

Revista Expressão Católica

O NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS ACERCA DO PÉ DIABÉTICO

Maria Auzinete Arruda Barros
Albertisa Rodrigues Alves
Rose-Eloíse Holanda
Rose-Lídice Holanda

RESUMO

O diabetes mellitus é uma doença metabólica causada pela alteração dos níveis da glicemia no sangue, devido á falta ou insuficiência de insulina produzida pelo pâncreas. O diabetes é considerado um sério problema de saúde pública, tanto devido ao número de pessoas afetadas quanto às suas complicações, suas incapacitações. Objetivou-se, neste estudo investigar o conhecimento e a prática dos portadores de DM tipo 2 com relação aos cuidados com os pés. Estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa, realizado em 2010. Realizado numa clínica de especialidades da rede pública de saúde na cidade de Quixadá-CE. Para organização e análise dos artigos foi utilizado um roteiro de entrevista. Os resultados mostram o predomínio do sexo feminino, com média de idade de 51 -80 anos. Apresentavam em média renda de 0 - 1 salário mínimo (92%). A maioria dos entrevistados eram analfabetos (68%) e aposentados (46%). Os entrevistados realizam a prática regular de atividade física que correspondeu a 54 % do total de entrevistados, e a maioria segue planejamento alimentar (94%) orientados pelo nutricionista. Constatou-se que os pacientes com maior tempo de diabetes mellitus estão entre 6-19 anos, equivalente há 52%. Observa-se escassez de conhecimentos por parte dos pacientes acerca dos temas abordados.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Insulino-dependente. Pé diabético.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a metabolic disorder caused by the change of blood glucose levels in the blood, due to lack or insufficiency of insulin produced by the pancreas. Diabetes is considered a serious public health problem, both because of the number of people affected with regard to its complications, their disability. This study aimed to investigate the knowledge and practice of patients with type 2 DM with respect to foot care. Descriptive cross-sectional study with quantitative approach realized in 2010. Performed in a private clinic of specialities from the public health network in the city of Quixadá-CE. For organization and analysis of the articles was used a screenplay by interview. The results show the predominance of the female, with an average age of 51-80 years. They had an average income of 0-1 minimum wage (92%). The majority of respondents were illiterate (68%) and retirees (46%). The respondents are the regular practice of physical activity that corresponded to 54% of all respondents, and most (94%) had a food planning guided by a nutritionist. It was found that patients with increased diabetes mellitus are between 6-19 years, there are 52%. There is lack of knowledge on the part of patients about the topics discussed.

Keywords: Diabetes Mellitus. Insulin-dependent. Diabetic foot.

1 INTRODUÇÃO

O diabetes é considerado um sério problema de saúde pública, tanto devido ao número de pessoas afetadas quanto às suas complicações, suas incapacitações, além do elevado custo financeiro da sua abordagem terapêutica. Acomete todas as classes socioeconômicas: as populações de países em todos os estágios de desenvolvimento são atingidas por essa enfermidade (FAJARDO, 2006).

O diabetes mellitus (DM) é uma alteração na produção ou ação da insulina, que é o principal hormônio produzido pelo pâncreas, especificamente pelas células betapancreáticas. Suas principais funções são a manutenção da quantidade adequada de glicose no sangue e o armazenamento na forma de glicogênio no fígado e nos músculos (BRÊTAS; GAMBA, 2006).

A insulina, um hormônio produzido pelo pâncreas, controla o nível de glicose no sangue ao regular a produção e o armazenamento de glicose. No estado diabético, as células podem parar de responder a insulina ou o pâncreas pode parar totalmente de produzi-la. Isso leva a hiperglicemia a qual pode resultar em complicações metabólicas agudas, em que podemos destacar a cetoacidose diabética e a síndrome não-cetótica e hiperosmolar hiperglicêmica (SMELTZER; BARE, 2006).

