor de internação, os entrevistados relataram que elas eram realizadas somente quando o paciente já apresentava lesão nos pés. É essencial essa informação, considerando que de todos os que afirmam ter recebido orientações, cinco encontravam-se internados pela primeira vez, os demais já haviam sido internados mais de duas vezes e mesmo assim não teriam sido orientados para a promoção à saúde em relação a complicações com os pés.

Neste caso específico, durante o período de internação se faz necessário que os profissionais da saúde, em destaque os enfermeiros, estejam engajados e dispostos a promover ações educativas relacionadas principalmente aos cuidados com os pés, promovendo assim uma forma de interação por meio de informações acerca das complicações do diabetes tipo 2 (DM2).

Apesar do elevado índice de internações hospitalares evidenciado nas literaturas, como resultado das complicações com os pés, sabemos que uma outra parte dos diabéticos é internada por outros motivos decorrentes da doença. Nesse

momento os diabéticos já podem estar com os pés em risco, merecendo uma atenção mais específica por parte dos profissionais envolvidos na assistência desses pacientes.

Apresentamos abaixo os depoimentos de P4, P23 e P26 que caracterizam o comportamento dos profissionais, a nível hospitalar, sobre as orientações referentes aos pés já comprometidos.

“orientavam que era pra mim não desamarar, não andar pra não inflamar mais do que tava.” (P4)

“pra mim cuidar agora mais, quando eu sair daqui pra mim ter mais um pouco de cuidado, por que foi um risco deu perder meu pé, foi muito profundo, tá muito profundo o corte.”(P23)

“agora, a... moça que cuida, que faz curativo disse: a senhora tem que comprar hidratante pra passar nos seus pés, por que tá rachando o calcanhar, olha isso aqui, isso é rachadura.”(P26)

Percebemos que os motivos que põem a equipe de enfermagem em evidência devem-se ao fato de desempenharem atividades e procedimentos típicos e individualizados que exigem um contato mais próximo e maior tempo junto ao paciente. O enfermeiro atua interagindo junto a essa equipe, estabelecendo relações para o processo de cuidar, podendo produzir ou modificar a dinâmica e os modelos de assistência nos diversos cenários de atuação, a partir de referenciais que contemplem uma reflexão crítica do papel do profissional.

A enfermagem, ao desenvolver atividades educativas, deve fundamentar suas ações nas teorias de enfermagem. Neste caso, em se tratando de indivíduos adultos portadores de DM2, suas ações podem ser fundamentadas pela Teoria do Autocuidado de Orem, uma vez que esta teoria pode direcionar as estratégias educativas de saúde aos indivíduos adultos acometidos do diabetes, a fim de se prevenir complicações (FOSTER, 1993). Concordamos com essa hipótese, pois Orem além de descrever o autocuidado nas práticas individuais, também faz referência à importância da participação da enfermagem nos casos de desconhecimento e falta de informação (OREM,1995).

Em nossa pesquisa, não constatamos desconhecimento total dos pacientes sobre o diabetes, mas um baixo nível de escolaridade entre os entrevistados, além de

orientações inadequadas por parte dos profissionais de saúde, que interfere no aprendizado. Também não há falta de informação sobre a doença para uma parte dos entrevistados, mas incipiência no conteúdo transmitido pelos profissionais, ou mesmo devido ao baixo nível de escolaridade dos diabéticos, o que não facilitou a melhor compreensão das orientações repassadas.

Essa condição aproxima-se dos pressupostos definidos por Orem. De acordo com a Teoria de Orem, as intervenções do enfermeiro podem se relacionarem aos sistemas educativos e de suporte, com suas ações voltadas para o repasse de conhecimentos, treinamentos de habilidades por parte do paciente e ensino do autocontrole (LEOPARDI, 2006).

Assim, ao analisar os depoimentos específicos às orientações emitidas pelos profissionais de enfermagem, percebemos a fragilidade no processo de comunicação entre o profissional e o paciente, quem sabe a incipiência de informações possa caracterizar para esses indivíduos a importância em realizar esse cuidado cotidianamente para o controle das complicações com os pés. Nossa pesquisa contraria alguns dados encontrados na literatura, relacionados ao papel do enfermeiro como intermediário essencial no processo de educação à saúde. Alguns estudos, como o de Costa (2010), apontam resultados satisfatórios no que se refere ao ensino-aprendizagem da família e do paciente realizado pelo enfermeiro. Nesta pesquisa, no entanto, a atuação do enfermeiro nesse processo é incipiente, pois ele não se preocupa em ensinar e avaliar os pés dos diabéticos que ainda não foram acometidos por lesões.

Acreditamos que a maneira de orientar ou repassar informações, apontadas pelos entrevistados, pode contribuir para o insucesso da aprendizagem desse grupo, constituído por pessoas adultas e idosas com baixo nível de escolaridade. Podemos observar abaixo, nos depoimentos de P25 e P29, que os entrevistados emitiram frases incompletas a respeito do assunto, sugerindo falhas na recepção da mensagem emitida pelos profissionais.

“a única coisa que dizem olha enxuga bem teu pé quando tu tomar banho.”(P25)

“tome cuidado com seus pés, por que esse lhe carrega todo dia e se você ficar ruim dele vai ficar ruim”.(P29)

Sabemos que a equipe de saúde tem um papel fundamental no processo de educação e prevenção das pessoas portadoras de diabetes, especificamente na prevenção de complicações nos pés. Segundo Meleis (2005), a atuação dos enfermeiros e demais profissionais no repasse de informações pode favorecer a adoção de outras condutas que devem ser tomadas pelas pessoas portadores do diabetes, ampliando suas formas de atuação e cuidado com a doença.

Destacamos ser imperativo que antes de se iniciar a orientação específica sobre o diabetes, a equipe precise conhecer os padrões individuais de resposta do paciente em relação aos seus sentimentos, ansiedades, conflitos e necessidades, estabelecendo um vínculo afetivo para, posteriormente, em conjunto, traçar estratégias, a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo (COSTA et al, 2011). Portanto, não basta apenas o exame minucioso do pé do diabético, é necessário que o profissional identifique as características individuais dessa clientela e planeje ações que sejam eficazes e cabíveis a cada pessoa (BORTOLETTO et al, 2009).

