



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

O PÉ DIABÉTICO: A IMPORTÂNCIA DA AUTO e HETEROEDUCAÇÃO

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

por

Maria Fernanda Marques Gomes

Maio 2015



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

O PÉ DIABÉTICO: A IMPORTÂNCIA DA AUTO e HETEROEDUCAÇÃO

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

por

Maria Fernanda Marques Gomes

Sob orientação do Prof. Doutor João Manuel da Costa Amado e do Mestre Paulo Jorge Pereira Alves

Maio 2015

RESUMO

A auto e heteroeducação da pessoa com diabetes (e prestadores de cuidados), associada à teoria do *empowerment* (empoderamento/capacitação), é um dos meios mais importantes para controlar a Diabetes Mellitus (DM) e evitar as complicações mais graves, como o pé diabético. A referida ação de educação visa a aquisição de conhecimentos e capacidades de modo a gerir a doença e mudar estilos de vida, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para a sustentabilidade dos serviços de diabetologia no Serviço Nacional de Saúde.

A investigação empírica agora realizada segue um paradigma essencialmente quantitativo, correspondendo a um estudo quasi-experimental com pré-teste e pós-teste, antecedidos de um teste piloto.

A amostra é constituída por 132 pessoas (98 pessoas com diabetes mellitus e 34 prestadores de cuidados) que recorreram à consulta de diabetologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), sendo encaminhados para participar numa sessão educativa sobre os cuidados a ter com os pés. A seleção dos participantes foi obtida através de uma amostragem não probabilística, de conveniência, a quem se aplicou um formulário de autopreenchimento presencial (e de heteropreenchimento, no caso de analfabetos), antes da realização da sessão educativa, e reaplicado, por telefone, um mês após essa sessão. Para aumentar a eficácia do estudo, foi utilizada a estratégia de *rappel* telefónico que surtiu efeito positivo.

Os instrumentos de recolha de dados foram, pois, dois formulários (da pessoa com diabetes e do prestador de cuidados). Pretendeu-se avaliar o efeito de uma ação educativa (EPS) sobre os sujeitos da amostra, sendo a questão de investigação: As sessões educativas têm resultado positivo na autoeducação dos diabéticos e na heteroeducação dos prestadores de cuidados, no que concerne essencialmente ao pé diabético?

O estudo decorreu entre o final do 1.º trimestre e o final do 3.º trimestre do ano de 2013 no Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E., no serviço de Endocrinologia, Diabetes e Nutrição.

O nosso estudo vai de encontro aos vários estudos que comprovam que a abordagem centrada no *empowerment*, baseada na autodeterminação e autonomia apoiada, conduz a cuidados efetivos e à autogestão da doença, onde o conhecimento é essencial para o autocuidado na diabetes. Este estudo reforça, pois, a evidência de que a EPS se revela uma intervenção efetiva para o auto e heterocuidado da pessoa com diabetes e, conseqüentemente, para a sua qualidade de vida.

Todavia, ao consultarmos 827 processos, verifica-se que muitos doentes ainda não são encaminhados para sessões de EPS, sendo necessária uma maior consciencialização acerca da importância destas para a sustentabilidade do SNS.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes *Mellitus*, Auto e heterocuidado, Educação para a saúde, *Empowerment*, Pé Diabético, prestador de cuidados.

ABSTRACT

Self and heteroeducação of people with diabetes (and carers), associated with the empowerment theory, is one of the most important ways to control diabetes mellitus (DM) and avoid more serious complications, such as diabetic foot, which aims the acquisition of knowledge and skills to manage the disease and changing lifestyles, helping to improve the quality of life and the sustainability of diabetology services in the National Health Service.

Empirical research follows an essentially quantitative paradigm, corresponding to a pre-experimental study with pre-test and post-test, preceded by a pilot test.

The sample consists of 132 people (98 people with diabetes mellitus and 34 carers) who resorted to diabetology consultation of CHBV, and referred them to participate in an educational session on the care of the feet. This sample was obtained from a non-probability sample of convenience to whom they applied a face self-report form (and heteropreenchimento, among the illiterate), prior to the learning session, and reapplied, by phone, one month after this session.

To increase the effectiveness of the study, we used the telephone rappel strategy that has had a positive effect.

The data collection tools were therefore two forms (the person with diabetes and the care provider). It was intended to evaluate the effect of an educational share (EPS) on the subjects of the sample, and the research question: Educational sessions have positive result in the self-education of diabetics and heteroeducação of carers, regarding essentially the diabetic foot ?

The study took place between the end of the 1st quarter and the end of the 3rd quarter of 2013 Year in Hospital Baixo Vouga, EPE, in the service of Endocrinology, Diabetes and Nutrition.

Our study goes against various studies showing that the approach centered on empowerment, based on self-determination and supported autonomy leads to effective care and self-management of the disease, where knowledge is essential for self-care in diabetes. This study supports therefore the evidence shows that EPS is an effective

intervention for self and hetero care and the person with diabetes and, consequently, their quality of life.

However, consulting the 827 cases, it appears that many patients are not referred for EPS sessions. So, greater awareness is required about the importance of these sessions to the sustainability of the SNS.

KEYWORDS: Self Care, Diabetes Mellitus, Health Education, Empowerment, Diabetic Foot, care provider.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor João Manuel da Costa Amado, orientador desta tese, por todo o seu profissionalismo, humanismo, encorajamento e motivação.

Ao co-orientador Mestre Paulo Jorge Pereira Alves, por todo o seu profissionalismo, humanismo, incentivo e entusiasmo.

Um agradecimento muito especial ao Dr. Simões Pereira, endocrinologista (ex-diretor do serviço de endocrinologia do CHBV) e à Dra. Joana Guimarães, endocrinologista (diretora do serviço de endocrinologia do CHBV), que tornaram possível a realização deste trabalho.

A todos os profissionais do serviço de endocrinologia, diabetes e nutrição do CHBV pela colaboração bem como à enfermeira chefe das especialidades médicas pelo parecer favorável para a realização do estudo.

À comissão de Ética, pelo parecer favorável para a realização do estudo no CHBV.

Ao Conselho de administração, a autorização para a realização do estudo no CHBV.

A todas as pessoas com diabetes e prestadores de cuidados que aceitaram participar no estudo.

À amiga Helena Aleluia pela revisão editorial deste trabalho.

A todos quantos tornaram possível este trabalho.

E, por fim, mas de modo algum por último, ao meu marido, Manuel, pelo apoio incondicional e aos meus filhos, Márcia e Nuno, por todo o carinho.

Obrigada!

ÍNDICE

RESUMO	1
ABSTRACT	3
AGRADECIMENTOS	5
INTRODUÇÃO	9
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1. A diabetes	11
2. O pé diabético	12
3. A (auto e hetero) educação e o <i>empowerment</i>	14
PARTE II – CONTRIBUTO PESSOAL – A IMPORTÂNCIA DA AUTO E HETERO EDUCAÇÃO.....	20
1. Materiais e Método.....	20
1.1. Questões de investigação, objetivos e hipóteses de estudo	20
1.2. Caracterização do local de estudo.....	21
1.3. Instrumentos de recolha de dados	23
1.4. Tipo de estudo.....	24
1.5. Amostra.....	24
1.6. Procedimentos e Métodos	25
1.7. Questões éticas.....	27
2. Resultados	27
2.1. Introdução	27
2.2. Caracterização sociosanitária das pessoas com diabetes.....	29
2.3. Questionários à pessoa com diabetes	30
2.4. Caracterização socio-sanitária dos prestadores de cuidados	36
2.5. Questionários aos prestadores de cuidados	37
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS	50
Anexo I – Formulário da pessoa com diabetes	50
Anexo II – Formulário do prestador de cuidados.....	54
Anexo III- Pedido de autorização para a colheita de dados ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Baixo Vouga	57

Anexo IV - Pedido de autorização para a recolha de dados à Diretora de Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Nutrição do Centro Hospitalar Baixo Vouga	59
Anexo V - Pedido de autorização para a recolha de dados à Enfermeira Chefe do serviço das Especialidades médicas do centro Hospitalar Baixo Vouga	63
Anexo VI – Autorização da Comissão de Ética e do Conselho de Administração para a realização do estudo	67
Anexo VII- Pedido de adiamento de entrega da tese de mestrado	70
Anexo VIII – Power Point elaborado para as sessões de EPS sobre os cuidados a ter com os pés	71
Anexo IX – Panfleto entregue nas sessões de EPS sobre os cuidados a ter com os pés	75

ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1- Tratamento para a Diabetes.....	30
Tabela 2 - Informação/formação com um educador de Diabetes	30
Tabela 3 - Informação/formação com um nutricionista	30
Tabela 4 - Outras doenças.....	31
Tabela 5 – Alterações nos pés	31
Tabela 6 - Tipo de sapatos usados.....	32
Tabela 7 - Meias usadas	32
Tabela 8 - Formato dado às unhas dos pés.....	33
Tabela 9 - Material usado para arranjar as unhas.....	33
Tabela 10 - Cuidados com os pés durante os últimos sete dias.....	34
Tabela 11 - Informação recebida sobre os cuidados com os pés no último ano	34
Tabela 12 – Informação.....	35
Tabela 13 - Dificuldades sentidas ao cuidar dos seus pés.....	35
Tabela 14 - Importância da realização de sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés	36
Tabela 15 - Horas dedicadas por dia à prestação de cuidados à pessoa com diabetes....	37
Tabela 16 - Tipo de cuidados prestados à pessoa com diabetes	38
Tabela 17 - Motivos para ser prestador de cuidados.....	38
Tabela 18 - Implicações na vida pessoal por ser prestador de cuidados	39
Tabela 19 - Implicações emocionais na vida pessoal por ser prestador de cuidados.....	39
Tabela 20 - Educação sobre diabetes e onde.....	40
Tabela 21 – Educação com um nutricionista e onde.....	40
Tabela 22 - Conhecimento do que é a Diabetes <i>Mellitus</i>	40
Tabela 23 - Conhecimento das complicações da <i>Diabetes Mellitus</i>	41
Tabela 24 - Conhecimento dos cuidados a ter com os pés da pessoa com Diabetes para prevenir o aparecimento de eventuais lesões	41
Tabela 25 - Identificação das frases corretas sobre cuidados com os pés da pessoa com Diabetes	41
Tabela 26 - Informações sobre os cuidados a ter com os pés da pessoa com Diabetes no último ano	42
Tabela 27 - Importância dada à realização de sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés das pessoas que acompanha?.....	42

INTRODUÇÃO

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crónica em grande expansão, sendo mesmo considerada uma epidemia global. A sua prevalência aumenta com a idade, atingindo ambos os sexos. O pé diabético enquadra-se nas suas complicações mais graves e mais dispendiosas, acompanhado por grande sofrimento humano, atingindo sobretudo pessoas de um grupo etário tardio.

A (auto)educação da pessoa com diabetes é um dos meios mais importantes para controlar a doença e evitar as complicações, nomeadamente o pé diabético, associada a tratamentos com base em equipas multidisciplinares organizadas, desenvolvida essencialmente no contexto de consulta hospitalar ou em unidades de saúde, procurando responder às necessidades das pessoas confrontadas com a doença.

A autoeducação, associada à teoria do *empowerment*, tem como objetivo a aquisição de conhecimentos e capacidades, por parte dos diabéticos, de modo a tomarem decisões na gestão da doença e a participarem na mudança de estilos de vida/comportamentos/attitudes, bem como na criação de hábitos de vida mais saudáveis, evitando riscos acrescidos nomeadamente a temível catástrofe, isto é, as amputações dos membros inferiores.

Deste modo, o conhecimento, indissociável da (auto)educação, é libertador permitindo a autonomia, condição *sine qua non* para a qualidade de vida dos doentes. Todavia, para haver uma (auto)educação efetiva, a motivação é uma componente primordial, assim como as capacidades intelectuais do doente, o seu nível de instrução, o seu nível de compreensão e, inclusive, o seu poder económico, bem como o acompanhamento de, pelo menos, um prestador de cuidados.

Neste *continuum*, e porque as preocupações com os custos associados à agudização das doenças crónicas são cada vez mais prioritárias nas políticas nacionais de saúde, considerámos pertinente avaliar, nos diabéticos e nos prestadores de cuidados, os conhecimentos sobre o autocuidado a ter com os pés e os obstáculos que os impedem de o realizar, bem como aferir se os conhecimentos sofreram alterações, após a sessão educativa no Centro Hospitalar Baixo Vouga. Por outras palavras, pretendemos verificar

se as sessões educativas têm resultado positivo na autoeducação dos diabéticos, no que concerne essencialmente ao pé diabético.