O tratamento do diabetes exige uma abordagem complexa, e seu sucesso depende de motivação e ajustes continuado, tanto dos pacientes quanto da família e equipe. Deve haver mudanças nos hábitos de vida e incorporações de novas rotinas referentes à prática de atividades física, dieta balanceada e cuidados com o corpo. O uso de medicamentos e da insulina exógena é necessário na maioria dos casos (BRÊTAS; GAMBA, 2006).

Uma das complicações mais temidas ocasionadas pelo diabetes é a perda de um pé ou uma perna. Porém, essa é uma situação que pode ser evitada mediante alguns cuidados. Com relação ao pé diabético caracteriza-se por úlceras plantares de cicatrização lenta, que se formam em consequência de traumatismos aparentemente insignificantes. Se não tratadas, as úlceras podem tornar-se mais profundas, resultando em complicações. Pode ocorrer gangrena, que exige a realização de amputação nos casos mais graves. De modo global, cerca de 15% dos pacientes diabéticos apresentam ulceração do pé clinicamente significativo (CARNEIRO *et al.*, 2007).

Denomina-se *pé diabético* um estado fisiopatológico multifacetado, caracterizado por lesões que surgem nos pés da pessoa com diabetes ocorrendo como consequência de neuropatia em 90% dos casos, de doença vascular periférica e de deformidades. As lesões geralmente decorrem de trauma e frequentemente se complicam com gangrena e infecção, ocasionadas por falhas no processo de cicatrização as quais podem resultar em amputação, quando não se institui tratamento precoce e adequado. Frequentemente, as amputações nas pessoas com diabetes são precedidas de úlceras, caracterizadas por lesões cutâneas com perda do epitélio, as quais se estendem até a derme ou a atravessam e chegam aos tecidos mais profundos, envolvendo algumas vezes ossos e músculos (OCHOA-VIGO; PACE, 2005).

As atribuições do profissional Enfermeiro frente ao trabalho com o *Diabetes mellitus* de acordo com o Ministério da Saúde (2006) incluem estratégias como: desenvolver atividades educativas com os pacientes diabéticos; realizar consulta de enfermagem com pessoas com maior risco para diabetes tipo 2 e encaminhar ao médico da unidade para rastreamento com glicemia de jejum; abordar fatores de risco, estratificando risco cardiovascular; orientar mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso; verificar adesão e possíveis intercorrências ao tratamento; estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de pacientes diabéticos) e realizar o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco (NASCIMENTO; SILVA, 2007).

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivos investigar o conhecimento e a prática dos portadores de DM tipo 2 com relação aos cuidados com os pés, identificar os fatores de risco que predispõe ao desenvolvimento de lesões nos membros inferiores e averiguar medidas preventivas adotadas relacionadas ao cuidado com os pés.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. DIABETES MELLITUS

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos

carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2002).

De acordo com Smeltzer e Bare (2006, p.1216) o diabetes mellitus “é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia) decorrentes dos defeitos na secreção e/ou na ação de insulina”.

2.1.1 Epidemiologia E Classificação

O diabetes é comum e de incidência crescente. Estima-se que, em 1995, atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos (BRASIL, 2006).

Nas Américas, o número de indivíduos com diabetes foi estimado em 35 milhões para o ano 2000 e projetado para 64 milhões em 2025. Nos países desenvolvidos, o aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais avançadas, decorrente do aumento da esperança de vida e do crescimento populacional; nos países em desenvolvimento, o aumento será observado em todas as faixas etárias, principalmente no grupo de 45-64 anos onde sua prevalência deverá triplicar, duplicando nas faixas etárias de 20-44 e 65 e mais anos (KING *et al.*, 1998).

O diabetes apresenta alta morbimortalidades, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

A classificação segundo o Ministério da Saúde baseia-se na etiologia do DM, eliminando-se os termos “diabetes mellitus insulino-dependente” (IDDM) e “não insulino-dependente” (NIDDM), como indicado a seguir.

✓ DM tipo 1

Resulta primariamente da destruição das células beta pancreática e tem tendência à cetoacidose. Esse tipo ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos. Inclui casos decorrentes de doença autoimune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida (BRASIL, 2002).