Analisando os depoimentos de P27, P30 e P11, descritos abaixo, observamos que a informação emitida e captada pelos entrevistados gira em torno do medo quanto às possíveis consequências que a doença possa causar, nesse caso, as lesões e as amputações.

“Pra me ter muito cuidado, não deixar feri, não bater, cuidado todo tempo me dizem, pra mim ter muito cuidado, mas toda hora agente não pode ter cuidado, uma hora agente vacila e acontece.”(P27)

Me orientar pra mim não dar minhas unhas pra qualquer manicure, limpar, ter cuidado com alicate, as coisas que vou usar, né? Nos pés”. (P30)

“É que eu tenho que evitar de cortar, evitar de bater essas coisas tudinho e, e tem falado com agente, sempre fala né”.(P11)

Vale lembrar que os entrevistados são portadores de diabetes tipo 2 (DM2), com baixo nível de escolaridade, faixa etária acima de 60 anos, além de poder aquisitivo insuficiente para garantir uma qualidade de vida controlada. Esses fatores, associados às limitações visuais, interferem na realização do autocuidado, desencadeando falhas no próprio cuidado do diabético, em especial com os pés. Em função disso, esses mesmos fatores foram considerados como déficit de autocuidado.

Na teoria de Orem, o déficit de autocuidado é revelado quando, a partir das necessidades de uma pessoa ou quando esta se encontra incapacitada ou limitada para prover seu próprio cuidado contínuo e eficazmente, a enfermagem passa a ser uma exigência (LEOPARDI, 2006). Observamos que esses fatores podem interferir no autocuidado, além de estarem relacionados com o processo de aprendizado. Isso pode revelar que as ações profissionais, durante o repasse de informações a este grupo, precisam ser intensificadas, por meio de estratégias efetivas e que possam realmente incentivar a adesão do usuário e de familiares às ações de autocuidado (BASTOS, 2004).

A doença crônica tem sido motivo de grande preocupação para os profissionais de saúde, tanto por seus aspectos limitantes quanto pelas consequências de seu tratamento, pois acarreta desgaste e sofrimento para a pessoa acometida e para a família, que também se envolve no cuidado com o familiar adoecido (LOPES et al., 2008). Acreditamos que o ato de ensinar condutas para subsidiar o cuidado e o apoio ao diabético e seus familiares na realização destas condutas, promovem uma relação mais próxima entre enfermeiro e cliente, facilitando o reconhecimento da realidade destes indivíduos, além de favorecer o controle de sua condição de saúde e a prevenção de complicações que podem advir do mau controle glicêmico, principalmente aquelas que comprometem os pés.

Vale ressaltar que a educação em saúde exerce importante influência na manifestação de um comportamento positivo para as mudanças nos hábitos de vida e na aderência ao tratamento clínico. Entretanto, a prática do cuidado pelo profissional de enfermagem precisa vislumbrar uma prática que vai ao encontro das necessidades do paciente, direcionando suas ações não somente ao paciente, mas ao meio que o cerca. Tais ações devem ser as válvulas propulsoras dos programas de assistência, com perspectiva de resgatar as práticas de saúde que efetivamente contribuam para a melhoria da assistência e da qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de Diabetes Mellitus (GAMBA et al., 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa se propôs a descrever a compreensão de diabéticos sobre as complicações com os pés e as implicações para o autocuidado, relacionando-as com as orientações realizadas pelos profissionais de saúde, em especial da equipe de enfermagem, aos diabéticos.

Para o êxito desta pesquisa, selecionamos o setor de internação do Hospital Universitário João de Barros Barreto, por entendermos que este cenário caracteriza bem melhor a prática profissional de enfermagem, além de percebermos que parte dos pacientes que internavam já apresentava comprometimento nos pés, levando-nos a supor que se tratava de déficit do autocuidado. Esse fator nos impulsionou a investigar esses indivíduos.

Nesta pesquisa, os entrevistados foram assinalados de acordo com as características sociodemográficas referentes à idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar e tempo de doença e por meio de quatro categorias que abordaram as questões específicas do objeto da pesquisa, relacionadas aos temas centrais sobre a descoberta e controle do diabetes; as complicações do diabetes e o cuidado com os pés; evidências que revelam o déficit do autocuidado e contribuições da equipe de saúde para a prática do autocuidado com os pés.

Considerando o sexo, a idade e o tempo de doença, 56,7% (17) eram do sexo feminino; 50,0% (15) possuíam idade acima de 60 anos; 67,0% (20) eram diabéticos há mais de dez anos; e todos portadores do DM2.

Quanto ao nível de escolaridade e ao estado civil, 60,0% (18) possuíam o ensino fundamental incompleto e 43,3% (13) eram casados. Ressaltamos que 100,0% (30) conviviam com pelo menos um integrante da família.

Em relação à ocupação e à renda familiar, a condição de autônomos prevaleceu neste grupo; 54,0% (16) possuíam rendimento mensal em torno de um salário mínimo, enquanto 30,0% (09) afirmaram não possuir nenhum tipo de renda.

Sobre a descoberta da doença, identificamos que nem todos os informantes conseguiram descrever como o fato aconteceu, limitando-se a relatar sinais e sintomas que sinalizaram a possibilidade da doença, alertando-os para a busca do atendimento médico.

Para o controle da doença, identificamos os hipoglicemiantes orais metformina e glibenclamida e a insulina como os medicamentos mais utilizados. Todos afirmaram fazer uso dessas medicações, porém, a maioria não soube pronunciar corretamente o nome das medicações, além de informarem uso inadequado.

Ressaltamos que os entrevistados não citaram outras formas de controle que, associadas à medicação, são alternativas favoráveis para o controle da doença, como por exemplo, a alimentação e a prática de exercícios físicos. Logo, o fato de identificarem sintomas relacionados à doença e fazerem uso de medicamentos não reduz o nível de conhecimento ineficiente e desinformação desses indivíduos. Portanto, identificamos diabéticos com conhecimento regular e ineficiente sobre a doença e suas complicações.

Essa situação pode ter influenciado na adesão ao tratamento, devido ao baixo nível de escolaridade e a faixa etária acima de 60 anos, revelados nesta pesquisa. Isso direciona os profissionais de saúde, envolvidos no processo assistencial e educativo, a enfrentarem um grande desafio, a implementação de práticas mais eficientes que visem à adesão ao tratamento e a prática do autocuidado.