O *leitmotif* desta investigação é, pois, a importância da auto e heteroeducação do diabético (e prestadores de cuidados), no que concerne os pés para a melhoria da sua qualidade de vida (física e psicossocial), e, conseqüentemente, para a sustentabilidade dos serviços de diabetologia no Sistema Nacional de Saúde.

Na parte I, faremos uma breve abordagem teórica ao estudo, cingindo-nos à especificidade da temática, atendendo à limitação de páginas. Na Parte II, apresentaremos o nosso contributo pessoal, o estudo efetuado na população intervencionada.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A diabetes

A diabetes é uma doença crónica que, devido a fatores vários muito relacionados com o desenvolvimento da urbanização e industrialização (Wild, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004; Medina, 2007; Silva, 2006), como a falta de exercício físico, a obesidade, o envelhecimento da população, as dietas menos apropriadas e estilos de vida sedentários, se tornou uma epidemia a nível mundial.

Com efeito, o número de diabéticos, a nível mundial, de 382 milhões em 2013 prevê-se que aumente para 592 milhões em 2035 (*International Diabetes Federation*). Portugal não é exceção e o número de diabéticos tem vindo a aumentar, atingindo ambos os sexos e todas as idades.

Neste sentido, Gardete e colaboradores (2010) realizaram um estudo sobre a prevalência da diabetes em Portugal, revelando que, no grupo etário dos 20 aos 79 anos, a prevalência da Diabetes era de 11,7% e a da hiperglicemia intermédia ou pré-diabetes de 23,2%, afetando em especial os mais idosos, estimando-se que 905.035 portugueses com diabetes e 1.782.663 pessoas com pré-diabetes. Foi igualmente detetada uma mais elevada prevalência (43.6%) de pessoas com diabetes não diagnosticada.

Quatro anos depois, no último relatório do Observatório Nacional de Diabetes (Boavida e colaboradores, 2014) já se aponta para uma prevalência de 13,0% da população entre os 20 e os 79 anos, o que evidencia bem o crescimento desta doença crónica.

Como Jameson e colaboradores (2006) referem, a Diabetes é o resultado do entrelaçamento de fatores genéticos, ambientais e comportamentais, caracterizada pelo aumento da glicemia no sangue, devido a defeitos na secreção e/ou ação da insulina. A Diabetes tipo I e a Diabetes tipo II são os tipos mais conhecidos da doença, mas existem outros. A DM tipo 2 abrange 90 a 95% dos casos de diabetes como refere a *American Diabetes Association* (ADA) e determina-se pela débil produção de insulina e resistência à mesma (2010).

Kahn e colaboradores (2004) mencionam que a desregulação metabólica provocada pela diabetes pode levar à falha de alguns órgãos renais, oftalmológicos, cardiovasculares, e neurológicos, sendo uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo e de perda de qualidade de vida, nomeadamente no que concerne as suas complicações macrovasculares como as amputações não traumáticas dos membros inferiores. Silva (2006) acrescenta que não existe quase nenhum órgão ou sistema orgânico que não possa ser atingido por esta doença.

Além do sofrimento humano que as complicações relacionadas com a doença causam nas pessoas com diabetes e nos seus familiares, elas acarretam enormes custos económicos e sociais à sociedade, o que é agravado por grande parte das pessoas com diabetes não controlar adequadamente a sua doença. Com efeito, a diabetes exige tratamentos médicos persistentes e prevenção (incluindo para a pré diabetes), essencialmente pela educação (auto e hetero) para evitar situações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo. Os estudos na área chamam a atenção para o facto do tratamento metódico poder prevenir e atrasar as complicações agudas e crónicas da doença (Marcelino & Carvalho, 2005; Medina, 2007; Silva 2006).

Assim, os doentes devem ser seguidos por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, e outros profissionais de saúde (nutricionistas, oftalmologistas, psicólogos, entre mais), importantes para o tratamento, devendo seguir um programa terapêutico-educacional individualizado que devem pôr em prática para evitar futuras complicações como abona a *American Diabetes Association* (2010), estando implícita uma perspetiva holística da pessoa com diabetes

2. O pé diabético

As pessoas portadoras de diabetes são mais frágeis em termos de infeções nos pés devido à neuropatia (alteração da sensibilidade) e/ou à angiopatia (alterações da circulação sanguínea). São essas infeções que podem levar ao ‘Pé Diabético’.

Deste modo, segundo o *Internacional Working Group on the Diabetic Foot* (2011), denomina-se ‘Pé Diabético’ à infeção, ulceração e/ou destruição de tecidos

profundas a nível dos pés, causadas por neuropatia e agravadas pela doença arterial periférica (micro e macroangiopatia) ao nível das extremidades inferiores da pessoa com diabetes, conduzindo à redução nutricional e à má oxigenação dos tecidos. A agravar esta situação surge a suscetibilidade às infeções, que poderá culminar em amputações, sejam elas minor ou major (acima do tornozelo). As amputações são normalmente precedidas da existência de úlceras em 85% dos casos (*International Working Group on The Diabetic Foot*, 2011).

É consensual que os problemas nos pés são das mais sérias e dispendiosas complicações da DM, sendo, por isso, uma área de intervenção prioritária.

Assiste-se, assim, a uma crescente preocupação médica, sobretudo desde há mais de duas décadas, no mundo ocidental, com os problemas que a Diabetes causa no pé e com o atraso no levantamento epidemiológico da diabetes e suas complicações. Em Portugal, o tempo sanitário passou mais devagar em relação a outros países europeus, sendo possível que haja um atraso semelhante ao apoio sanitário ao pé diabético, no que se refere à aptidão dos profissionais e à informação da população-alvo (Serra, 2008).

Neste seguimento, é premente centrar a nossa atenção nesta temática, atendendo, inclusive, ao facto de, com a evolução do tempo, ter havido mudanças notórias ao nível social, cultural e também do envelhecimento da população. Sendo que a prevalência da doença aumenta com a idade, as complicações neste grupo etário tardio são notoriamente elevadas, concentrando-se aí 60% das amputações, cujo número tem vindo a aumentar de ano para ano (Serra, 2008).

No mesmo sentido, o *Internacional Working Group on the Diabetic Foot* (2011) alerta para os elevados custos das úlceras e das amputações, tanto para o indivíduo como para o sistema de saúde e, portanto, para a sociedade, defendendo os cuidados preventivos do pé diabético, sendo intervenções de baixo custo, o que conduz a um efeito positivo na relação benefício/custo.

A estratégia principal para reduzir o pé diabético é, indubitavelmente, a prevenção, a educação dos pacientes, profissionais e prestadores de cuidados. A prevenção, o tratamento multidisciplinar da úlcera do pé e a monitorização podem reduzir a taxa de amputação de 49% a 85%, de acordo com Kozak e colaboradores (1995).

Richard e colaboradores (2008) defendem também que a primeira condição para a redução das amputações seria a observação sistemática dos pés, permitindo a pesquisa de feridas, descuidadas pelo doente (Martini, 2008).

Melo e colaboradores (2011) defendem a importância do papel do enfermeiro como educador, monitor, na promoção de apoio e de influência na adesão a hábitos de vida mais saudáveis e nos cuidados específicos a ter nas pessoas com diabetes e com risco de pé diabético.

Imison e colaboradores (2011) realçam que o autocuidado é essencial nos tempos atuais em vez dos cuidados intensivos e ocasionais atendendo ao envelhecimento da população e ao aumento da prevalência de doenças crónicas como a diabetes. Deste modo, o auto e o heterocuidado da pessoa com diabetes são fundamentais para a sua qualidade de vida (Weiler e Tirrell, 2007).

Steed e colaboradores (2008) aditam que os diabéticos devem ser avaliados periodicamente para identificar o pé em risco de ulceração e/ou existência de úlceras ativas. É também essencial avaliar os fatores de risco para agrupar os diabéticos em categorias, estabelecendo um plano de tratamento e/ou prevenção adequada (Martini J, 2008). Essa identificação dos fatores de risco necessita da história clínica e do exame objetivo (Revilla et al., 2008).

3. A (auto e hetero)educação e o *empowerment*

Os cuidados preventivos referidos no ponto anterior fazem o enfoque na educação (auto e hetero) que deve resultar de um esforço comum entre o diabético, a sua família (amigos, prestador de serviços) e a equipa de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo), instituindo um plano de tratamento individualizado, como abona a *American Diabetes Association* (2010).

Na verdade, o número de amputações vai aumentando, ou pelo menos, não diminui, como seria desejável, o que exige mais e melhores cuidados com o pé diabético, como alerta o *International Working Group on the Diabetic Foot* (2011).

Deste modo, é consensual entre os investigadores que as complicações do pé diabético podem e devem ser prevenidas, através da educação da pessoa com diabetes, dos familiares e/ou prestador de cuidados, associada a tratamentos com base em equipas

multidisciplinares organizadas de cuidados ao pé diabético, sendo necessários em todos os países pelo menos três níveis dos cuidados do pé: Nível I - clínico geral, podologista e enfermeiro; Nível II - diabetologista ou endocrinologista, cirurgião (geral e/ou vascular) e/ou ortopedista, podologista e enfermeiro; Nível III - centro especializado em cuidados do pé, com múltiplas especialidades dirigidas ao tratamento do pé diabético. (*International working Group on The Diabetic Foot*, 2011).

A DM, doença crónica, revela-se um verdadeiro desafio para os doentes e para os profissionais de saúde, requerendo a educação terapêutica (processo contínuo, integrado nos cuidados de saúde) para os doentes crónicos, familiar(es) e/ou prestadores de cuidados de modo não só a adquirirem e manterem conhecimentos importantes acerca do seu tratamento como também a conviver convenientemente com a sua doença (Assal, 2010).

Com efeito, o estudo histórico da Diabetes tipo 1 (*Diabetes Control and Complications Trial – DCCT*) veio também reforçar a necessidade da educação como meio de garantir o melhor tratamento possível. É, pois, inquestionável, atualmente, que a educação da pessoa com diabetes deve incidir, tanto nos cuidados alimentares e no exercício físico, como também na (auto)educação, autovigilância, que se concretiza, entre outros aspetos, nos cuidados de higiene preventivos de futuras complicações, incluindo, obviamente, os cuidados com os pés.

A educação terapêutica oferece os meios psicopedagógicos fundamentais para motivar os doentes de modo a que eles mesmos possam ajustar o seu comportamento. Na verdade, motivar um doente não é tarefa fácil, particularmente quando estão em causa mudanças de comportamento e está subjacente uma doença silenciosa crónica (Golay, 2007).

Neste sentido, a comunicação e a motivação, integradas na educação terapêutica, são dois elementos essenciais para que os objetivos terapêuticos sejam atingidos e concretizados em alterações positivas dos comportamentos e das atitudes perante a doença crónica.

É neste contexto que se fala de Educação para a Saúde (EPS), conceito que tem sofrido alterações semânticas ao longo do tempo. O objetivo da EPS é a promoção da saúde e o papel do educador é veicular conhecimentos, criando condições para que o homem possa desenvolver as suas capacidades. Por outras palavras, “educar as pessoas

para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas, mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a saúde” (Carvalho e Carvalho, 2006).

No mesmo *continuum*, Perdigão e colaboradores (2002), acrescentam que a educação para a saúde assume uma grande importância quer para os prestadores de cuidados quer para os diabéticos, em todas as etapas da doença e também na sua prevenção, levando à consciencialização, controle e responsabilização dos intervenientes.

A ADA (2013) adita que a educação deve abordar questões psicossociais, já que o bem-estar emocional consigo e com os outros se reflete em resultados positivos na diabetes, podendo resultar também em redução de custos. Neste contexto, as pessoas com diabetes devem receber educação de acordo com a teoria do *empowerment*, sendo uma eficaz autogestão e a melhoria da qualidade de vida os principais resultados da educação, devendo estes ser medidos e monitorizados de modo a avaliar o impacto positivo dessa educação.

Abordarmos a (auto)educação, implica necessariamente versarmos também sobre o construto de autocuidado. Orem (2001) define o autocuidado como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas; que iniciam e desempenham dentro de espaços de tempo ações, em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal.

No mesmo sentido, o manual da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2011) resume o autocuidado como a atividade executada pelo próprio, tratando do que é necessário para se manter operacional e lidar não só com as necessidades individuais básicas e íntimas, bem como com as atividades da vida diária.

Corroboramos Orem (2001) quando, a propósito do autocuidado, põe a tónica no indivíduo, na noção de que todas as pessoas têm necessidade de autocuidado e que devem ser elas mesmas a dar-lhe resposta, exceto quando não podem. Quando a exigência de autocuidado é maior que a capacidade do indivíduo de a satisfazer, tem que se dar resposta ao *déficit* de autocuidado daí resultante.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem estabelecem uma clara relação entre o autocuidado e o bem-estar da pessoa, realçando que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar

dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.13).