✓ DM tipo 2

Resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. O DM tipo 2 é, hoje, considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos (BRASIL, 2002).

A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso (BRASIL, 2006).

✓ DM gestacional

É a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada, pela primeira vez, na gestação, podendo ou não persistir após o parto (BRASIL, 2002).

2.1.2 Complicações Crônicas

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2008), o tratamento correto do diabetes significa manter uma vida saudável, evitando diversas complicações que surgem em consequência do mau controle da glicemia.

As complicações crônicas surgem em qualquer tipo de diabetes, fundamentalmente como resultado de um mau controle metabólico controlado.

Davidson (2001) classifica as complicações crônicas do diabetes em três categorias distintas: (1) doença microvascular (retinopatia e nefropatia); (2) doença macrovascular (angina, infarto agudo do miocárdio, acidente cerebrovascular e doenças vasculares periféricas); e (3) neuropatias (alteração do sistema nervoso periférico e autonômico).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas complicações são: longa duração da doença, mau controle metabólico, presença de HAS, tabagismo, alcoolismo, complicações preexistentes e gestação (DAVIDSON, 2001).

2.1.3. Pé Diabético

É definido como infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores (Consenso Internacional sobre Pé Diabético, 2001).

Para as pessoas com diabetes, o pé merece uma atenção especial. Como são vulneráveis a ferimentos, é preciso examiná-los todos os dias. Esse deve ser um hábito, principalmente para aqueles que sofrem de neuropatia. Essa vigilância é necessária porque, não raro, surge um calo em nossos pés, mesmo sem sentirmos dor, quando usamos sapatos (SBD, 2008).

O pé diabético representa um problema econômico significativo, particularmente se a amputação resulta em hospitalização prolongada, reabilitação e uma grande necessidade de cuidados domiciliares e de serviços sociais.

De acordo com o Consenso Internacional sobre Pé Diabético, um número significativo de estudos tem provado que a taxa de amputação pode ser reduzida em mais de 50% se as seguintes estratégias forem implementadas:

Inspeção regular dos pés e calçados durante as visitas clínicas do paciente, tratamento preventivo para os pés e com os calçados para pacientes com pé em alto risco, ou seja, quiropodia, cuidados com os calçados, educação; abordagem multifatorial e multidisciplinar de lesões já estabelecidas, diagnóstico precoce de doença vascular periférica e intervenção vascular, acompanhamento contínuo dos pacientes com úlceras prévias nos pés e registro de amputações e úlceras.

As úlceras nos pés são documentadas como precedentes em aproximadamente 85% de todas as amputações diabéticas. Em vários estudos, a proporção de pacientes que sofrem amputação com gangrena foi relatada de 50 a 70%, e a infecção está presente em 20 a 50% dos pacientes. Na maioria dos casos, a amputação teve de ser realizada devido à combinação da infecção profunda e da isquemia (Consenso Internacional sobre Pé Diabético, 2001).

Aproximadamente 40 a 60% de todas as amputações não traumáticas dos membros inferiores são realizadas em pacientes com diabetes; 85% das amputações dos membros inferiores relacionadas ao diabetes são precedidas de uma úlcera no pé; sua prevalência é de 4 a 10% da população diabética (Consenso Internacional sobre Pé Diabético, 2001).

A hospitalização prolongada, a reabilitação, a necessidade de cuidados domiciliares e de assistência social tornam as complicações do pé diabético dispendioso. Os cuidados preventivos com o pé diabético são de custo relativamente baixo, apresentam vantagem na relação custo e benefício, diante do elevado custo das amputações e do tratamento das úlceras, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. As informações referentes ao prognóstico das úlceras do pé diabético em longo prazo são escassas (Consenso Internacional sobre Pé Diabético, 2001).