Em relação ao conhecimento sobre as complicações que podem causar danos aos pés, vale ressaltar que os entrevistados demonstraram conhecimento insuficiente a respeito do assunto, com dúvidas e dificuldades para descrevê-las. Vale Ressaltar que 30,0% (09) não souberem informar nenhuma complicação, em contrapartida 46,0%(14) citaram algumas complicações, e destes somente três descreveram a preocupação com as amputações.

Sobre o cuidado com os pés 66,0% (20) afirmaram cuidar dos pés, e 34,0% não realizavam nenhum tipo de cuidado. Constatou-se que 50,0%(05) dos que não cuidavam dos pés já haviam sido internados por complicações nos pés e submetidos a

amputação parcial. Somente 13,0%(04) informaram conhecer o pé diabético. Esse dado reforça a escassez de orientações da equipe de enfermagem sobre os cuidados com os pés.

Analisando as evidências que interferem no autocuidado, 43,0%(13) não realizavam seu próprio cuidado em detrimento de limitações e apontaram as alterações visuais como o principal motivo. Porém, as dificuldades foram supridas parcialmente pela participação de familiares na realização do cuidado com os pés. Todavia, ressaltamos que não havia total comprometimento por parte de alguns familiares no cuidado rotineiro com os pés do diabético. Esse fato pôde ser observado pelas condições em que se encontravam os pés da maioria dos entrevistados durante as entrevistas.

A respeito das orientações recebidas dos profissionais de saúde, 54,0%(16) afirmaram ter recebido alguma tipo de orientação sobre os cuidados com os pés, sendo dez delas pela equipe de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem), seis pela equipe médica e uma pela psicóloga. Entretanto, nos sobre as orientações específicas da enfermagem, percebemos frases incompletas a respeito do assunto.

Os entrevistados tentaram repetir o que lhes foi repassado, entretanto não conseguiram. Isso apontou para possíveis falhas na emissão e na recepção da mensagem emitida pelos profissionais, pode ser também que o limite de idade, o baixo nível de escolaridade dos entrevistados e a ausência de orientações contínuas dos profissionais de enfermagem possam ter contribuído para o insucesso da aprendizagem.

Outra informação a respeito das orientações que merece destaque foi o fato de essas orientações para os pacientes internados terem sido realizadas somente nos casos em que os pés já estavam comprometidos, ou seja, na presença de lesões, apontando para ausência de orientações dos profissionais de enfermagem com a finalidade de estimular a prática do autocuidado visando a prevenção das complicações com os pés.

Esses resultados são relevantes e também preocupantes, pois apontaram as características singulares do grupo investigado quanto às condições sociais e econômicas, que possivelmente interferiram na adesão ao tratamento. O conhecimento ineficiente e a ausência de informações adequadas induziram ao déficit do autocuidado em relação à doença e principalmente no caso das complicações com os pés. Esses fatores contribuem para o agravamento da doença, além de servirem de alerta para as equipes de saúde e enfermagem responsáveis pela sua orientação, para que possam buscar meios de proporcionar motivação e adoção de medidas para promoção e prevenção de doenças.

Nesse contexto, observamos que a informação sobre a evolução do diabetes, as complicações com os pés que implicam no autocuidado, o estímulo ao autocuidado com os pés, ainda não são prioridades para profissionais da saúde e de enfermagem e para os próprios pacientes.

Cabe lembrar que o conhecimento adquirido sobre a doença e os cuidados essenciais com os pés não garante a adoção e manutenção de atitudes e comportamentos adequados, porém pode predispor à busca pela saúde. Por esse motivo somos impulsionados a manter o processo educativo como ferramenta básica do cuidar.

Nesse sentido a apresentação das complicações da doença, para o paciente e seu familiar, principalmente as que comprometem os pés por caracterizar uma situação devastadora e mutilante em alguns casos, alterando hábitos e costumes, não devem ter uma conotação de sentença de morte para que esta atitude não tenha efeito negativo na motivação e adesão do paciente às medidas profiláticas. Sugerimos, igualmente, que as características individuais e as limitações desses indivíduos sejam consideradas pelos profissionais de saúde e de enfermagem como fatores prioritários no planejamento das práticas educativas e do cuidar, e que os enfermeiros, por meio da consulta de enfermagem no ambulatório do HUIBB e durante a anamnese de enfermagem no ato da admissão no setor de internação, criem o hábito de examinar os pés dos pacientes diabéticos com a finalidade de identificar precocemente os fatores de risco e/ou tratar os riscos já existentes.

Pensamos que os resultados dessa pesquisa podem ser úteis para subsidiar o (re) planejamento das ações assistenciais individualizadas no cenário hospitalar do HUIBB, com a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no atendimento do diabético, em especial os setores de internação, com possibilidade de maior e melhor interação entre os pacientes, profissionais e familiares, durante o período de internação dos portadores de DM. -

Esta pesquisa procurou descrever a compreensão dos diabéticos sobre as complicações dos pés que implicam no autocuidado, enfatizando o ambiente hospitalar de internação, por entendermos que esse ambiente peculiar para o atendimento curativo possa ser também um local propício a ações educativas e preventivas quanto às complicações com os pés de pacientes diabéticos.

Ressalta-se também, que os resultados obtidos nesta pesquisa, apontam para a importância das orientações adequadas, assim como o estímulo para a prática do autocuidado na prevenção das complicações com os pés. É imperioso afirmar que a ausência de orientações específicas ao diabético pelos profissionais de saúde, em especial os profissionais de enfermagem, tem contribuído para a negligência ao tratamento e controle da doença.

Nesse contexto muitos estudos devem prosseguir na investigação desses sujeitos, no entanto, compreendemos que a participação e o envolvimento dos profissionais de saúde são de extrema importância para contribuir para a melhora da qualidade de vida do diabético.