A qualidade do cuidado inclui, entre muitos outros aspetos, a educação da família do doente, relativamente à saúde deste, bem como a inclusão da família na definição do plano de tratamento e na tomada de decisões (WHO, 2006), sendo uma mais-valia para o bem-estar psicossocial da pessoa com Diabetes. De realçar, todavia, que o prestador de cuidados, embora seja quase sempre da família, por vezes, não é. Neste sentido, ao longo do trabalho, usaremos a terminologia de prestador de cuidados. É, pois, essencial, a existência de um prestador de serviços na vida do diabético. Este, segundo o manual da CIPE (2011), deve interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados e expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores, sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente.

Na educação do diabético e do prestador de cuidados, os profissionais de saúde devem ter em atenção o conceito *empowerment* (ou ‘empoderamento’), já atrás referido, que, literalmente, significa ganhar poder e cujo objeto de atenção se deslocou, desde há algum tempo, dos profissionais de saúde para os doentes, que devem estar cada vez mais conscientes do papel decisivo, do poder, que detêm sobre a sua saúde. O conceito de ‘*empowerment*’ surge na sequência da filosofia da Declaração de Alma-Ata (1978) e tem-se revelado uma palavra polissémica que traduz envolvimento, capacitação, motivação, influência e empoderamento, neologismo mais próximo formalmente do original inglês, sendo transversal já que é utilizado em muitas áreas do saber.

O conceito *empowerment* traduz, assim, um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte dos doentes, promovendo um acréscimo de poder e controlo através da participação e tomada de decisão na área da saúde. Pretende-se, pois, reconhecer os indivíduos como sujeitos ativos no seu processo de saúde, capacitando-os para agirem, decidirem e serem autónomos (Fábio, 2009). O princípio imanente a esta teoria é que o conhecimento leva ao empenho e à prevenção das complicações do pé (Vileikyte, 2004).

Funnell, Tang, e Anderson (2007) realçam que vários estudos têm revelado que a técnica do *empowerment* promove os cuidados efetivos, diminuindo o problema da não adesão aos programas estabelecidos de educação para a saúde, o que implica uma mudança de perspetiva centrada nos prestadores de saúde (que cuidam dos doentes) para uma perspetiva em que o foco de atenção é o doente, reconhecendo-o como o elemento fulcral na tomada de decisões, havendo uma partilha de responsabilidade dos resultados.

De acordo com o *International Working Group on The Diabetic Foot*, (2011), ainda existe escassa informação sobre quais as técnicas de educação que devem ser utilizadas. Neste sentido, o efeito de uma sessão educativa foi avaliado em estudos, mas os resultados não foram consensuais e até mesmo contraditórios. No geral, as sessões educativas têm demonstrado melhorar o conhecimento sobre o tema, mas com pouco efeito sobre o autocuidado com os pés. Os programas de cariz mais prático, nos quais a educação, a teoria é aplicada em várias sessões parecem ser mais positivos, verificando-se uma diminuição na solicitação de tratamento aos pés.

Um outro estudo quase experimental, realizado por Pérez Rodríguez e colaboradoras (2013), nos centros de saúde da cidade de San Luís Potosí, no México, com o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com DM e os seus hábitos de cuidados com os pés antes e após uma intervenção educativa, baseou-se na metodologia de comunicação participativa (uma técnica próxima do *empowerment*). Concluíram que a estratégia de intervenção educativa, por meio da metodologia de comunicação participativa, comparada com o método tradicional, beneficiou a aprendizagem e os procedimentos de cuidado dos pés das pessoas com diabetes.

A *Diabetes Self-Management Education* (DSME) e a *Diabetes Self-Management Support* (DSMS), segundo a ADA (2013), são os meios mais eficazes de facilitar o conhecimento, a habilidade e a capacidade necessária para se concretizar o autocuidado na diabetes. Este processo abrange as necessidades, objetivos e experiências de vida da pessoa com diabetes. Os objetivos gerais da DSME e DSMS são apoiar a tomada de decisão informada, os comportamentos de auto-atendimento, a resolução de problemas e a colaboração ativa com a equipa de cuidados de saúde para melhorar os resultados clínicos, o estado de saúde e a qualidade de vida dos doentes. O que é interessante é que a DSME mudou a sua estratégia de atuação de uma abordagem didática com foco na

prestação de informações para o *empowerment* de cariz mais teórico, visando ajudar as pessoas com diabetes a tomar decisões de autogestão informada.

Neste sentido, os pacientes com diabetes e com alto risco de terem pé diabético devem ser educados a respeito dos seus fatores de risco e adequada gestão. Os doentes em risco devem compreender as implicações da perda de sensibilidade e consequente importância de monitorização diária do pé e o seu cuidado adequado, incluindo cuidados com a pele e a seleção de calçado apropriado (Bus, 2008; Revilla et al., 2008; Searle et al., 2008).

A EPS desempenha indubitavelmente um papel importante para a prevenção do pé diabético que deve ser concebida de forma organizada (Revilla et al., 2008; Steed et al., 2008) e com técnicas diferentes para atingir os vários tipos de pacientes (Searle et al., 2008), não descurando a motivação e capacidade de compreensão das pessoas com diabetes e prestadores de cuidados (Martini, 2008), devendo-se contrariar a tendência de alguns profissionais de saúde em se centrar em cuidados urgentes e curativos mais do que na educação para prevenção do pé diabético (Lavery et al., 2005).

Em complemento à EPS, uma outra técnica contribui para o controlo/gestão da diabetes: o *rappel* telefónico. Com efeito, existem alguns estudos sobre a importância do *rappel* telefónico ou *coaching* telefónico como complemento à eficácia dessas sessões educativas. Assim, MacLean e colaboradores (2012) verificaram, num estudo realizado, que a estratégia de *telephone coaching* é um método eficaz e de baixo custo para melhorar a autogestão de diabetes entre os residentes rurais com diabetes. Os impactos positivos demonstrados na atitude participante e no comportamento podem representar um indício do caminho a seguir para o impacto clínico na prevenção e tratamento da diabetes e do pé diabético. O estudo revelou ainda que os participantes valorizaram e apreciaram este programa.

PARTE II – CONTRIBUTO PESSOAL – A IMPORTÂNCIA DA AUTO E HETEROEDUCAÇÃO

Os capítulos anteriores incidiram na revisão da literatura sobre as principais temáticas em estudo: diabetes *mellitus*, pé diabético, educação para a saúde, auto e heteroeducação, autocuidado e *empowerment*. Esta revisão teórica possibilitou a fundamentação do estudo empírico.

Este capítulo aborda a metodologia de investigação utilizada no estudo empírico, nomeadamente as questões de investigação, objetivos e hipóteses de estudo, a caracterização do local do estudo, a caracterização da amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos, métodos e questões éticas, a apresentação dos resultados e a discussão de resultados.

1. Materiais e Método

1.1. Questões de investigação, objetivos e hipóteses de estudo

A fase concetual que antecede as questões de investigação é uma fase crucial pois conduz o investigador a essas mesmas questões. Com efeito, as questões de investigação são formuladas a partir de problemas inquietantes para o investigador, sendo fundamentais no início da investigação e funcionando como uma linha orientadora da mesma. Assim, as questões de investigação formuladas para este estudo foram:

- i) As sessões educativas têm resultado positivo na autoeducação dos diabéticos, no que concerne essencialmente ao pé diabético?
- ii) As sessões educativas têm resultado positivo na heteroeducação (pelos prestadores de cuidados) dos diabéticos, no que diz respeito ao pé diabético?

Como objetivos foram traçados os seguintes:

- i) Monitorizar, nos diabéticos, os conhecimentos (e a sua aplicação quotidiana) sobre os autocuidados com os pés (antes e depois de sessões educativas);
- ii) Monitorizar, nos prestadores de cuidados, os conhecimentos (e a sua aplicação quotidiana) sobre os cuidados com os pés da pessoa com diabetes (antes e depois de sessões educativas);
- iii) Sensibilizar para a importância dos prestadores de cuidados nas sessões educativas e na vida da pessoa com diabetes, nomeadamente na sua estabilidade psicossocial;
- iv) Contribuir para mostrar a importância das sessões educativas na qualidade de vida do diabético;
- v) Contribuir para a qualidade dos serviços de saúde em Portugal (aliança eficaz entre capital social e capital económico).

Finalmente, as hipóteses do estudo são:

- i) As sessões educativas têm resultado positivo na autoeducação dos diabéticos, no que concerne essencialmente o pé diabético.
- ii) As sessões educativas têm resultado positivo na heteroeducação (pelos prestadores de cuidados) dos diabéticos, no que diz respeito ao pé diabético.

1.2. Caracterização do local de estudo

Para um melhor enquadramento do estudo, efetuamos uma breve caracterização do serviço onde o mesmo foi realizado.

O CHBV, E.P.E., é constituído, além do hospital Infante D. Pedro, pelo hospital Visconde de Salreu em Estarreja e o hospital distrital de Águeda. Situa-se na cidade de Aveiro, na região centro e pertence à sub-região do Baixo Vouga, sendo sede de um município com 78.450 habitantes (censos 2011) e 197.58 Km² de área, subdividido em 10 freguesias (Aradas, Cacia, Eixo e Eirol, Esgueira, Glória e Vera Cruz, Oliveirinha, Requeixo, Nossa Senhora de Fátima e Nariz, Santa Joana, São Bernardo e São Jacinto).

Na qualidade de distrito, Aveiro é constituído por 19 Concelhos (Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Arouca, Aveiro, Castelo de Paiva, Espinho, Estarreja, Ílhavo, Mealhada, Murtoza, Oliveira de Azeméis, Oliveira do bairro, Ovar, Santa Maria da Feira, São João da Madeira, Sever do Vouga, Vagos, Vale de Cambra).

O estudo decorreu no Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Nutrição do CHBV E.P.E. É um serviço constituído por consultas externas e hospital de dia, onde são atendidas maioritariamente pessoas com diabetes, não esquecendo obviamente as pessoas com doenças do foro endócrino e do foro nutricional. O trabalho desenvolvido na consulta/hospital de dia tem como base a educação terapêutica da pessoa com doença crónica (DM), sendo realizada em sessões individuais e /ou em grupo e dando apoio ao serviço de pediatria e a outros serviços de internamento do centro hospitalar, se for solicitada colaboração do especialista de endocrinologia.

A equipa multidisciplinar do serviço é constituída pela diretora do serviço de endocrinologia, diabetes e nutrição, duas endocrinologistas, duas enfermeiras, três nutricionistas, uma psicóloga, uma podologista, uma assistente operacional e uma administrativa. Apesar de não pertencerem ao serviço, duas obstetras, um cirurgião e elementos estagiários de nutrição, de clínica geral, de obstetrícia, de endocrinologia, e de enfermagem desempenham aí funções alguns dias por semana.

Relativamente ao espaço físico de apoio às atividades desenvolvidas no serviço, este é composto por quatro gabinetes de consulta, uma sala de espera, uma sala de *stock* de material, uma sala para o hospital de dia e /ou consultas, uma sala de formação, um gabinete do diretor clínico e da unidade de nutrição, uma sala da administrativa, um gabinete da enfermeira chefe, uma copa, uma casa de banho e uma sala de tratamento, uma rouparia, uma zona de despejos, uma sala de arrecadação. Estes oito últimos espaços são comuns ao serviço de internamento de neurologia, situado no mesmo piso.

O horário praticado pelos enfermeiros é diurno, o número de horas é variável de dia para dia, perfazendo um total de quarenta horas semanais e ainda são realizados turnos ao fim de semana no serviço de internamento de neurologia, quando solicitado pela enfermeira chefe do serviço. A metodologia de trabalho utilizada é a do enfermeiro responsável, sendo utilizados os registos da CIPE /SAPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem / Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) em suporte informático inicialmente. Atualmente, o SAPE foi substituído pelo SClínico desde janeiro

de 2014, onde são realizados os referidos registos de enfermagem. Os utentes que recorrem ao serviço são provenientes do médico de família, de consultas externas e /ou de internamentos no hospital.

Os elementos que trabalham no serviço contribuem seja para a promoção do autocuidado da pessoa e a sua capacitação na gestão da doença, seja para a educação do prestador de cuidados, tendo como princípio o tratamento holístico.