Segundo Lopes (2003), para fazer o diagnóstico de “pé diabético” é necessário entender de forma clara as suas causas e principalmente as suas consequências. Felizmente, a respeito do avanço tecnológico nesta área, o diagnóstico de pé diabético depende muito de um exame clínico adequado, ou seja, uma boa anamnese e um bom exame físico. Portanto, se faz necessário entender, pesquisar e interpretar todos os sintomas e sinais apresentados pelo paciente.

2.1.4 Prevenção e Cuidados de Enfermagem

Está bem demonstrado hoje que indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída), podem prevenir, ou ao menos retardar, o aparecimento do diabetes tipo 2. Por exemplo, mudanças de estilo de vida reduziram 58% da incidência de diabetes em 3 anos. Essas mudanças visavam discreta redução de peso (5-10% do peso), manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular. Intervenções farmacológicas de alguns medicamentos utilizados no tratamento do diabetes, como a metformina, também foram eficazes, reduzindo em 31% a incidência de diabetes em 3 anos. Esse efeito foi mais acentuado em pacientes com IMC > 35 kg/m² (BRASIL, 2006).

Úlceras de pés e amputação de extremidades são as complicações mais graves. Sua prevenção primária visa prevenir neuropatia e vasculopatia. Aqui é abordado o monitoramento de um conjunto de fatores que eleva o risco de úlcera e

amputação de extremidades, tornando sua prevenção mais custo-efetiva. Para tanto, os seguintes pontos são fundamentais (BRASIL, 2006):

1. Avaliar os pés dos pacientes anualmente quanto a:

- História de úlcera ou amputação prévia, sintomas de doença arterial periférica, dificuldades físicas ou visuais no cuidados dos pés.
- Deformidades dos pés (pé em martelo ou dedos em garra, proeminências ósseas) e adequação dos calçados; evidência visual de neuropatia (pele seca, calosidade, veias dilatadas) ou isquemia incipiente; deformidades ou danos de unhas.
- Detecção de neuropatia por monofilamento de 10g (ou diapasão de 128Hz); sensação tátil ou dolorosa.
- Palpação de pulsos periféricos (pediosa e tibial posterior); tempo de enchimento venoso superior a 20 segundos e razão tornozelo braquial por Doppler <0.9 permitem quantificar a anormalidade quando os pulsos estiverem diminuídos.

2. Discutir a importância dos cuidados dos pés como parte de programa educativo para prevenção de úlcera e amputação.

3. Negociar um plano de cuidado baseado nos achados clínicos e da avaliação de risco.

4. Oferecer apoio educativo para cuidados dos pés de acordo com as necessidades individuais e o risco de úlcera e amputação.

5. Avaliar o risco do paciente de acordo com os achados clínicos.

6. Planejar intervenções baseadas nas categorias de risco.

7. Não amputar, exceto quando:

- Uma avaliação vascular detalhada tiver sido feita por cirurgião vascular.
- A dor isquêmica no repouso não puder ser manejada por analgesia ou revascularização.
- Uma infecção no pé potencialmente fatal não puder ser tratada por outras medidas.
- Uma úlcera não cicatrizante for acompanhada por uma maior carga de doença do que resultaria da amputação.

Para prevenir problemas nos pés, é necessária a realização de alguns procedimentos, de acordo com o Consenso Internacional sobre Pé Diabético (2001):

- ✓ O exame dos pés deve ser realizado em pacientes diabéticos, no mínimo, uma vez ao ano e, mais frequentemente, naqueles pacientes com alto risco de ulceração nos pés.
- ✓ A identificação dos pacientes com alto risco de ulceração é o aspecto mais importante na prevenção de uma amputação.
- ✓ A educação terapêutica, como parte integral da prevenção, deve ser simples, continua e dirigida tanto aos profissionais de saúde quanto aos pacientes.

Os cuidados de enfermagem do paciente com diabetes pode estender-se a uma ampla variedade de distúrbios fisiológicos, dependendo do estado de saúde do paciente e o recebimento de um diagnóstico recente ou procurado atendimento para um problema de saúde não-correlatado. Como todos os pacientes diabéticos devem dominar os conceitos e habilidades necessárias para o tratamento em longo prazo do diabetes e suas complicações potenciais, é necessária uma sólida base educacional para o autocuidado competente, e isso é um foco contínuo do cuidado de enfermagem (SMELTZER; BARE, 2006).