REFERÊNCIAS

- ALLIGOOD, M. R. Introduction to Nursing Theroy. **History, Significance and analysis.** In *Nursing Theorists and Their Work* (pp. 39885). St. Louis: Mosby, 2002. p.39885
- ALIGOOD, M. R; TOMEY, A. M. **Modelos y teoria em enferméria.** 4 ed. Madri: Harcourt Brace, 1999.
- ALMEIDA, T. et al. Assistência de enfermagem na prevenção e no cuidado do pé diabético: uma revisão de literatura. **Ciência e Consciência.** [S.l], v.1, 2008. Disponível em [http:// www.revista.ulbrajp.edu.br/seer/inicial/ojs/wiearticle.php](http://www.revista.ulbrajp.edu.br/seer/inicial/ojs/wiearticle.php). Acesso em 20 de maio de 2012.
- ALVES, V. L. S. **Pé diabético.** São Paulo, 2004. Disponível em <[http://www.unifesp.br/denf/Nlenf/ pé diabético/mestradositecopia/pages/INDEX.htm](http://www.unifesp.br/denf/Nlenf/pé%20diabético/mestradositecopia/pages/INDEX.htm)>. Acesso em 10 de maio de 2011.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). **Diagnosis and classification of diabetes mellitus.** Diabetes Care. [S.l], 2012; ISSN 564-71235. suppl. 35
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). **Standards of Medical Care in Diabetes,** 2013.
- ANÍSIO, B. K. F; RODRIGUES, G. S; MADRUGA, M. D. D; LOPES, M. M. Pés diabéticos: conhecimentos e práticas preventivas nos pacientes de unidades hospitalares de saúde no município de João Pessoa. **R. Ciências Saúde Nova Esperança.** [S.l], v.3, n.1, p.181-204, jun. 2005.
- ATAÍDE, M. B.C; DAMASCENO, M. M. C. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. **Revista Enfermagem UFRJ.** Rio de Janeiro, v.14, n. 4, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Ed. rev. e ampl. Edições 70, 2011.
- BASTOS, D. S.; BORENSTEIN, M. S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem.** [S.l], v.13, n.1, p.92-99, 2004.
- BATISTA, F.; et al. Educação em pé diabético. **Revista Einstein.** [S.l], v.7, n.1. p. 24-27, 2009.
- BORTOLETTO, M.S.S.; HADDAD, M.C.L.; KARINO, M.E. Pé Diabético: uma Avaliação Sistematizada. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar.** [S.l], v.13, n.1, p.37-43, jan./abr. 2009.
- BRAGA, W. R. C. **Enciclopédia da Saúde: diabetes mellitus.** Rio de Janeiro: Medsi, v.1, n.3, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus**. n.7, Protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.64. II Cadernos de Atenção Básica, n.16. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. Vigitel Brasil 2011: **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p.132. (série G. Estatística e Informação em saúde).

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BROW, J. B. et al. The role of patient, physician and systemic factors in the management of type2 diabetes mellitus. **Fam Pract**, [S.I], v.19, p.344-349, 2002.

BRUNNER, Lílian S; SUDDARTH, Dóris. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CAROLINO, I. D. R. et al. Fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Latino-am Enfermagem**. [S.I], v.16, n.2, mar./abr., 2008.

CASTRO, V. R. A.; GROSSI, S. A. A. Custo do tratamento do diabetes mellitus tipo 1: dificuldades das famílias. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.21, n.4, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: jul. 2010.

CISNEROS, L. L; GONÇALVES, L. A. O. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. **Ciênc. saúde coletiva**. [S.I], v.16, p.1505-1514, 2011. ISSN 1413-8123. Suppl.1.

COELHO, M. S.; SILVA, D. M. G. V.; PADILHA, M. I. S. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo: USP V.43, N.1, p.65-71, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 20/04/2012

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Nº 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados**. Brasília: 15 de outubro de 2009. Disponível em: www.portalcofen.gov.br Acesso em 10/2011.

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., 2007.

COSTA, J. A et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.l], v. 16, n.3, p.2001-2009, 2011.

COSTA, S. F. D. **O pé diabético nas ações do serviço de enfermagem na estratégia saúde da família**. Minas Gerais: UFMG, 2010. f.30. Originalmente apresentado como monografia de especialização em atenção básica em saúde da família na Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Ed. em Saúde Coletiva.

CHINI, G. C. O; BOEMER, M. R. A amputação na percepção de quem vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**. [S.l], v.15, n.2, p.330-6, 2007.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DIABETOLOGY & METABOLIC SYNDROME. **A eficácia da prática educativa em pé diabético: uma visão do Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www.diabetologia-journal.org/filles/inzucchietal.pdf>. Acesso em 20/04/2012.

DIÓGENES, M. A. R; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do Autocuidado: análise crítica da utilidade na prática de enfermeira. **Rev Gaucha Enferm**. Porto Alegre, v.24, n.3, p.286-93, dez. 2003.

DINIZ, Stael Nobile. **A prática docente dos enfermeiros de instituições de saúde: sua fundamentação nos referenciais teóricos de enfermagem**. São Paulo: Universidade de Guarulhos, 2006.

EDMONDS, M. E. The diabetic foot: pathophysiology and treatment. **Clinics**. In: Endocrinology and Metabolism. [S.l], v.15, n.4, p.889-915, 1986.

FAEDA, A; PONCE DE LEON, C. G. R. M. Assistência de Enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. **Rev. Bras. Enferm**. v.59, n.6, p.818-21, nov./dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-7167200600019>. Acesso em 03/09/2012.

FAWCET, J. Analysis e evaluation of contemporary nursing knowledge. **Nursing models and theories**. Philadelphia: Davis, 2000.

FONTBONNE, A. **Diabetes tipo 2: um cenário preocupante**. Recife: Portal DSS, 2013. Disponível em <http://dssbr.org/site/opinioes/diabetes-tipo2-> Acesso em 23 de jan. 2013.

FOSTER, P. C; JANSSENS, N. P. D. E. O. Dorothea E. Orem. In: George JB. **Teorias de Enfermagem**. Tradução Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GAMBA, M. A. et al. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.38, n.3, jun, 2004.

GARCIA, T. R; NÓBREGA, M. M. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Rev Bras Enferm**. [S.l], v.57, n.2, p.228-32, 2004.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GIL, G. P; HADDAD, M. C. L; GUARIENTE, M. H. D. M. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina, v. 29, n.2: p.141-154, 2008. Disponível em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view>. Acesso em 20/04/2012.

GOMES – Villas Boas, L. C. G. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.20, n.2, p.271-9, Abr/Jun 2011.

GRILLO, M. F. F; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev. Bras. Enferm**. v.60, n.1, p.49-54, 2007.