1.3. Instrumentos de recolha de dados

De forma a efetuar este estudo foram elaborados dois formulários construídos para o efeito:

i) Formulário da pessoa com diabetes que inclui perguntas de natureza social, demográfica, clínica e educacional (relativamente ao conhecimento e prática de autocuidados relativos aos pés);

ii) Formulário do prestador de cuidados que inclui, tal como o formulário da pessoa com diabetes, questões de índole social, demográfica, clínica e educacional (relativamente ao conhecimento e prática de cuidados relativos aos pés na prestação de cuidados à pessoa com diabetes).

As questões dos formulários tiveram como base a Classificação de Graffar, a “escala de atividades de autocuidado com a diabetes”, versão traduzida e adaptada para Portugal por Bastos e colaboradores (2007) da escala *Summary of Diabetes Self Care Activities Measure* – SDSCA de Glasgow, Toobert e Hampson (2000), o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, as diretivas práticas sobre o tratamento e a prevenção do pé diabético, baseadas no consenso internacional sobre o pé diabético (2011) e o Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) de Garret (2004).

Trata-se de um formulário de respostas fechadas e abertas, de auto preenchimento e heteropreenchimento presencial, devido à baixa escolaridade e idade dos participantes antes da sessão da Educação para a Saúde (EPS). Um mês após a sessão de EPS, é reaplicado o formulário, mas somente de heteropreenchimento, pelo investigador, por telefone. No estudo, os dados são obtidos através da elaboração e aplicação de um

formulário, com o intuito de avaliar os conhecimentos e a prática de autocuidados a ter com os pés nas pessoas com diabetes (e prestadores de cuidados) e identificar os obstáculos individuais que condicionam a sua prática.

1.4. Tipo de estudo

O paradigma privilegiado da nossa investigação empírica é o quantitativo pois visa, sobretudo, explicar um fenómeno pela medida de variáveis e pela análise de dados numéricos, sendo o *design* da investigação quasi-experimental com pré-teste e pós-teste. Pretende-se, assim, avaliar o efeito de uma ação educativa (EPS) sobre os sujeitos da amostra, sendo a variável dependente o conhecimento dos diabéticos e prestadores de cuidados.

1.5. Amostra

A população alvo integra as pessoas com diabetes do tipo I e do tipo II (acompanhados ou não do prestador de cuidados) que frequentam a consulta externa de diabetologia do CHBV, E.P.E.

A amostra é constituída por diabéticos que recorreram à consulta de diabetologia do CHBV e que participaram numa sessão educativa sobre os cuidados a ter com os pés, bem como os prestadores de serviços que os acompanharam.

Pormenorizando, da população dos doentes frequentadores da consulta de diabetologia, obteve-se uma amostra não probabilística, de conveniência, que corresponde a todos os doentes observados na consulta pela primeira vez, ou em seguimento, durante o ano de 2013.

Como critério de inclusão definiu-se a obtenção de consentimento informado para a realização do formulário e a entrega do formulário preenchido na totalidade, quer pelos doentes, quer pelos prestadores de cuidados. Os formulários preenchidos de forma incorreta ou incompleta foram critérios de exclusão, assim como as pessoas mentalmente, psicológica ou linguisticamente incompetentes.

A amostra é, então, constituída por noventa e oito pessoas com diabetes *mellitus* e trinta e quatro prestadores de cuidados. Ao todo, a amostra é constituída por cento e trinta e duas pessoas.

1.6. Procedimentos e Métodos

No intuito de minimizar a possibilidade de equívocos e incompreensão de instruções, do sentido das questões e das modalidades das respostas, submeteu-se o formulário a um teste piloto. Foram dados, verbalmente e por escrito, todos os elementos (leitura do formulário, a identidade do investigador, a natureza do estudo) necessários e suscetíveis de tornar fiáveis os resultados.

Assim, o teste piloto realizou-se na sala de formação do serviço de endocrinologia do CHBV, EPE, com características e contexto semelhante ao do desenvolvimento da investigação (sala coletiva com a presença do investigador). A sala é constituída por uma mesa e várias cadeiras, um armário, um *datashow* e um computador.

O teste piloto do formulário foi aplicado a dez pessoas com diabetes *mellitus* e a quatro prestadores de cuidados, que não entraram no estudo, tendo sido utilizado o mesmo critério de seleção da amostra e teve uma duração de cerca de vinte e cinco a quarenta minutos.

Os formulários foram posteriormente tratados e analisados, não tendo havido necessidade de reformular o formulário inicial.

O formulário foi submetido à comissão de ética e retificado o texto do cabeçalho, a seu pedido, tendo, então, sido autorizada a sua aplicação.

Seguiu-se a aplicação dos formulários às pessoas com diabetes e prestador de cuidados, a recolha de dados no CHBV, E.P.E., mais concretamente no serviço Endocrinologia, Diabetes e Nutrição.

O formulário foi aplicado à pessoa com diabetes e prestador de cuidados antes de uma sessão de EPS no CHBV, EPE, e reaplicado, por telefone, um mês após a sessão. Os telefonemas foram realizados da casa da investigadora, utilizando o seu telefone pessoal para o efeito.

O tempo médio de preenchimento oscilou entre vinte e cinco a quarenta minutos. As sessões de EPS foram realizadas, utilizando o método expositivo-participativo, um *powerpoint* e, após o *terminus* da sessão, foi entregue um panfleto sobre os cuidados a ter com os pés, elaborado pela investigadora e autorizado pelo diretor clínico de endocrinologia, pela enfermeira chefe e pela administração do CHBV, fazendo parte de um projeto elaborado para o serviço, parado no momento.

Quanto às sessões de EPS, as três primeiras sessões foram agendadas no dia em que a pessoa com diabetes recorreu à consulta de diabetologia. Após a realização dessas três sessões educativas, onde participaram vinte e sete pessoas com diabetes e sete prestadores de cuidados, foi realizado um *rappel* telefónico com o objetivo de conhecer o motivo pelo qual algumas pessoas (nove) tinham faltado à sessão e se mostravam interesse numa remarcação, o que efetivamente aconteceu.

Para as dez sessões seguintes, procedeu-se a um *rappel* telefónico prévio de quatro dias antes das sessões. Foram agendadas cento e catorze pessoas com diabetes (setenta e seis pessoas participaram na sessão, trinta e sete faltaram, um ausentou-se, e ainda destas, noventa confirmaram a vinda à sessão, vinte e uma não confirmaram e três não atenderam o telefone, sete aceitaram remarcação de sessão, vinte e cinco recusaram remarcação, três estavam mal marcados, um desmarcou a sessão) e estiveram presentes vinte e nove prestadores de cuidados.

Um mês após a aplicação da sessão de EPS, procedeu-se à recolha de dados, por telefone a noventa e duas pessoas com diabetes *mellitus* (cinquenta e quatro homens e trinta e oito mulheres) e a trinta e um prestadores de cuidados (sete homens e vinte e quatro mulheres).

Após a recolha dos dados dos formulários, procedeu-se à sua análise e interpretação dos resultados. Para o tratamento dos dados utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel 2007*. Os resultados obtidos são apresentados com tabelas e gráficos, sem menção de fonte, dado que os resultados obtidos são oriundos desta investigação.

1.7. Questões éticas

Atendendo aos princípios éticos-legais e responsabilidades morais para com a sociedade, teve-se em conta a conjuntura legal, os códigos deontológicos das práticas, a cultura local e as normas éticas da instituição onde foram recolhidos os dados.

Deste modo, enviámos o pedido de autorização para a realização do estudo às comissões de ética da Universidade Católica do Porto e do hospital (onde decorreu o estudo), ao conselho de administração, ao representante do diretor clínico do serviço de endocrinologia, diabetes e nutrição (devido ao facto do diretor clínico se encontrar de baixa) e à enfermeira chefe do serviço de especialidades médicas. Todas as autorizações tiveram parecer favorável (Anexo III a VI).

Antes do agendamento das sessões de EPS e/ou recolha de dados, teve-se em conta se a pessoa apresentava os requisitos para fazer parte da amostra. Todos os participantes foram esclarecidos dos objetivos e da finalidade do estudo, bem como dos procedimentos a utilizar durante a investigação.

Foram informados do direito de autodeterminação e assegurando que a não participação no estudo não interferiria no acompanhamento normal nos serviços de saúde. Caso a pessoa manifestasse vontade em participar, era, então, cedido o formulário para preenchimento. A leitura do mesmo foi realizada em voz alta.

A todos os participantes voluntários foi assegurada a confidencialidade dos dados, o anonimato e a oportunidade de esclarecer quaisquer dúvidas.

2. Resultados

2.1. Introdução

Do trabalho prévio efetuado conclui-se que foram vários os motivos que levaram os inquiridos a faltar às sessões de educação para a saúde (EPS), a saber, entre outras: “esquecimento”, “impossibilidade pelo trabalho (senão vai para o desemprego),” muitas consultas no hospital”.

O estudo decorreu entre o final do primeiro trimestre e o final do terceiro trimestre do ano.

Em simultâneo, foi também efetuada uma avaliação do encaminhamento (para a sessão de EPS sobre os cuidados a ter com os pés e consulta de podologia) dos diabéticos que, de janeiro a junho de 2013, recorreram à consulta e aos quais foram observados os pés. De salientar que os serviços do CHBV se encontram em fase de transição da informação clínica em suporte de papel para suporte informático.

Assim, foram consultados 827 processos clínicos da consulta, tendo-se obtido os seguintes dados: 113 pessoas faltaram, quatro faleceram e 710 recorreram à consulta de diabetes durante o período referido. Das 710 pessoas com diabetes *mellitus* (336 mulheres e 374 homens), 626 pessoas tinham diabetes *mellitus* do tipo 2, cinquenta e uma pessoas tinham diabetes *mellitus* tipo 1, cinco tinham outro tipo de diabetes (LADA, MODY). Vinte e oito processos não tinham referência ao tipo de diabetes da pessoa.

Como tratamento para a diabetes *mellitus*, 401 pessoas tomavam antidiabéticos orais, 503 faziam insulinoaterapia, 224 recorriam a uma terapêutica mista e seis a outro tipo de tratamento como mudanças no estilo de vida, alimentação e exercício. Sete faziam o seu tratamento apenas com a alimentação, dois não faziam qualquer tratamento, uma pessoa recusou tratamento com insulina. Oito processos não tinham qualquer referência relativamente ao tipo de tratamento.

Ainda destas 710 pessoas que recorreram à consulta, foram observados os pés a 124 pessoas e a 550 pessoas não foram observados. Observados os pés, realizado o ensino sobre os cuidados a ter com os pés e após ter sido entregue panfleto a quinze pessoas no dia da consulta de diabetologia, verificou-se que, em dois processos clínicos, não foram encontrados registos, 71 pessoas foram encaminhadas para a sessão de educação para a saúde sobre os cuidados a ter com os pés e 57 pessoas foram encaminhadas para a consulta de podologia. A treze pessoas foram observados os pés, mas não há registo de encaminhamento para a sessão de EPS e também não há registo de encaminhamento para a consulta de podologia de vinte e oito pessoas a quem foram observados os pés.

Trinta e cinco pessoas recusaram ir à sessão de EPS sobre os cuidados a ter com os pés, 32 pessoas recusaram encaminhamento para a consulta de podologia e uma pessoa recusou a observação dos pés. Duas pessoas abandonaram a consulta.

Os motivos que levaram as pessoas a recusar a sessão de EPS e a consulta de podologia foram, entre outros: “falta de disponibilidade”, “deslocação dispendiosa”, “falta de transporte”, “já estive numa sessão no centro de saúde”, “está informado pelo centro de saúde”.

De notar que relativamente a esta observação dos pés e encaminhamento para a sessão de EPS e consulta de podologia no período de 2005-2012, obteve-se dos 827 processos clínicos consultados, os seguintes dados: foram observados os pés a 365 pessoas com diabetes *mellitus* na consulta de Diabetologia, 146 pessoas com diabetes *mellitus* estiveram numa sessão de EPS sobre os cuidados a ter com os pés, 152 pessoas foram a uma consulta de podologia e 16 pessoas recusaram a consulta de podologia pelos seguintes motivos principais: “não acha necessidade”, “falta de disponibilidade”, “motivos profissionais”, “dificuldade de deslocação”, “problemas familiares”.

2.2. Caracterização sociosanitária das pessoas com diabetes

Quanto à idade, 4,1% das pessoas com diabetes situavam-se abaixo dos 40 anos; 8,2% entre os 41-50 anos; 20,4% entre os 51-60 anos; 25,5% entre os 61-70 anos; 37,8% entre os 71-80 anos; 4,1% tinham mais de 81 anos.

Relativamente ao sexo, 56,1% dos inquiridos são do sexo masculino e 43,9% do sexo feminino.