Todos os pacientes diabéticos devem dominar os conceitos e habilidades necessárias para o tratamento em longo prazo do diabetes e suas complicações, por isso é necessária uma sólida básica educacional para o alto cuidado competente, isso é um foco contínuo do cuidado de enfermagem. Os pacientes diabéticos devem ser instruídos sobre a nutrição, efeitos dos medicamentos e efeitos colaterais, exercício, progressão da doença, estratégia de prevenção, técnica de monitoração da glicose sanguínea e ajuste da medicação, além disso, devem adquirir habilidades associadas á monitoração e tratamento de diabetes e incorporar muitas atividades novas na rotina diária. Uma apreciação sobre o conhecimento e habilidades que os pacientes diabéticos devem adquirir pode ajudar a enfermeira na realização da educação e aconselhamento efetivos do paciente (SMELTZER; BARE, 2006).

3 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa. Com o objetivo descrever as características de uma determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas

características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionamento e a observação sistemática (LAKATOS, 2003).

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), estudos transversais envolvem a coleta de dados em um determinado tempo e descrevem a situação, o *status* de fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo do tempo.

O estudo foi desenvolvido junto aos pacientes portadores de DM atendidos em uma clínica de especialidades da rede pública de saúde, localizado no município de Quixadá-CE. Esta instituição foi escolhida por atender os pacientes com ações de prevenção e controle da doença, por ser centro de referência municipal para DM. A instituição conta com 405 pacientes cadastrados.

A unidade funciona nas dependências do hospital municipal que conta com uma equipe multiprofissional, composta por: médico, enfermeiro, oftalmologista, dermatologista, otorrinolaringologista, neurologista, psicólogos e nutricionistas, além de cardiologista e diabetólogo. Para serem atendidos no centro especializado, os pacientes precisam ser referenciados por uma unidade básica de saúde caso a adesão ao tratamento não efetive resultados positivos.

Foram selecionados pacientes com diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, estavam cadastrados no programa PSF HAS/DM, não ser portador de deficiência cognitiva, sensorial ou transtorno mental que possa prejudicar a compreensão das questões a serem formuladas e concordar em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados para o estudo aconteceu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Católica Rainha do Sertão. Os mesmos foram coletados no mês de março de 2010, através de um formulário elaborado de acordo com o Consenso Brasileiro de Diabetes, composto por identificação e questões abertas e fechadas sobre a temática da pesquisa.

A estrutura básica do formulário foi subdividida em três partes: identificação e perfil socioeconômico do paciente, a segunda parte será um roteiro sistematizado de entrevista com questões abertas sobre a doença e a terceira parte sobre os hábitos de vida.

Durante a coleta de dados muitos pacientes não compareceram às consultas agendadas, tornando assim a coleta restrita em quantidade, mas não na qualidade,

pois os que foram abordados não hesitaram em colaborar com o proposto, finalizando com um número de 50 (cinquenta) clientes.

Analisar significa estudar, decompor, dissecar, dividir, interpretar. Através da análise podem-se observar os componentes de um conjunto e perceber suas possíveis relações, ou seja, de uma ideia chave geral passar-se para um conjunto de ideias mais específicas (LAKATOS; MARCONI, 2001).

Assim, as informações obtidas foram tratadas através de uma análise univariada e apresentada por frequência absoluta e relativa.

Para inclusão dos sujeitos da pesquisa o estudo atendeu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para estudos com seres humanos.