GROSSI, S. A. A ; PASCALI, P. M. Cuidados de Enfermagem em diabetes mellitus. **Sociedade Brasileira de Diabete**. São Paulo, 2009.

HADDAD, M. C. L; BORTOLETTO, M. S. S; SILVA, R. S. Amputação de membros inferiores de portadores de diabetes mellitus: análise dos custos da internação em hospital público. **Ciência Cuidado e Saúde**. v.9,n.1, p.107-113, 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/artecle/view/10536/5743>. Acesso em 28/09/2011.

HE, X & WHARRAD, H. J. Diabetes knowledge and glycemic control among Chinese people with type2. **Ciências Saúde**. v.18, n.3, p.1997-296, 2007.

HIROTA, C. M. O; HADDAD, M. C. L; GUARIENTE, M. H. D. M. Pé Diabético: o papel do enfermeiro no contexto das inovações terapêuticas. **Ciencia Cuido e Saude**. v.7, n.1, p.114-120, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/view/4955/3218>. Acesso em 28/09/2011.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1985.

INTERNATIONAL WORKING GROUP. **On Diabetic Foot, International Consensus on the Diabetic Foot**, 2007-2011.

IPONEMA, E; COSTA, M. M. Úlceras no pé diabético. In: **Feridas, fundamentos e atualizações em enfermagem**. Roberto Carlos Lyra da Silva et al. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2007. 343-362 p.

JOST, B. S. et al. Prevalência de retinopatia diabética na população portadora de diabetes mellitus tipo 2 do município de Luzerna - SC. **Arq. Bras. Oftalmol.** [S.l.], v.73, n.3, p. 259-265, 2010. ISSN 0004-2749.

JÚNIOR, F. J. G. S. et al. **O conhecimento dos portadores de diabetes mellitus sobre as complicações da patologia**. Teresina: Ed. UFPI, 2010. Disponível em: <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivostrabalhos/I16695.E8.T3408.D4AP.PDF>

KIDD, P. & MORRISON, E. F. The progression of knowledge in nursing research: A search for meaning. **Image: Journal of nursing Scholarship**. [S.l.], v.20, n.4, p.222-24, 1998.

KOZAK, G. P. **Tratamento do pé diabético**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1996.

KUHN P. **O Pé Diabético**. São Paulo: Atheneu, 2006.

KLAUTAU, C.F. et al. **Situação do diabetes em Belém, Ananindeua, Pará e Brasil**. Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade. n.12, 2013.

LAI W. A, CHIE, W. C.; TING, C. Y. L. How diabetic patient's ideas of illness course affect non-adherent behaviour: a qualitative study. **Br J Gen Pract.** v.57, n.537, p.296 - 302, 2007.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANDIM, C. A. P. **A competência de pessoas com diabetes mellitus para o autocuidado em um programa educativo multiprofissional**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009, 153 f. Originalmente apresentado como Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

LAURINDO, M. C. et al. Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés. **Arq Ciênc Saúde**. [S.l.], v.12, n.2, p.80-4, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

_____. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Rev. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em enfermagem, 2002.

_____. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LOPES, M. C. L. et al. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [S.l.], v.10, n.1, p.1998-211, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>

LOUREIRO, M. M. L.; VAZ, M. R. C. A busca de novos modelos de ensino: condição essencial para a transformação do modelo assistencial de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 1; v.9, n.2, p.226-37, 2000.

LUCAS, L. P. P. et al. A percepção dos portadores de diabetes mellitus tipo2 em relação à amputação. **Rev. Eletr. Enf.** [S.l.], v.12, n.3, p.535-8, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a17.htm>.

MAIA, T. F.; SILVA, F. L. O pé diabético de clientes e seu autocuidado: a enfermagem na educação em saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**. v.9, n.1, p.95-102, abr./2005.

MALAGUTTI, W. **Curativo, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2010. p.544.

MCEWEN, Melaine; Wills, Evelyn M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Tradução Ana Maria Thorel. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576p., 25cm.

MCLELLAN, et al. **Diabetes Mellitus: um sério e alarmante problema de saúde no mundo**, 2012. Disponível em www.portaleducacao.com.br. Acesso em julho/2013.

MELANCON, J et al. Using the PEN-3 model to assess knowledge, attitudes, and beliefs about diabetes type2 among Mexican American and Mexican Native men and women in North Texas. **Int Eletronic J Health Educ**. [S.l.], v.12, p.203-21, 2009.

MELEIS, A. L. **Theoretical nursing: desenvolvimento and progress**. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Reven, 1985.

_____. **Theoretical nursing: desenvolvimento and progress**. 3. ed. Philadelphia: Lippincott, 2005. 739 p.

_____. **Teste de teorias de enfermagem: processos conceituais e empíricos**. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 1, 1985, Florianópolis. Anais... Florianópolis. p.317-356.

MENEZES, T. L. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. **O processo de educação em saúde na prevenção e controle do pé diabético: implicações para o enfermeiro no processo de atenção básica**. v.5, n.1. p.04-06, 2009.

MILMAN, M.H.S. et al. **Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba.** Arq Bras Endocrinol Metab. [S.l.], v.45, n.5, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf>. Acesso em 04/09/2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MORAIS, G. F. C. et al. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. **Rev. Enferm.** [S.l.], v.17, n.2, Rio de Janeiro: UERJ, 2009. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br>. Acesso em 04/09/2012.

MCLELLAN, et al. **Diabetes Mellitus: Um Sério e Alarmante Problema de Saúde Pública no Mundo,** 2012. Disponível em www.portaleducacao.com.br. Acesso em junho/2013.

NASCIMENTO; et al. Avaliação dos pés de diabéticos: estudo com pacientes de um hospital universitário. **Texto Contexto Enferm.** [S.l.], v.13, n.4, p.63-73, 2004.

OCHOA-VIGO, K. **Prevenção de complicações em membros inferiores em pessoas com diabetes mellitus: uma abordagem de prática baseada em evidências.** Ribeirão Preto, 2005. Tese (Doutorado).

OCHOA-VIGO, K; PACE, A. E. Pé diabético: estratégias para prevenção. **Acta Paul Enferm.** v.18, n.1, p.100-9, 2005.