O que se destaca em relação ao estado civil é o casamento ou união de facto (71,4%) e a viuvez (17,3%). 15,3% referiu o emprego doméstico e 10,2% o emprego fabril como a profissão que tiveram e que durou mais tempo. 51,0% teve de 1 a 4 anos de instrução e 17,3% de 5 a 6 anos. A maior parte dos inquiridos tem como fonte principal de rendimento a reforma (64,3%) e vive em casa ou apartamento modesto, com água, luz e saneamento (65,3%), com mais de 20 anos (73,5%).

À pergunta ‘Há quanto tempo tem Diabetes?’, 25,5% dos inquiridos respondeu de 6 a 10 anos; 21,4%, de 11 a 15 anos e 15,3%, de 16 a 20 anos.

54,1% das pessoas com diabetes afirma ter diabetes tipo 2, embora uma grande percentagem responda que não sabe (42,9%).

2.3. Questionários à pessoa com diabetes

Analisando os questionários, verificamos que 74,5% das pessoas têm atenção com a alimentação, 64,3% pratica exercício físico, 67,4% toma insulina e 65,3% toma comprimidos (Tabela 1).

Tabela 1- Tratamento para a Diabetes

Tratamento para a Diabetes	
Alimentação	74,5
Exercício físico	64,3
Insulina	67,4
Comprimidos	65,3
Outros / Não especificou	6,3

Quando questionados se já receberam formação com um educador de diabetes, a totalidade dos inquiridos respondeu afirmativamente no pós teste, o que foi muito positivo uma vez que antes da nossa intervenção só 84,7% tinham beneficiado dessa formação (Tabela 2). Quanto à informação feita com um nutricionista, apesar de ter aumentado o número de pessoas com diabetes que beneficiaram dessa formação, ainda 14,1% não haviam tido formação (Tabela 3).

Tabela 2 - Informação/formação com um educador de Diabetes

Já teve informação/formação com um educador de Diabetes?	Pré (%)	Pós (%)
Sim	84,7	100,0
Não	15,3	0,0

Tabela 3 - Informação/formação com um nutricionista

Já teve informação/formação com um nutricionista?	Pré (%)	Pós (%)
Sim	79,6	85,9
Não	20,4	14,1

15,8% dos inquiridos têm, além da diabetes, depressão; 13,2% apresentam insuficiência cardíaca; 13,2% têm hipertensão arterial e 10,5% retinopatia. Outras doenças são focadas mas em percentagens menos relevantes e 20,4% não tem outras doenças (Tabela 4).

Tabela 4 - Outras doenças

Outras doenças	Pré (%)	Pós (%)
s/ doenças (s/ resposta)	20,4	14,5
Depressão	15,8	10,7
Insuficiência Cardíaca	13,2	10,7
Hipertensão arterial	13,2	13,0
Retinopatia	10,5	9,2
Enfarte agudo do miocárdio	7,0	6,1
Acidente vascular cerebral	7,0	4,6
Nefropatia	7,0	6,9
Arritmia	4,4	3,1
Doença coronária	3,5	3,8
Neuropatia	3,5	0,8
Outras	18,4	16,8

Comparando o pré teste e o pós teste, verifica-se que a maior alteração verificada foi na pele seca, diminuindo esta alteração nos pés de 23,7% para 16,5% das pessoas com diabetes e na falta de sensibilidade que diminui de 8,6% para 6,7%. As deformidades/calosidades e as feridas nos pés também diminuiram. Todavia, as dores tipo queimadura, as alterações das unhas e o formigueiro sofreram um pequeno aumento. De salientar as feridas no pé já cicatrizadas que também aumentaram bem como o número de pessoas com diabetes sem alterações (Tabela 5).

Tabela 5 – Alterações nos pés

Alterações nos pés	Pré (%)	Pós (%)
Pele seca	23,7	16,5
Formigueiro	17,2	18,3
Alterações das unhas	12,4	13,4
Pés sempre frios	10,2	10,4
Falta de sensibilidade	8,6	6,7
Deformidades/calosidades	8,1	7,3
Ferida no pé	2,7	1,2
Ferida no pé já cicatrizada	2,7	5,5
Dor tipo queimadura	1,6	4,3
Outras	2,2	3,7
S/ alterações (s/ resposta)	10,8	14,0

Relativamente ao tipo de sapatos utilizados, verificou-se uma melhoria nos aspetos essenciais: Os pacientes, depois da sessão educativa, passaram a usar mais sapatos de biqueira larga (14,3%), sapatos adaptados aos pés (11,9%), sapatos de pele genuína (8,2%) e sapatos de biqueira alta (6,1%).

É bastante relevante a descida do uso de sapatos pontiagudos e de sapatos ou botas com salto, de sapatos ajustados aos pés, sem folgas, bem como de sapatos de pele sintética (Tabela 6).

Tabela 6 - Tipo de sapatos usados

Tipo de sapatos usados	Pré (%)	Pós (%)
Sapatos de biqueira larga (redonda)	14,0	14,3
Sapatos com sola de borracha	13,7	13,2
Sapatos adaptados aos pés, com alguma folga	10,3	11,9
Sandálias ou chinelos de dedo no verão	10,1	7,2
Sapatos de pele sintética	8,4	7,1
Sapatos com atacadores ou tiras de velcro	8,4	10,8
Sapatos ajustados aos pés, sem folgas	5,6	2,8
Sapatos de pele genuína	5,6	8,2
Sapatos de biqueira baixa	5,3	8,0
Sapatos com sola de couro	4,2	3,2
Sabrinhas, sapatos muito flexíveis	2,8	2,0
Sapatos de biqueira alta	2,5	6,1
Sapatos pontiagudos	2,0	0,9
Sapatos ou botas com salto	1,4	0,6
Sapatos ortopédicos	0,8	0,2
Sapatos com palmilha personalizada	0,8	0,6
Sapatos semi-ortopédicos	0,6	0,4
Sapatilhas	0,6	1,9
Outros	2,9	3,3

Quanto às meias usadas, é notória a descida do uso de meias de fibras sintéticas (de 18,8% para 10,9%) e com elásticos e costuras (de 25,3% para 10,3%) e o aumento do uso das meias de algodão ou lã e sem elásticos e costuras (Tabela 7).

Tabela 7 - Meias usadas

Meias usadas	Pré (%)	Pós (%)
Meias de fibra sintética	18,8	10,9
Meias com elásticos e costuras	25,3	10,3
Meias de algodão ou lã	31,8	39,1
Meias sem elásticos e costuras	22,7	39,7
S/resposta (não usa meias)	1,3	0

No que diz respeito ao formato dado às unhas dos pés, verifica-se uma grande descida da forma arredondada (de 60,2% para 34,8%) e um grande aumento (de 33,7% para 60,9%) da forma reta/quadrada (Tabela 8).

Tabela 8 - Formato dado às unhas dos pés

Formato dado às unhas dos pés	Pré (%)	Pós (%)
Arredondado	60,2	34,8
Reto/quadrado	33,7	60,9
Irregular	6,1	4,3

Também no tipo de material utilizado para arranjar as unhas, houve um grande decréscimo no uso do corta-unhas (de 40% para 25,7%) e um aumento no uso da lima de cartão (de 20% para 36,8%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Material usado para arranjar as unhas

Material usado para arranjar as unhas	Pré (%)	Pós (%)
Corta-unhas	40,0	25,7
Lima de cartão	20,0	36,8
Alicate	15,9	16,9
Tesoura de bico redondo	11,0	8,1
Tesoura de bico pontiagudo	8,3	7,4
Lima de metal	4,8	4,4
Canivete/navalha	0,0	0,7

Se analisarmos a tabela referente aos cuidados com os pés, nos últimos sete dias, verifica-se que existe um aumento importante do número de pessoas com diabetes que examinou os pés todos os dias (de 57,1% para 72,8 %), mas curiosamente diminuíram os cuidados específicos com os pés, na generalidade. Relativamente às meias e aos sapatos, houve uma melhoria da adequação dos mesmos (Tabela 10).

Tabela 10 - Cuidados com os pés durante os últimos sete dias

Cuidados com os pés nos últimos sete dias	Pré (%) - N.º de dias							Pós (%) - N.º de dias								
	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
Exame dos pés	8,2	5,1	4,1	18,4	4,1	2,0	1,0	57,1	3,3	0,0	5,4	6,5	9,8	2,2	0,0	72,8
Lavagem dos pés	0,0	0,0	3,1	4,1	2,0	0,0	1,0	89,8	0,0	0,0	0,0	3,3	5,4	3,3	2,2	85,9
Secagem dos espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar	3,1	1,0	2,0	6,1	2,0	0,0	1,0	84,7	3,3	0,0	1,1	7,6	4,3	3,3	1,1	79,3
Testagem prévia da temperatura da água antes de lavar os pés	21,4	1,0	4,1	7,1	1,0	0,0	0,0	65,3	19,6	1,1	0,0	4,3	7,6	2,2	1,1	64,1
Aplicação de creme hidratante nos pés	32,7	5,1	10,2	11,2	7,1	3,1	2,0	28,6	32,6	4,3	9,8	14,1	8,7	2,2	2,2	26,1
Uso do tipo de meias recomendadas	41,8	3,1	3,1	5,1	7,1	0,0	2,0	37,8	33,7	2,2	3,3	2,2	4,3	2,2	2,2	50,0
Uso do tipo de sapatos recomendados	43,9	2,0	3,1	4,1	1,0	4,1	3,1	38,8	41,3	2,2	3,3	6,5	2,2	3,3	2,2	39,1

Os resultados do pós teste da Tabela 11 apontam para a existência de grande parte das pessoas com diabetes ter recebido efetivamente informações sobre os assuntos relevantes relacionados com os pés, havendo só percentagens irrelevantes em alguns itens que afirmaram que não receberam informação, o que mostra a importância da sessão educativa.

Tabela 11 - Informação recebida sobre os cuidados com os pés no último ano

Informações recebidas, no último ano, de profissionais de saúde sobre	Pré (%)		Pós (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Alterações da sensibilidade dos pés	57,1	42,9	97,8	2,2
Observação diária dos pés	57,1	42,9	100	0,0
Higiene diária dos pés (lavar, secar)	74,5	25,5	100	0,0
Verificação da temperatura da água para lavar os pés	45,9	54,1	95,7	4,3
Hidratação do pé	51,0	49,0	97,8	2,2
Tratamento das calosidades	25,5	74,5	89,1	10,9
Arranjo das unhas	62,2	37,8	100	0,0
Adequação dos sapatos e das meias	52,0	48,0	100	0,0

Os dados revelados pela tabela anterior são corroborados pelos da Tabela 12 uma vez que a maior parte dos inquiridos afirma estar devidamente informado acerca da observação regular dos pés, da manutenção da higiene dos pés, da escolha do calçado e meias adequados, do modo de arranjar as unhas, da manutenção da pele hidratada dos pés, da verificação da temperatura da água antes de lavar os pés, de quem deve tratar as calosidades e do sítio onde se dirigir quando tem problemas nos pés.

Tabela 12 – Informação

Considera-se devidamente informado sobre	Pré (%)			Pós (%)		
	Sim	Não	Mais ou menos	Sim	Não	Mais ou menos
Observação regular dos pés	54,1	16,3	29,6	84,8	0,0	15,2
Manutenção da higiene dos pés (lavar e secar)	88,8	3,1	8,2	96,7	0,0	3,3
Escolha do calçado adequado	57,1	19,4	23,5	94,6	0,0	5,4
Escolha de meias adequadas	60,2	27,6	12,2	92,4	0,0	7,6
Modo de arranjar as unhas	61,2	16,3	22,4	94,6	0,0	5,4
Manutenção da pele hidratada dos pés	53,1	28,6	18,4	90,2	0,0	9,8
Verificação da temperatura da água antes de lavar os pés	55,1	32,7	12,2	90,2	1,1	8,7
Quem deve tratar as calosidades	29,6	54,1	16,3	80,4	5,4	14,1
Onde se dirigir quando tem problemas nos pés	44,9	37,8	17,3	80,4	4,3	15,2

Relativamente às dificuldades sentidas ao cuidar dos pés, verifica-se que, enquanto no pré teste algumas pessoas (16,3%) não consideravam importante o cuidar dos pés, no pós teste, já nenhum inquirido pensava assim. Antes da sessão educativa, 31,6% não sabia como cuidar dos pés, 19,4% não gostava e 26,5% não conseguia fazer sozinho e não tinha quem lhe fizesse; depois da sessão educativa, para as mesmas questões, as diferenças foram relevantes, a saber, respetivamente, 3,3%, 3,3% e 15,2% (Tabela 13).