Foi utilizada linguagem clara e objetiva, informando sobre o estudo e convidando-os a participarem do estudo e, assim, favorecer a compreensão dos sujeitos sobre a pesquisa. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O mesmo garantiu sigilo absoluto e anonimato dos participantes. Todos tiveram a liberdade de participar ou não do estudo e desistirem da pesquisa a qualquer momento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo, 50 pacientes que apresentaram os critérios estabelecidos na pesquisa. Com o intuito de caracterizá-los quanto ao perfil apresentamos a seguir os dados obtidos na pesquisa. Os resultados foram organizados em três tabelas e dois gráficos.

Na tabela 1, encontram-se as informações referentes aos dados socioeconômicos, visando caracterizar os pacientes que frequentam o Centro de Diabetes.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes avaliados segundo dados socioeconômicos.

Variáveis	Nº	%
1. Sexo		
Masculino	12	24
Feminino	38	76
Total	50	100

2. Faixa etária		
Até 30 anos	03	06
31-50 anos	11	22
51-80 anos	36	72
Total	50	100
3. Escolaridade		
Analfabeto	34	68
Fundamental incompleto	02	04
Fundamenta completo	06	12
E. Médio completo	07	14
Superior incompleto	01	02
Total	50	100
4. Ocupação		
Aposentado	23	46
Assalariado	08	16
Agricultor	13	26
Doméstica	06	12
Total	50	100
5. Renda per-capta (salários)		
0 -1	46	92
2 salários	04	08
Total	50	100

Fonte: Quixadá-CE, 2010.

Com relação ao perfil socioeconômico dos pacientes analisados, verificamos em nosso estudo, uma prevalência maior de pacientes do sexo feminino (76%). Em um estudo com um grupo de 50 pacientes portadores de diabetes, encaminhados á uma clínica de pé diabético em um hospital público fazia parte 21 homens e 29 mulheres (58%) (BATISTA *et al.*,2009).

No presente estudo, os pacientes tinham idade média de 51-80 anos, a maioria aposentada (46%). Quanto à variável renda, identificou-se uma prevalência de 92% dos pacientes com renda média de 0 a1 salários mínimos.

Quanto à escolaridade, identificou-se uma prevalência de 68% de pacientes analfabetos ou sabiam apenas assinar o nome.

De acordo com estudos de Rocha, Zanetti, Santos, (2009) em relação ao grau de instrução, 41% dos participantes tinham até oito anos de estudos. Quanto à renda familiar, 52,7% referiram de três a cinco salários mínimos e 20,0% de um a dois salários mínimos, perfazendo 72,7% de pessoas com rendimento familiar considerando baixo. No que se refere ao tempo de diagnóstico de diabetes, verificou-se que 40,0% dos participantes tinham entre seis e dez anos e 32,7% de um a cinco anos, com média de 9,7 anos.

Tabela 2 – Distribuição das características do estilo de vida dos pacientes avaliados.

Variáveis	Nº	%
Tabagismo		
Sim	05	10
Não	23	46
Ex	22	44
Total	50	100
Etilismo		
Sim	04	08
Não	40	80
Ex	06	12
Total	50	100
Prática Regular de Atividade Física		
Sim	27	54
Não	23	46
Total	50	100
Segue Planejamento Alimentar		
Sim	47	94
Não	03	06
Total	50	100

Fonte: Quixadá-CE, 2010.

De acordo com os dados obtidos explicitados na Tabela 2, verificou-se que os pacientes do Centro de Diabetes não são tabagistas (46%) e 80% (40) não fazem uso de bebida alcoólica. Os entrevistados realizam a prática regular de atividade

física que correspondeu a 54 % do total de entrevistados. E a maioria segue planejamento alimentar (94%) orientada pelo nutricionista.

Segundo Rocha, Zanetti, Santos, (2009) quanto ao tratamento para o controle do diabetes, a totalidade dos sujeitos referiu seguir a dieta como parte da terapêutica; 65,0% praticavam atividade física e 74,5% utilizavam antidiabéticos orais para controle da doença; 36,4% faziam uso de insulina.