OLIVEIRA, F. C. et al. Autocuidado do nefropata diabético. **Rev. Bras. Enferm.** [S.l.], v.63, n.6, p. 946-949, 2010. ISSN 0034-7167.

OLIVEIRA, J. E. P; MILECH, A. Diabetes mellitus clínico, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. In: _____. **Conceito, classificação, diagnóstico do diabetes mellitus.** São Paulo: Atheneu, 2004.

OLIVEIRA, K. C. S; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev Esc Enferm.** [S.l.], v.45, n.4, p.862-8. São Paulo: USP, 2011. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em 22/07/2013.

OLIVEIRA, N. F. et al. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** [S.l.], v.43, n.3, p.558-565, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em: 06/09/2011. ISSN 0080-6234.

_____. **Diabetes dia a dia: guia para o diabético seus familiares, amigos e membros das equipes de saúde.** Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

OREM, DE. **Nursing: concepts of practice.** 4. ed. Saint. Louis: Mosby, 1991.

_____. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed. New York: Mc Grau-Hill, 1995. 385. p.91-117.

OVIEDO, A. D; BOEMER, M. R. A pessoa com diabetes: do enfoque terapêutico ao existencial. **Rev. Esc. Enferm. USP**. [S.l], v.43, n.4, p. 744-751, 2009. ISSN 0080-6234.

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. Disponível em:<<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10/09/2011.

PACE, A. E; et al. Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [S.l], v.55, n.5, p.514-521, 2002. Disponível em: http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/artigo_155fin.pdf. Acesso em 10/09/2011.

_____. **Avaliação e tratamento do pé diabético**. 2002. Disponível em: www.eerp.usp.br/projetos/feridas/pediabetico. Acesso em 22/09/2011.

PARISI, M. C. R. Úlceras no pé diabético. In: _____. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. Sílvia Angélica Jorge e Sônia Regina P. E. Dantas. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. p.279-286.

PEDROSA, H. C. Pé diabético: aspectos fisiopatológicos, tratamento e prevenção. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**. [S.l], v.1, n.3, p.131-135, 1998.

PEREIRA, G. A. B. Avaliação do grau de conhecimento que pacientes com diabetes mellitus demonstram diante das alterações oculares decorrentes dessa doença. **Arq Bras Oftalmol**. [S.l], v.72, n.4, p.481-5, 2009.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artme, 2004. 142-52 p.

PRZYSIEZNY, A.; RODRIGUES, K. F.; SANTIAGO, L. H.; SILVA, M. C. V. Características sociodemográficas de pacientes com diabetes mellitus portadores de pé diabético e ou retinopatia diabética atendidos em 16 unidades de Estratégia de Saúde da Família de Blumenau. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. [S.l], v.42, n.1, p. 76-84, 2013.

RANTUCI, M. J; **Pharmacists talking with patients: a guide to patient counseling**. 2. ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

ROCHA, R. M. **Pé diabético: fatores comportamentais para a prevenção**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Departamento de Enfermagem Geral e

Especializada; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, 2005. 187 p.Tese (doutorado)

ROCHA, R. M; ZANETTI, M. L; SANTOS M. A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**. [S.l], v.22, n.1, p.17-23, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdfqape/v22n1/a03v22n1.pdf>. Acesso em: 30/07/2011.

RODRIGUES, A. N; SZYMANIAK, N. P; ANDRADE, S. J. Influência das dermatoses na qualidade de vida do portador de diabetes mellitus. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, p.1352-1332, 2010. supl.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em 21/09/2011.

RODRIGUES, F. F. L. et al. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. [S.l], v.17, n.4, p. 468- 473, 2009. ISSN 0104-1169.

_____. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**. [S.l], v.25, n.2, p284-90, 2012.

RODRIGUES, S. D. **Diabetes mellitus & pé diabético**. 2003. Disponível em: www.curativoage.com.br/. Acesso em janeiro de 2011.

RODRIGUES, T. C et al. O controle do diabetes mellitus em usuários de unidade básica de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.5, n.1, p.41-49, 2006. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/viewFile/5109/3325>. Acesso em 16/11/2011.

ROLIM, C; PAGLIUCA, et al. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [S.l], v.13, maio/jun. 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421844019> Acesso em 9/10/2012. ISSN 0104-1169.

ROSA, S. **Epidemiologia do diabetes no Brasil e estratégias de enfrentamento**. Publicação do Projeto de Capacitação e educação em Diabetes – PROCED. Boletim, n.3, nov. 2008.

SANTOS, I; SARAT, C. N. F. Modalidades de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.313-18,jul./set. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/miolo_2002.pdf%3E. Acesso em 17/01/2013.

_____. _____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. **Diretrizes Práticas: Abordagem e prevenção do pé diabético**. Brasília, 2001.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, L. M. C, et al. Aposentados com diabetes tipo2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo: USP, v.44, n.2, p.462-8, 2010. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 12/09/2012.

SILVA, L. M. G. Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. **Rev Lat-am Enferm.** [S.l], v.9, n.4, p.75-82, 2001.

SIMS, D. S. J; CAVANAGH, P.R; ULBRECHT, J. S. Risk factors in the diabetic foot: Recognition and Management. **Physical Therapy.** [S.l], v.68, n.12, p.1887-1903, 1988.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro de conceitos e condutas para o Diabetes Mellitus**. São Paulo: SBD, 2007.

_____. **São 12 milhões de diabéticos no Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/> Acesso em: 15/09/2012.

_____. **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus**. São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/118_1324_manual_enfermagem.pdf. Acesso em 03/09/2012.

_____. **Dia Mundial do Diabetes**, 2010. Disponível em: <http://www.diamundialdodiabetes.org.br/media/dmd/estatisticas.php>. Acesso em 20/11/2012.

_____. **Diretrizes, tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.

SOUZA, Maria Amelia de. **Autocuidado na prevenção de lesões nos pés: conhecimento e prática de pacientes diabéticos**. João Pessoa, 2008.

SCHAAN, B. D. A; HARZHEIM, E. GUS, I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.38, n.4, ago/2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. BRUNNER E SUDDART. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

_____. S. C.; BARE, B. G. BRUNNER E SUDDART. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TAVARES, D. M. S; RODRIGUES, R. A. P. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.36, n.1, p.88-96, 2002.

TAVARES, D. M. S; et al. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [S.l], v.62, n.6, p.825–830, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 25 abril de 2012.