Tabela 13 - Dificuldades sentidas ao cuidar dos seus pés

Dificuldades que sente no cuidar dos seus pés	Pré (%)		Pós (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Não consigo ver bem os pés	32,7	67,3	35,9	64,1
Não consigo alcançar os meus pés	32,7	67,3	31,5	68,5
O tratamento é muito caro	51,0	49,0	53,3	46,7
Não acho importante	16,3	83,7	0,0	100
Não sei como fazer	31,6	68,4	3,3	96,7
Não gosto	19,4	80,6	3,3	96,7
Não consigo fazer sozinho e não tenho quem me faça	26,5	73,5	15,2	84,8

Finalmente, se no início do estudo já quase todos os inquiridos davam importância à realização de sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés, no final, foi unânime essa opinião (Tabela 14). De salientar que no pré teste, só 14,3% dos inquiridos afirmaram terem recebido informação escrita sobre como cuidar dos pés; depois da sessão de EPS e distribuição do folheto informativo-formativo, só 4,3% respondeu não ter recebido. 95,7% afirmou ter recebido, o que é mais um efeito positivo do nosso trabalho.

Tabela 14 - Importância da realização de sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés

Importância da realização de sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés?	Pré (%)	Pós (%)
Sim	99,0	100,0
Não	1,0	0,0

2.4. Caracterização sociosanitária dos prestadores de cuidados

A maior parte dos prestadores de cuidados pertence ao sexo feminino (79,4%). Só 20,6% dos inquiridos são homens. Quanto à idade, 23,5% dos prestadores tem abaixo de quarenta anos, 23,5% entre 41 e 50 anos, 32,4% entre 51 e 60, 17,6% entre 61 e 70. 2,9% tem acima de 71 anos.

Relativamente ao estado civil, 70,6% dos prestadores são casados ou encontram-se em união de facto, 14,7% são solteiros, 11,8% são separados e só 2,9% são viúvos.

44,1% dos prestadores são filhos das pessoas com diabetes, 32,4% são cônjuges. Outras percentagens menos relevantes referem-se a outros graus de parentesco: netos (8,8%), genros/noras (5,9%), vizinhos/amigos (2,9%), sobrinhos (2,9%), companheiros (2,9%).

No que diz respeito ao nível de instrução, as percentagens que se destacam são 29,4% (1 a 4 anos), 23,5% (10 a 12 anos), 17,6% (5 a 6 anos), 14,7% (mais de 13 anos), 11,8% (7 a 9 anos), 2,9% (sem instrução).

50% dos inquiridos são ativos ao nível de emprego, 29,4% não são ativos, 17,6% são reformados e 2,9% são inválidos. 41,2% da população diz que ajudam a cuidar das pessoas com diabetes entre os 70 e os 79 anos, 29,4% diz que cuida de pessoas entre 60 e 69 anos, 14,7% afirma que as pessoas de quem cuidam se situam entre os 50 e os 59 anos, 8,8% refere a idade de 80 a 89 e finalmente e 5,9% diz terem menos de 49 anos as pessoas de quem cuida.

52,9% dos prestadores de cuidados sustentam que o grau de incapacidade da pessoa que cuidam é moderada, 32,4% diz que é independente, 11,8% afirma ser grave e 2,9% diz ser totalmente dependente. 67,6% dos prestadores vive com a pessoa com diabetes que ajuda a cuidar e 32,4% não vive.

63,6 % destes prestadores (os que não vivem com as pessoas com diabetes) vivem perto dos doentes (sensivelmente até 1 km), 18,2% vivem a uma distância de 6 a 10 km, 9,1% vive entre 2 e 5 Km e outros 9,1% entre 11 e 20 km.

50% dos inquiridos é prestador de cuidados há mais de 7 anos, 26,5% há menos de um ano, 17,6% entre 1 a 3 anos e 5,9% entre 4 e 6 anos.

2.5. Questionários aos prestadores de cuidados

Analisando os resultados dos testes depois da sessão educativa, relativamente às horas dedicadas por dia à prestação de cuidados à pessoa com diabetes pelos prestadores, verificamos que os inquiridos dedicam mais horas (inferiores a 12h a essa prestação de cuidados e superiores a 2h) do que antes da sessão educativa (Tabela 15).

Tabela 15 - Horas dedicadas por dia à prestação de cuidados à pessoa com diabetes

Horas dedicadas por dia à prestação de cuidados à pessoa com Diabetes	Pré (%)	Pós (%)
Menos do que 2 horas	52,9	45,2
De 2 a 6 horas	26,5	32,3
De 7 a 11 horas	5,9	9,7
Mais do que 12 horas	14,7	12,9

No que concerne ao tipo de cuidados prestados à pessoa com diabetes, realçamos a subida na ajuda da toma dos comprimidos e no cuidar dos pés, bem como no cuidar das unhas. No geral, a ajuda nos cuidados de higiene diminuiu (Tabela 16).

Tabela 16 - Tipo de cuidados prestados à pessoa com diabetes

Tipo de cuidados prestados à pessoa com diabetes	Pré (%)	Pós (%)
Ajuda nos cuidados de higiene	10,9	7,3
Auxílio na alimentação	13,5	13,9
Ajuda na toma dos comprimidos	5,8	7,3
Medir (no dedo) o nível de açúcar	7,1	6,6
Cuidar dos pés	10,9	11,9
Cuidar de feridas	5,8	5,3
Ajuda no caminhar, movimentos...	6,4	6,6
Mudanças (cama/cadeira/sofá...)	2,6	3,3
Ajuda a dar a injeção de insulina	3,8	4,0
Cuidar das unhas	10,3	10,6
Acompanhar às consultas	21,8	20,5
Outras	1,1	2,7

Quanto aos motivos para ser prestador de cuidados, verificou-se, entre o pré teste e o pós teste, uma mudança de atitude e postura dos inquiridos perante este serviço, ou pelo menos, uma maior consciência desta tarefa: assim no início, 7,5 % reconhecia afetivamente o seu trabalho e depois da sessão educativa, esse número subiu para 10 %; 24,7% dos inquiridos dizia que exercia esta tarefa por gosto, antes do estudo, subindo para 28,9%, depois; 21,5% dizia sentir-se bem a realizar esta função, antes, e depois foram 23,3%. Por seu lado, verificamos que o número de inquiridos que assinalou o item ‘por obrigação / dever’ baixou bastante depois do estudo (Tabela 17).

Tabela 17 - Motivos para ser prestador de cuidados

Motivos para ser prestador de cuidados	Pré (%)	Pós (%)
Reconhecimento do seu trabalho afetivamente	7,5	10,0
Reconhecimento do seu trabalho financeiramente	0,0	2,2
Sentir carinho	24,7	18,9
Sentir-se bem pelo que faz	21,5	23,3
Não conseguir colocar a pessoa num lar	3,2	4,4
O familiar contribui monetariamente para as despesas	6,5	5,6
Por obrigação / dever	11,8	6,7
Por vontade própria / gosto	24,7	28,9

Depois do estudo, os prestadores de cuidados consideram que as implicações com maior relevância na sua vida pessoal são a vida social prejudicada, o cansaço físico e o sentir-se preso, enquanto, no início, salientavam essencialmente o ter pouco tempo para si e os planos alterados (Tabela 18).

Em termos de implicações emocionais (Tabela 19), verifica-se uma grande descida entre o pré-teste e o pós-teste no cansaço psicológico (de 40,5% para 26,2%). Todavia, os sentimentos de revolta (de 2,7% para 9,5%) e de depressão (de 5,4% para 16,7%) aumentaram consideravelmente.

Tabela 18 - Implicações na vida pessoal por ser prestador de cuidados

Implicações na vida pessoal por ser prestador de cuidados	Pré (%)	Pós (%)
Vida familiar prejudicada	7,8	4,5
Vida social prejudicada	5,9	9,1
Planos alterados	21,6	19,7
Ter pouco tempo para si	17,6	9,1
Agravamento da saúde	5,9	7,6
Grande esforço físico (cansaço físico)	9,8	15,2
Sentir-se preso	5,9	9,1
Dificuldades económicas	7,8	7,6
Não respondeu	17,6	18,2

Tabela 19 - Implicações emocionais na vida pessoal por ser prestador de cuidados

Implicações emocionais na vida pessoal por ser prestador de cuidados	Pré (%)	Pós (%)
Vontade de fugir da situação em que se encontra	0,0	2,4
Sentir-se cansada(o) psicologicamente	40,5	26,2
Sentir-se revoltada (o)	2,7	9,5
Sentir falta de autoestima	8,1	7,1
Sentir-se deprimida(o)	5,4	16,7
Não respondeu	43,2	38,1

Depois da sessão de educação para a saúde, 100% dos prestadores confirmaram que já tinham recebido educação sobre diabetes, sendo que 77,4% afirmaram ter recebido no hospital em percentagens inferiores noutras locais: centro de saúde – 16,2%; SAP – 3,2%; lar de idosos – 3,2% (Tabela 20).

No que concerne a educação com um nutricionista (Tabela 21), no fim do estudo, houve um grande aumento na percentagem de prestadores que diz ter recebido educação com um nutricionista (de 50% para 74,2%)

Tabela 20 - Educação sobre diabetes e onde

Educação sobre diabetes e onde	Pré (%)	Pós (%)
Sim	61,8	100
Não	38,2	
Hospital	85,7	77,4
Centro de saúde	4,8	16,2
Serviço de Atendimento Permanente (SAP)	4,8	3,2
Lar de idosos	4,8	3,2

Tabela 21 – Educação com um nutricionista e onde

Educação com um nutricionista	Pré (%)	Pós (%)
Sim	50,0	74,2
Não	50,0	25,8
Hospital	88,2	87,0
Centro de saúde	5,9	8,7
Clínica privada	5,9	4,3

A Tabela 22 confirma o aumento de informação, nomeadamente no que concerne a definição de diabetes. Assim, depois do estudo, 74,2% dos prestadores afirma saber o que é a diabetes e somente 25,8% desconhece. Na mesma linha de pensamento, 87,1% dos inquiridos assume conhecer as implicações da diabetes e só 12,9% desconhece (Tabela 23).

Tabela 22 - Conhecimento do que é a Diabetes Mellitus

Conhecimento do que é a Diabetes Mellitus	Pré (%)	Pós (%)
Sim	20,6	74,2
Não	79,4	25,8

Tabela 23 - Conhecimento das complicações da *Diabetes Mellitus*

Conhecimento das complicações da <i>Diabetes Mellitus</i> se houver um mau controlo	Pré (%)	Pós (%)
Sim	26,5%	87,1
Não	73,5%	12,9

A maior parte dos inquiridos (96,8%) sabe quais os cuidados a ter com os pés da pessoa com diabetes para evitar o aparecimento de eventuais lesões. Só uma pequena parte (3,2%) não sabe (Tabela 24).

Tabela 24 - Conhecimento dos cuidados a ter com os pés da pessoa com Diabetes para prevenir o aparecimento de eventuais lesões

Conhecimento dos cuidados a ter com os pés da pessoa com Diabetes para prevenir o aparecimento de eventuais lesões	Pré (%)	Pós (%)
Sim	70,6	96,8
Não	29,4	3,2

No geral, os prestadores tiveram uma melhor prestação na escolha das frases corretas sobre cuidados com os pés da pessoa com diabetes, salientando-se o saber como são causadas as úlceras, como não se deve tratar dos calos, e como não se deve aquecer os pés. Em relação ao corte das unhas, ao tipo de meias e ao tipo de sapatos, houve também um aumento na percentagem de respostas certas (Tabela 25).

Tabela 25 - Identificação das frases corretas sobre cuidados com os pés da pessoa com Diabetes

Identificação das frases corretas sobre cuidados com os pés da pessoa com Diabetes	Pré (%)	Pós (%)
Uma úlcera no pé é uma lesão causada por pressão	4,6	11,7
Os pés devem ser lavados e examinados diariamente	16,3	14,5
A aplicação de creme hidratante nos pés e pernas deve ser diária	13,3	14,5
As unhas devem ser cortadas em redondo	7,1	2,8
As meias devem ser de lã ou algodão, sem elásticos e costuras	13,8	14,5
Os sapatos devem ser confortáveis, de biqueira alta e larga	12,2	13,6
Para tratar os calos, deve cortá-los ou aplicar calicidas	2,0	0,9
Para aquecer os pés, deve pôr um saco de água quente	2,6	0,5
A pessoa deve afastar-se de fontes de calor para evitar queimaduras	10,7	12,6
Sempre que o doente tiver problemas com os pés, deve ir ter com um profissional de saúde	14,8	14,5

A totalidade dos prestadores assume ter recebido informações por um profissional de saúde sobre os cuidados a ter com os pés da pessoa com diabetes no último ano, no hospital, acerca das alterações da sensibilidade dos pés, da observação diária dos pés, da higiene diária dos pés (lavar e secar), da verificação da temperatura da água para lavar os pés, da hidratação dos pés, do arranjo das unhas e da adequação dos sapatos e das meias (Tabela 26).