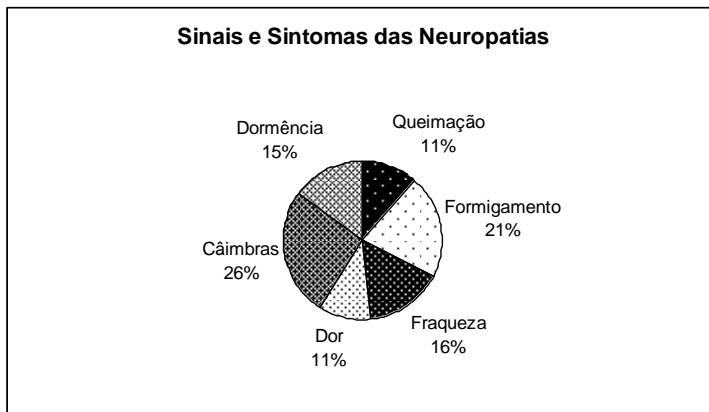
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes avaliados quanto à doença.

Variáveis	Nº	%
1. Tempo de DM		
0 – 5	22	44
6 -19	26	52
20 a mais	02	04
Total	50	100
2. Cuidados com os pés		
Sim	48	96
Não	02	04
Total	50	100
3. Faz uso de calçado adequado		
Sim	19	38
Não	31	62
Total	50	100
4. Casos na família		
Sim	30	60
Não	20	40
Total	50	100

Fonte: Quixadá-CE, 2010.

De acordo com a Tabela 3, constatou-se que os pacientes com maior tempo de diabetes mellitus (DM) estão entre 6-19 anos, equivalente há 52%. Os mesmos pacientes realizam cuidados com os pés (96%), e 62% não fazem uso de calçados adequados. Esses pacientes relataram que existem casos de DM na família (60%), aumentando a preocupação para gerações.

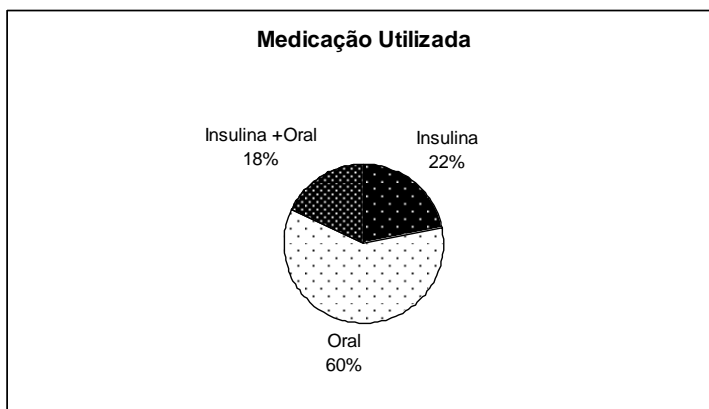
Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes quanto às complicações crônicas (neuropatias).



Fonte: Dados da pesquisa.

Verificou-se a partir do Gráfico 1 que a maioria dos pacientes estudados relataram apresentar alguns sinais e sintomas da neuropatia, sendo que as câimbras foi a que mais se ressaltou (26%), vindo em seguida formigamento (21%), fraqueza (16%), dormência (15%), queimação e dor (11%).

Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes quanto à medicação utilizada.



Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se pelo Gráfico anterior acerca da medicação utilizada, a maioria dos pacientes faz uso de medicação oral (60%), insulina (22%) e insulina + oral (18%).

O diabetes tipo 2 segundo Fajardo (2006) responde por entre 85% e 95% dos casos de diabetes, aparecendo frequentemente após os 40 anos de idade. Resulta em geral de graus variáveis de resistência a ação da insulina ou de deficiência de secreção de insulina.

O propósito da educação em saúde é propiciar combinações de experiências bem-sucedidas de aprendizagem, destinadas a facilitar adaptações voluntárias de comportamentos em busca de saúde e melhor qualidade de vida. Assim, o processo de educação em saúde para a prevenção do pé diabético deve visar o desenvolvimento pessoal que propicie as mudanças de comportamento em relação aos cuidados com os membros inferiores. Para tanto, é necessário promover condições favoráveis para a manutenção e valorização do comportamento esperado. O comportamento esperado é aquele em que a pessoa diabética se envolve de modo comprometido, tornando-se copartícipe e parceiro engajado em seu processo educacional (ROCHA, ZANETTI, SANTOS, 2009).