TEIXEIRA, E; RANIERI, M. S. **Diretrizes para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso TCC**. Belém: EDUEPA, 2001.

_____. **A doença do sangue doce: representações sociais em saúde**. In. Loyola C, Oliveira R. M. P. Índícios marginais: Imaginário coletivo na saúde. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2003. 46-76 p.

TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L.; PEREIRA, M. C. S. Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas com diabetes segundo modelo conceitual de Orem. **Acta Paulista de Enfermagem**. [S.l], v.22, n.4, p. 385-391, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em 25/04/2012.

TOMEY, M. A. **Modelos y teorías em enfermería**. 7. ed. Madri: Harcourt Brace, 2009.

TORRES, H.C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e indivíduo no programa educativo em diabetes. **Revista de Saúde Pública**. [S.l], v.43, n.2, p. 291-298, fev./2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 03/09/2012.

_____. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo2 e sua relação com o autocuidado. **Cogitare Enferm**. [S.l], v.15, n.1, p.48-54, 2010.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e SUS objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**. [S.l], v.3, n.39, p.507-14, 2005.

WALDOW, V. R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2008. – (série enfermagem).

_____. V. R.; LOPES, M. J. M., MEYER D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Organização Mundial de Saúde**. Therapeutic Patient Education: Copenhagen, 2004.

_____. **New data highght increases hipertension, diabetes incidence**. 2012. Disponível em:

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/. Acesso em 15/06/2013.

WORLD HEALTH STATISTICS – WHO. **Organização Mundial de Saúde**. 2012 Disponível:<http://www.who.int/gho/publications/worldhealthstatistics/ENWHS2012Brochure.pdf>. Acesso em 15/09/2012.

VIEIRA, B. F. H. V. O papel do enfermeiro no tratamento de pacientes com diabetes descompensada. **Brasilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. [S.l], v. 45, n.1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjps/v45n1/05.pdf>. Acesso em 05/09/2011.

XAVIER, A. T. F; BITAR, D. B; ATAÍDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. **Texto e Contexto – Enfermagem**. [S.l], v.18, n.1, p.124-130. 2009. ISSN 0104-0707. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1_a15.pdf. Acesso em 15/09/2012.

ZANELLA, M.T; FERREIRA, S. R. G.; RIBEIRO, A. B. **Hipertensão arterial e diabete melito. Hipertensão**. [S.l], v.1, n.2, p.55-60, 1998.

ZAVALA, A. V; BRAVER, D. Semiologia do pé: prevenção primária e secundária do pé diabético. **Diabetes Clínica**. [S.l], v.5, n.2, p.137-144, 2000.

APÊNDICE

APÊNDICE - A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

I - PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO _____

2. SEXO:

Feminino Masculino

3. IDADE:

18 a 20 21 a 30 31 a 40 41 a 50 51 a 60 61 a 70 <71

4. ESTADO CIVIL

solteiro(a) casado(a) viúvo (a) separado(a) divorciado (a)

5. ESCOLARIDADE:

ensino fund. completo ensino fundamental incompleto ensino médio ()
ensino médio incompleto ensino superior () ensino superior incompleto

6. OCUPAÇÃO: _____

7. RENDA FAMILIAR:

sem renda < 1 salário mínimo 1 a 3 salários mínimos 3 a 5 salários
mínimos > 5 salários mínimos

II – CONHECIMENTO SOBRE O DIABETES

7. Como você descobriu ser diabético?

8. Tempo de diabetes:

1 a 5 anos 6 a 10 anos > de 10 anos

9. Faz uso de medicação? Sim Não

Qual (is)? _____

10. Já foi internado em virtude do diabetes

Sim Qual o motivo? _____

Não

11. Quais complicações do diabetes você conhece?

III – CONHECIMENTO DOS PACIENTES SOBRE OS CUIDADOS COM OS PÉS

12. O que você faz para cuidar dos seus pés? _____

13. O que você entende por pé diabético? _____

IV – FATORES IMPEDITIVOS E OU LIMITANTES PARA A PRÁTICA DO CUIDADO COM OS PÉS

14. Você apresenta alguma dificuldade para cuidar dos seus pés? Qual (is)? _____

15. Você recebe ajuda de familiares para cuidar dos pés? Com que frequência? _____

16. O que impede você de cuidar dos seus pés? _____

17. Você já foi orientado de como cuidar dos pés? Quem orientou? _____

APÊNDICE - B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO****A COMPREENSÃO DE DIABÉTICOS SOBRE AS COMPLICAÇÕES COM OS PÉS E AS IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO**

Vimos por meio deste convidá-lo(a) a participar da dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, da mestranda Odenilce Vieira Pereira sob a orientação da Profa. Dra. Mary Elizabeth de Santana. Esta pesquisa tem como objetivos: descrever a compreensão dos portadores de diabetes Mellitus sobre as complicações que podem comprometer a saúde dos pés; identificar as informações transmitidas pelos enfermeiros ao portador de diabetes Mellitus sobre os cuidados com os pés; e analisar os fatores que contribuem para a incidência de ulcerações nos pés, que podem caracterizar implicações para o autocuidado. Durante a entrevista sua conversa com a pesquisadora será gravada com auxílio de um gravador MP4 se você permitir. Após a coleta de dados iremos organizar as informações obtidas nos diálogos para que sejam apresentadas na defesa da dissertação do Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal do Pará, e posteriormente poderá ser publicado em revistas científicas da área de saúde e da enfermagem. Asseguramos que sua identidade será mantida em total sigilo e anonimato, para tanto não utilizaremos seus nomes reais e sim as siglas P1, P2..... O (a) Sr. (a) tem liberdade de se recusar a participar da pesquisa e ainda interromper sua participação em qualquer momento desta, sem que isso traga qualquer prejuízo para o (a) Sr. (a) e todo o material coletado será destruído. Não haverá qualquer tipo de despesa pessoal para o (a) Sr (a) no decorrer da pesquisa. Como sua participação é voluntária, nada será pago por ela. O material coletado será guardado por um período de cinco (5) anos após o término da pesquisa, ao fim desse período os dados serão incinerados. Informamos ainda que esta pesquisa não oferece qualquer risco a sua saúde e integridade. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone dos pesquisadores e do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa).