Tabela 26 - Informações sobre os cuidados a ter com os pés da pessoa com Diabetes no último ano

Informações sobre os cuidados a ter com os pés da pessoa com Diabetes no último ano, por um profissional de saúde	Pré (%)	Pós (%)
Sim	41,2	100,0
Não	58,8	0,0
Onde?		
Centro de Saúde	42,8	0,0
Hospital	57,1	100,0
Acerca de que aspetos?		
Alterações da sensibilidade dos pés	7,9	100,0
Observação diária dos pés	15,8	100,0
Higiene diária dos pés (lavar e secar)	18,4	100,0
Verificação da temperatura da água para lavar os pés	7,9	100,0
Hidratação dos pés	11,8	100,0
Tratamento das calosidades	6,6	93,5
Arranjo das unhas	15,8	100,0
Adequação dos sapatos e das meias	15,8	100,0

Para finalizar, também a totalidade dos inquiridos dá importância à realização de sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés das pessoas que acompanha (Tabela 27).

Tabela 27 - Importância dada à realização de sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés das pessoas que acompanha?

Importância dada à realização de sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés das pessoas que acompanha?	Pré (%)	Pós (%)
Sim	97,1	100,0
Não	2,9	0,0

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

As conclusões do nosso estudo vão de encontro às de vários estudos que comprovam que a abordagem centrada no empowerment (baseada na autodeterminação e autonomia apoiada) conduz a cuidados efetivos e à autogestão da doença, onde o conhecimento é essencial para o autocuidado na diabetes (Vileikyte, 2004; Funnell et al., 2007). Logo, a EPS é vital para o auto e heterocuidado da pessoa com diabetes e, consequentemente, tanto para a sua qualidade de vida (Weiler e Tirrell, 2007) como, em âmbito mais alargado, para a qualidade dos serviços de saúde em Portugal (aliança eficaz entre capital social e capital económico).

No final do nosso estudo, verificámos que as sessões de EPS tiveram resultado positivo tanto na autoeducação das pessoas com diabetes como na heteroeducação (prestadores de cuidados) no que concerne essencialmente aos cuidados com os pés, aferido pela monitorização dos conhecimentos e pela sua aplicação quotidiana, comportamentos, atitudes e importância atribuída aos cuidados com os pés da pessoa com diabetes (antes e depois de sessões educativas), como ilustrou a análise em tabelas dos formulários.

Neste sentido, depois da sessão educativa, relativamente às pessoas com diabetes, os resultados indicam uma melhoria nos aspetos essenciais da educação terapêutica relativamente ao tipo de sapatos utilizados, ao tipo de meias usado, ao formato dado às unhas dos pés e ao tipo de material utilizado para arranjar as unhas.

A maior parte dos inquiridos afirma estar devidamente informada acerca da observação regular dos pés, da manutenção da higiene dos pés, da escolha do calçado e meias adequados, do modo de arranjar as unhas, da manutenção da pele hidratada dos pés, da verificação da temperatura da água antes de lavar os pés, de quem deve tratar as calosidades e do sítio aonde se dirigir quando tem problemas nos pés

Relativamente às dificuldades sentidas ao cuidar dos pés, verifica-se que, enquanto no pré teste algumas pessoas (16,3%) não consideravam importante o cuidar dos pés, no pós teste, já nenhum inquirido pensava assim. Antes da sessão educativa, 31,6% não sabia como cuidar dos pés, 19,4% não gostava e 26,5% não o conseguia fazer

sozinho e não tinha quem lhe fizesse; depois da sessão educativa, para as mesmas questões, as diferenças foram relevantes, a saber, respetivamente, 3,3%, 3,3% e 15,2%.

Como verificado as deformidades/calosidades e as feridas nos pés diminuíram mas as dores tipo queimadura, as alterações das unhas e o formigueiro sofreram um pequeno aumento. Poder-se-á supor que tal se deva ao maior cuidado e atenção dispensados, bem como ao aumento da sensibilidade resultante percecionada.

Finalmente, se no início do estudo nem todos os inquiridos davam importância à realização de sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés, no final, foi unânime o reforço dado à importância das mesmas.

Quanto aos prestadores de cuidados, analisando os resultados dos testes depois da sessão educativa, relativamente às horas dedicadas por dia à prestação de cuidados à pessoa com diabetes pelos prestadores, verificámos que os inquiridos dedicam mais horas (inferiores a 12h a essa prestação de cuidados e superiores a 2h) do que antes da sessão educativa.

Relativamente aos motivos para ser prestador de cuidados, verificou-se, entre o pré teste e o pós teste, uma mudança de atitude e postura dos inquiridos perante este serviço, ou pelo menos, uma maior consciência desta tarefa, no reconhecimento afetivo do seu trabalho e na realização dessa tarefa por gosto. Verificámos que o número de inquiridos que assinalou o item 'por obrigação / dever' baixou bastante depois do estudo. Confirmámos o aumento de informação, nomeadamente no que concerne a definição de diabetes e as suas implicações.

A maior parte dos inquiridos (96,8%) sabe quais os cuidados a ter com os pés da pessoa com diabetes para evitar o aparecimento de eventuais lesões. No geral, os prestadores tiveram uma melhor prestação na escolha das frases corretas sobre cuidados com os pés da pessoa com diabetes, salientando-se o saber como são causadas as úlceras, como não se deve tratar dos calos, e como não se deve aquecer os pés. Em relação ao corte das unhas, ao tipo de meias e ao tipo de sapatos, houve também um aumento na percentagem de respostas certas.

Para finalizar, também a totalidade dos inquiridos dá importância à realização de sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés para a pessoa que acompanha.

Em termos de implicações emocionais, verifica-se uma grande descida no cansaço psicológico (de 40,5% para 26,2%). Todavia, os sentimentos de revolta (de 2,7% para

9,5%) e de depressão (de 5,4% para 16,7%) aumentaram. Poder-se-á questionar: estes resultados dever-se-ão a alguma ambivalência interpretativa das perguntas (cansaço psicológico / depressão), a um aumento da responsabilidade pelos conhecimentos transmitidos face às capacidades pessoais, no que concerne os sentimentos de revolta, ou a alguma intercorrência associada ao tempo e circunstâncias do estudo?

Atendendo aos resultados apresentados, as nossas duas hipóteses do estudo foram, então, confirmadas; a saber: i) As sessões educativas têm resultado positivo na autoeducação dos diabéticos, no que concerne essencialmente ao pé diabético; ii) As sessões educativas têm resultado positivo na heteroeducação (pelos prestadores de cuidados) dos diabéticos, no que diz respeito ao pé diabético.

Para os resultados do nosso estudo, em muito contribuiu a realização do reforço (rappel) telefónico efetuado, indo assim o nosso estudo de encontro a outros, como o de MacLean e colaboradores (2012) que verificaram, num estudo realizado, que a estratégia de *telephone coaching* é um método eficaz e de baixo valor para melhorar a autogestão de diabetes entre os habitantes rurais com diabetes.

Efetivamente, o *rappel* telefónico verificou-se uma mais-valia para o estudo. Na verdade, a taxa de sucesso do primeiro *rappel* (para as três primeiras sessões) foi de 100%, sendo que as nove pessoas que faltaram à sessão, vieram após o *rappel*.

Nas dez sessões seguintes, a taxa de sucesso do *rappel* (realizado quatro dias antes da sessão de EPS) foi de 69,4%. Deste modo, realizaram-se 111 telefonemas com sucesso (3 não atenderam). Das 111 pessoas contactadas, 77 compareceram. De realçar ainda que desses 111 telefonemas feitos, 7 pessoas remarcaram o que dá uma taxa de sucesso acrescida (aos 69,4%) de 6,3%.

Constatamos que a estratégia do *rappel* telefónico, ou *telephone coaching*, associada ao *empowerment* é um método eficaz e de baixo custo para melhorar a autogestão na prevenção e tratamento da diabetes e do pé diabético, contribuindo também para a sustentabilidade do SNS. Os resultados são promissores e podem representar um indício do caminho a seguir nesta área.

Neste sentido, ultrapassando a tríade terapêutica (regime alimentar, exercício físico, medicação oral e/ou insulina), pretendemos focar a atenção no controlo, na educação da pessoa com diabetes e no reforçar da importância do prestador de cuidados, no que diz respeito essencialmente ao pé diabético, de modo a melhorar a sua qualidade de vida. É neste âmbito que consideramos a nossa investigação uma modesta contribuição para essa qualidade.

Todavia, consideramos que ainda há muito a fazer para, neste preciso âmbito, conseguirmos a sustentabilidade do SNS, se atendermos ao estudo complementar que fizemos. Assim, obteve-se dos processos clínicos consultados (827), do período de 2005 a 2012, os seguintes dados: foram observados os pés a 365 pessoas com diabetes mellitus na consulta de Diabetologia: 146 pessoas com diabetes mellitus estiveram numa sessão de EPS sobre os cuidados a ter com os pés; 152 pessoas foram a uma consulta de podologia (16 pessoas recusaram a consulta de podologia pelos seguintes motivos principais: “não acha necessidade”, “falta de disponibilidade”, “motivos profissionais”, “dificuldade de deslocação”, “problemas familiares”).

Na verdade, apesar das limitações do nosso estudo (a amostra ainda reduzida, por exemplo), ele constitui mais um contributo para o desenvolvimento de conhecimentos nesta área, (auto e hetero)educação do pé diabético em Portugal, estando de acordo com as linhas de orientação do Conselho Europeu (2012) sobre a tónica na “prevenção, diagnóstico, gestão, educação e investigação no domínio da Diabetes”, e sensibilizando para a sustentabilidade do sistema nacional de saúde.

Concluimos, realçando que os resultados obtidos neste estudo podem inspirar novas investigações, nomeadamente a replicação do trabalho em outras populações de diabéticos e prestadores de cuidados, tendo sempre em atenção a justificação referida por Ferreira (2012, p. 2): “Porque a gestão de qualquer doença crónica requer a participação dos doentes, é necessário monitorizar o seu impacto, principalmente nas funções psicossociais e de comportamento. Assim é necessário juntar todos os esforços no sentido de colaborar na determinação dos ganhos em saúde obtidos com os tratamentos e sob a perspectiva do cidadão.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association, (2010). Standards of medical care in diabetes - 2010. *Diabetes Care*, 33(1), 11-61. Consultado em http://care.diabetesjournals.org/content/33/Supplement_1/S11.full em 11 de dezembro de 2013.
- American Diabetes Association (2013). Standards of Medical Care in Diabetes—2013. *Diabetes Care*, January 2013, vol. 36, Supplement 1 S11-S66. Consultado em http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11.full em 12 de setembro de 2014.
- Assal, J.P. (2010). *Guia do cidadão na doença crónica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Boavida, J. M., Fragoso de Almeida, J. P., Massano Cardoso, S., Sequeira Duarte, J., Duarte, R., Ferreira, H., et al. (2014). *Diabetes: factos e números. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Portugal*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Bus SA (2008). Foot structure and foot wear prescription in diabetes mellitus. *Diabetes Metab res rev.* 24(1): 90-95.
- Carvalho, A. e Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lusociência.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2011). *Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento*.
- Fábio, S. (2009). *Os enfermeiros e o empowerment em saúde*. Consultado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx> em 3 de janeiro de 2013.
- Funnell, Martha Mitchell; Tang, Tricia S.; Anderson, Robert M. (2007). From DSME to DSMS: developing empowerment-based diabetes self-management support. *Diabetes Spectrum*. Vol. 20, n.º 4, pp. 221-226.
- Gardete-Correia, L. et al. (2010). First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. *Diabetic Medicine*. Vol. 27, n.º 8, p. 879-881.