5 CONCLUSÃO

Através desse estudo foi possível investigar o conhecimento e a prática dos portadores de Diabetes Mellitus com relação aos cuidados com os pés.

O estudo foi realizado com 50 pacientes em acompanhamento do diabetes mellitus na clínica de especialidades, Muitos desses já estão aposentados.

Na análise dos dados elaboramos um formulário subdividido em três partes: identificação e perfil socioeconômico do paciente, a segunda parte foi um roteiro sistematizado de entrevista com questões abertas sobre a doença e a terceira parte sobre os hábitos de vida.

Analisando os resultados de um modo geral, podemos observar que há escassez de conhecimentos por parte dos pacientes acerca dos temas abordados, como o cuidado especial aos pés e o calçado adequado que muitos não utilizam adequadamente.

Muitos pacientes apresentam alguns sinais e sintomas das complicações crônicas que podem levar a vários comprometimentos sérios. A prevenção e a

educação são de extrema importância na prevenção de cuidados aos diabéticos com risco de desenvolver lesões nos pés. Uma vez instalada a lesão, pode haver uma incapacitação permanente do paciente que não se cuidou adequadamente.

Devemos sempre mostrar aos pacientes os riscos, orientando quanto às complicações do pé diabético fazendo sempre o controle da glicemia, para que não haja complicações, examinando com frequência os pés, inclusive entre os dedos, evitar calos e sapatos inadequados, fazer consultas periódicas aos seus médicos entre outros fatores muito importantes. É indispensável o apoio social, amigos e de profissionais na ajuda ao paciente e à família, visando superar qualquer adversidade que possa surgir.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus. **Cad. de Atenção Básica**. n.º 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2006.

BATISTA, F.; PINZUR, M.; MONTEIRO, A.; TAIRA, R. Educação em pé diabético. **Einstein**. v. 7, n. 1, p. 24-7, 2009

BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. **Enfermagem e Saúde do Adulto**. Manole. São Paulo, 2006.

CARNEIRO, H. Q.; LACERDA, D. O.; GARCIA, D. P.; JANSEN, C. L. P.; SOUZA, J. A.; SILVA, D. M.; PRADO, M. R. M. C. Assistência de enfermagem ao cliente com pé diabético. **Rev. científica da faminas**. Muriaé. v. 3, n. 1, sup. 1, p. 182, jan / abr. 2007.

CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. Brasília, 2001.

DAVIDSON, M. B. **Diabetes mellitus: diagnóstico e tratamento**. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

FAJARDO, C. A importância do cuidado com o pé diabético: ações de prevenção e abordagem clínica. **Rev Bras Med Fam e Com**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, abr./jun. 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LOPES, C. F.; Pitta G. B. B.; Castro A. A.; Burihan E. (editores). **Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado.** Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA, 2003.

NASCIMENTO, L. C.; SILVA, N. C. **O papel do enfermeiro na adesão ao tratamento diabetes mellitus II,** 2007.

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

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização.** São Paulo: Artmed, 2004.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso Brasileiro Sobre Diabetes 2002:** Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Guanabara Koogan: Rio de Janeiro. 10 ed., 2006.

SOBRE OS AUTORES

Maria Auzinete Arruda Barros

Especialista em Enfermagem Nefrológica. Preceptora Estágio Supervisionado Faculdade Católica Rainha do Sertão – FCRS.

Albertisa Rodrigues Alves

Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade Católica Rainha do Sertão – FCRS.

Rose-Eloíse Holanda

Enfermeira. Faculdade Católica Rainha do Sertão – FCRS. Especialista em Terapia Intensiva.

E-mail: r_eloiseh@hotmail.com.

Rose-Lídice Holanda

Fisioterapeuta NASF Marco-CE.

.