Eu, _____ declaro que li as informações sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar, como voluntário, cooperando com a coleta de informações para a mesma.

Belém ____/____ 2013.

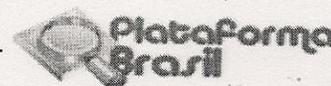
Assinatura do Participante

ODENILCE VIEIRA PEREIRA
Pesquisadora Responsável
Av. Marquês de Herval, 1151
Contato: 8871-0155

MARY ELIZABETH DE SANTANA
Pesquisadora Responsável
Av. Magalhães Barata, 1050 Apto 1002 A
Contato: 91465-969

ANEXO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO -
UFPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A COMPREENSÃO DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS SOBRE AS COMPLICAÇÕES COM OS PÉS E AS IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

Pesquisador: ODENILCE VIEIRA PEREIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 10238912.6.0000.0018

Instituição Proponente: Universidade Federal do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 247.782

Data da Relatoria: 16/04/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo aborda um tema que causa preocupação para a Saúde Pública, pelo ônus tanto para a sociedade diabética como para Saúde Pública. É um estudo de abordagem qualitativa descritiva que abordará a compreensão dos diabéticos sobre a doença, suas complicações com os pés e as implicações para o autocuidado.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a compreensão dos portadores de diabetes Mellitus sobre as complicações que podem comprometer a saúde dos pés.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Reconhece o risco da pesquisa, porém atenta para estratégia de codificação para assegurar o sigilo de identificação dos participantes dos dados coletados.

Como benefício pretende contribuir com a Enfermagem, contribuindo para melhoria da assistência de enfermagem da Amazônia, assim como contribuir com as Políticas Públicas relacionadas ao Pé diabético.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante cientificamente, e foi aprovado no CEP/ICS/UFPA, porém como HUJBB é a Instituição Coparticipante e conforme normativa da CONEP deve ter o parecer da mesma.

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO -
UFPA



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão de acordo com a Resolução 196/96 do CNS/MS.

Recomendações:

Apresentar os Relatórios ao CEP nos prazos previstos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em condições de viabilização.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Em atendimento a Res. 196 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

E ao mesmo cabe ainda:

- 1- desenvolver o projeto conforme delineado;
- 2- elaborar e apresentar os relatórios parciais, e em prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a finalização da pesquisa, apresentar o relatório final, incluindo os resultados finais da pesquisa, impresso e na Plataforma Brasil;
- 3- apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;
- 4- manter em arquivo, sob sua guarda, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, os seus dados, em arquivo físico ou digital;
- 5- encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- 6- justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não-publicação dos resultados.

CEP/HUBB

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.073-000

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO -
UFPA



BELEM, 17 de Abril de 2013

J. Soares Felício
Assinador por:
João Soares Felício
(Coordenador)

Ana Maria Salabrina Cardoso
Coordenador Adjunto do
CEP / HUJBB / UFPA

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

Fax: (91)3201-6663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A COMPREENSÃO DO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS SOBRE AS COMPLICAÇÕES COM OS PÉS E AS IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

Pesquisador: ODENILCE VIEIRA PEREIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 10238912.6.0000.0018

Instituição Proponente: Universidade Federal do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 230.977

Data da Relatoria: 23/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva que abordará a compreensão dos diabéticos sobre a doença, suas complicações com os pés e as implicações para o autocuidado. Os objetivos serão = GERAL: Descrever a compreensão dos portadores de diabetes Mellitus sobre as complicações que podem comprometer a saúde dos pés; ESPECÍFICOS: Identificar as informações transmitidas pelos enfermeiros ao portador de diabetes Mellitus

sobre as complicações com os pés; e Analisar os fatores que contribuem para a incidência de ulcerações nos pés, que podem caracterizar implicações para o autocuidado. A pesquisa será realizada no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) instituição da Universidade Federal do Pará (UFPA), referência regional em Pneumologia, Infectologia, Endocrinologia, Diabetes, e Referência Nacional em AIDS. Os sujeitos da

pesquisa serão pacientes diabéticos internados no setor de clínica médica do HUJBB. A seleção irá obedecer aos seguintes critérios: ter idade acima de 18 anos, ser portador de diabetes Mellitus tipo 2 a pelo menos um ano, e aceitar participar voluntariamente da pesquisa, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido amparado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre as pesquisas que envolvem seres humanos. A coleta de dados será realizada por intermédio de entrevista, utilizando-se de um roteiro contendo perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE A) e simultaneamente será realizado observação participante. Os dados coletados serão analisados por intermédio da técnica de análise de conteúdo temático de Bardin, a luz da Teoria do

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Autocuidado de Dorothea Orem. Estima-se que o resultado final desta pesquisa seja concluído e divulgado em setembro de 2013.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a compreensão dos portadores de diabetes Mellitus sobre as complicações que podem comprometer a saúde dos pés.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Consideramos como possível risco inerente a realização da pesquisa, a possibilidade de constrangimento dos participantes perante a abordagem do tema, porém serão tomadas todas as medidas cautelares necessárias, respeitando-se os princípios éticos da pesquisa em não expor dados de identificação dos informantes que serão codificados com as siglas P1, P2..., ordenados pela sequência das entrevistas para garantir o anonimato e o sigilo de informações pessoais, assim como, é garantido a liberdade em recusar-se a participar da pesquisa e ainda abandonar a mesma a qualquer instante sem que isso lhes acarrete prejuízo algum.

Benefícios:

Esta pesquisa trará benefícios para a Ciência Enfermagem, uma vez que enriquece os conteúdos referentes ao tema, possibilitando aos pacientes diabéticos portador de lesões nos pés atendidos no HUIBB melhorias no padrão de assistência a médio e longo prazo e ofertar à sociedade informações relativas à realidade do paciente diabético no contexto amazônico, podendo contribuir para o planejamento de políticas públicas de saúde em atenção ao diabetes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa embora já aprovado, foi submetido novamente, pela pesquisadora, para constar a co-participação do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará. O que foi APROVADO, por este Comitê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão de acordo com a Resolução 196/96 do CNS/MS.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e constando a co-participação do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Somos pela APROVAÇÃO do projeto. Esta é nosso parecer, SMJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110

UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepcos@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 27 de Março de 2013

Assinador por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (01)3201-7735 **Fax:** (01)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br