- Golay, Alain (2007). Motivating Patients with Chronic. *Journal of Medicine and the person*, 57-63.
- Imison, Candace et al. (2011). Transforming our health care system: ten priorities for commissioners. The King's Fund. Consultado em [www:url:http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/transforming_our.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/transforming_our.html) em 10 de outubro 2013.
- International Working Group on the Diabetic Foot (2011). *Diretivas práticas sobre o tratamento e a prevenção do pé diabético*. Consultado em www.iwgdf.org em 4 de janeiro de 2013.
- Jameson, J., Kasper, D., Fauci, A., Braunwald, E., Longo, D., & Hauster, S. (2006). *Harrison's Endocrinology* (First ed.).
- Kahn, C. R., Weir, G. C., King, G. L., Moses, A. C., Smith, R. J., & Jacobson, A. M. (2004). *Joslin's Diabetes Mellitus* (Fourteenth ed.).
- Kozak GP, Campbell DR, Frykberg RG, Habershaw GM (1995). *Management of diabetic foot problems*. 2nd Edition. Cap.7. p.55-60.
- Lavery LA, Wunderlich RP, Tredwell JL (2005). Disease management for the effectiveness of a diabetic foot prevention program to reduce amputation and hospitalizations. *Diabetes Res Pract* 70(1), 31-37.
- MacLean, Linda Garrelts e colaboradores (2012). Telephone Coaching to Improve Diabetes Self-Management for Rural Residents. *Clinical diabetes*, Volume 30, Número 1, 2012, pp.13-16.
- Marcelino, D., & Carvalho, M. (2005). Reflexões sobre a diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 72-77.
- Martini J (2008). Diabetic foot: detection and prevention. *Rev Med Interne*, 29(2), 260-263.
- Medina, J. (2007). *O essencial da saúde*. Vol. 7 – Diabetes. Lisboa: QuidNovi.
- Melo, Elizabeth Mesquita et al. (2011). Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. *Revista de Enfermagem Referência*. Série 3, n.º 5, p. 37-44.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Grafinter.
- Orem, Dorothea, E. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6th Ed.). St. Louis: Mosby.

- Perdigão, P., Sousa, P. & Rosa, M. (2002). *A Diabetes, Escola Nacional de Saúde Pública*. Consultado em www.ensp.unl.pt/saboga/prosaude/eumahp/diabetes%202.doc em 3 julho de 2014.
- Pérez Rodríguez e colaboradoras (2013). Cuidado com os pés diabéticos antes e após intervenção educativa in *Enfermería Global*, nº 29, janeiro 2013, pp. 53-62.
- Revilla G. P.; Sa A.B.; Carlos J.S. (2008). O pé dos diabéticos. *Port Clin Geral*, 23, 615-626.
- Richard, J.L. e Schuldine, S. (2008). Epidemiology of diabetic foot problems. *Rev Med Interne*, 29 (2), 222-230.
- Searle, A.; Gale, L.; Campbell, R; Wetherell, M.; Dawe, K.; Drake, N.; Dayan, C.; Tarlton, J.; Miles, J.; Vedhara, K. (2008). Reducing the burden of chronic wounds: prevention and management of the diabetic foot in the context of clinical guidelines. *Health Serv Res Policy* 13 (3), 82-91.
- Serra, L. M. (2008). *Pé diabético*. Lisboa: Lidel.
- Steed D.L. et al. (2008). Guidelines for the prevention of diabetic ulcers. *Wound Repair Regen*, 16(2), 169-174.
- Silva, I. (2006). *Psicologia da diabetes*. Coimbra: Quarteto.
- Vileikyte, L.; Rubin, R. R. & Leventhal H. (2004). Psychological aspects of diabetic neuropathic foot complications: an overview. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. Vol. 20, suppl. 1, pp. 13-18.
- Weiler, Dawn & Tirrell, Laura (2007). Office nurse educators: improving diabetes self-management for the latino population in the clinic setting. *Hispanic Health Care International*. Vol. 5, n.º 1, pp. 21-26.
- WHO (2006). *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization.
- Wild, Roglic, Green, Sicree & King (2004). *Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030*.

ANEXOS

Anexo I – Formulário da pessoa com diabetes

Formulário

Eu, Maria Fernanda Marques Gomes, enfermeira graduada a exercer funções neste centro hospitalar, gostaria de saber a sua opinião sobre o que sabe dos cuidados a ter com os seus pés para podermos ajudar na melhoria da sua qualidade de vida.

Para isso, no contexto de um estudo académico universitário, apresento-lhe este formulário, pelo qual espero colher elementos que permitam realizar melhor a nossa intenção. O preenchimento é de sua livre vontade. Só preenche se quiser e pode preenchê-lo total ou parcialmente, não sendo penalizado se recusar fazê-lo. O formulário é confidencial e respeitamos totalmente o anonimato. Pensamos que as suas respostas poderão ser úteis para si e para os que, depois de si, usufruírem das sessões educativas sobre o pé dos doentes com diabetes.

Muito obrigado pela sua colaboração.

1. As perguntas e itens que se seguem são de carácter geral.

1.1. **Data de nascimento (mês/ano)** ____/____

1.2. **Sexo**

Feminino Masculino

1.3. **Estado civil**

Casado(a) / União de facto(a) Solteiro(a)

Divorciado(a) / Separado(a) Viúvo(a)

1.4. **Qual é (ou foi) a sua profissão (a que durou mais tempo)?** _____

1.5. **Nível de Instrução**

Sem instrução 1 a 4 anos 5 a 6 anos

7 a 9 anos 10 a 12anos Mais de 13 anos

1.6. **Fonte principal de rendimento**

- Fortuna herdada ou adquirida
 Vencimento mensal por conta própria
 Vencimento mensal por conta de outrem
 Salário semanal, por dia, por hora ou à tarefa
 Ajuda de origem pública ou privada
 Reforma

1.7. **Habitação**

- Vivenda ou apartamento com o máximo de conforto
 Vivenda ou apartamento confortável
 Casa ou apartamento modesto, com água, luz e saneamento
 Casa desprovida de conforto

1.8. **Onde se situa a sua habitação?**

Zona rural Zona urbana Bairro social

1.9. Qual a idade da sua habitação?

- Até 5 anos De 5 a 10 anos De 10 a 20 anos Mais de 20 anos

1.10. Há quanto tempo tem Diabetes? _____

1.11. Qual o seu tipo de Diabetes?

- Tipo 1 Tipo 2 Não sei Outro. Especifique _____

1.12. Qual o tratamento que faz para a Diabetes?

- Alimentação
 Exercício físico. Que tipo? _____
 Insulina. Qual o nome? _____
 Comprimidos. Qual o nome? _____
 Não sei.

1.13. Já teve informação/formação com um educador de Diabetes?

- Sim Não

1.14. Já teve informação/formação com um nutricionista?

- Sim Não

1.15. Que outras doenças tem ou teve?

- | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfarte agudo do miocárdio | <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Acidente vascular cerebral | <input type="checkbox"/> Nefropatia |
| <input type="checkbox"/> Retinopatia | <input type="checkbox"/> Neuropatia |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

2. As perguntas que se seguem referem-se ao estado atual dos seus pés, das unhas, das meias e dos sapatos que usa habitualmente.

2.1. Apresenta alterações nos pés? Se sim, quais?

- | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infeções | <input type="checkbox"/> Dor tipo queimadura |
| <input type="checkbox"/> Falta de sensibilidade | <input type="checkbox"/> Ferida no pé já cicatrizada |
| <input type="checkbox"/> Pés sempre frios | <input type="checkbox"/> Amputação do pé |
| <input type="checkbox"/> Ferida no pé | <input type="checkbox"/> Alterações das unhas |
| <input type="checkbox"/> Amputação de dedo(s) no pé | <input type="checkbox"/> Deformidades/calosidades |
| <input type="checkbox"/> Pele seca | <input type="checkbox"/> Formigueiro |

2.2. Que tipo de sapatos usa?

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sapatos ortopédicos | <input type="checkbox"/> Sapatos semi-ortopédicos |
| <input type="checkbox"/> Sapatos ajustados aos pés, sem folgas | <input type="checkbox"/> Sapatos adaptados aos pés, com alguma folga |
| <input type="checkbox"/> Sapatos pontiagudos | <input type="checkbox"/> Sapatos feitos por medida |
| <input type="checkbox"/> Sapatos de pele sintética | <input type="checkbox"/> Sapatos de pele genuína |
| <input type="checkbox"/> Sapatos de biqueira larga (redonda) | <input type="checkbox"/> Sapatos de biqueira alta |
| <input type="checkbox"/> Sapatos de biqueira baixa | <input type="checkbox"/> Sapatos com sola de borracha |
| <input type="checkbox"/> Sapatos com sola de couro | <input type="checkbox"/> Sapatos com atacadores ou tiras de velcro |
| <input type="checkbox"/> Sapatos com palmilha personalizada | <input type="checkbox"/> Sapatos ou botas com salto |
| <input type="checkbox"/> Sandálias ou chinelos de dedo no verão | <input type="checkbox"/> Sabrinas, sapatos muito flexíveis |
| <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Sapatos ortopédicos de rede elástica |

2.3. Que tipo de meias usa?

- | | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Meias de fibra sintética | <input type="checkbox"/> Mais de algodão ou lã |
| <input type="checkbox"/> Meias com elásticos e costuras | <input type="checkbox"/> Meias sem elásticos e costuras |

2.4. Qual o formato que dá às suas unhas dos pés?

- Arredondado Reto/quadrado Irregular

2.5. Que material usa para arranjar as suas unhas?

- Alicate Tesoura de bico redondo Lima de metal
 Canivete/navalha Lima de cartão Tesoura de bico pontiagudo
 Corta-unhas Outro _____

3. As perguntas que se seguem dizem respeito aos cuidados com os pés durante os ÚLTIMOS SETE DIAS.

Cuidados com os pés	N.º de dias							
	0	1	2	3	4	5	6	7
Nos últimos SETE dias, em quantos dias examinou os seus pés?								
Nos últimos SETE dias, em quantos dias lavou os seus pés?								
Nos últimos SETE dias, em quantos dias secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar?								
Nos últimos SETE dias, em quantos dias testou previamente a temperatura da água antes de lavar os pés?								
Nos últimos SETE dias, em quantos dias aplicou creme hidratante nos seus pés?								
Nos últimos SETE dias, em quantos dias usou meias de algodão ou lã sem elásticos e costuras?								
Nos últimos SETE dias, em quantos dias usou o tipo de sapatos recomendados (por exemplo, sapatos confortáveis, de biqueira alta, larga, sola de borracha e de pele genuína)?								

4. Os itens que se seguem relacionam-se com a informação recebida sobre os cuidados com os pés no último ano.

No último ano, recebeu informações de profissionais de saúde sobre	Sim	Não
Alterações da sensibilidade dos pés		
Observação diária dos pés		
Higiene diária dos pés (lavar, secar)		
Verificação da temperatura da água para lavar os pés		
Hidratação do pé		
Tratamento das calosidades		
Arranjo das unhas		
Adequação dos sapatos e das meias		

4.1. **Recebeu informação escrita sobre como cuidar dos pés?** Sim Não

5. Os itens que se seguem abordam os seus conhecimentos sobre os cuidados a ter com os pés.

Considera-se devidamente informado sobre	Sim	Não	Mais ou menos
A observação regular dos pés			
A manutenção da higiene dos pés (lavar e secar)			
A escolha do calçado adequado			
A escolha de meias adequadas			
Como deve arranjar as unhas			
A manutenção da pele hidratada dos pés			
A verificação da temperatura da água antes de lavar os pés			
Quem deve tratar as calosidades			
Onde se dirigir quando tem problemas nos pés			

6. Os itens seguintes versam sobre as dificuldades que sente para cuidar dos seus pés.

Dificuldades que sente no cuidar dos seus pés	Sim	Não
Não consigo ver bem os pés		
Não consigo alcançar os meus pés		
O tratamento é muito caro		
Não acho importante		
Não sei como fazer		
Não gosto		
Não consigo fazer sozinho e não tenho quem me faça		

7. **Considera importante a realização de sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés?**
 Sim Não

Anexo II – Formulário do prestador de cuidados

Formulário

Eu, Maria Fernanda Marques Gomes, enfermeira graduada a exercer funções neste centro hospitalar, gostaria de saber o que sabe dos cuidados a ter com o pé da pessoa com diabetes, para podermos ajudar na melhoria da sua qualidade de vida.

Para isso, no contexto de um estudo académico universitário, apresento-lhe este formulário, pelo qual espero colher elementos que permitam realizar melhor a nossa intenção. O preenchimento é de sua livre vontade. Só preenche se quiser e pode preenchê-lo total ou parcialmente, não sendo penalizado se recusar fazê-lo. O formulário é confidencial e respeitamos totalmente o anonimato. Pensamos que as suas respostas poderão ser úteis para todos os que usufruírem das futuras sessões educativas sobre o pé dos doentes com diabetes.

Muito obrigado pela sua colaboração.

1. Sexo

Feminino Masculino

2. Data de nascimento (mês/ano) _____ / _____

3. Estado civil

Casado(a) / União de facto(a) Solteiro(a)
 Divorciado(a) / Separado (a) Viúvo(a)

4. Grau de parentesco

Cônjuge Filho(a) Irmã(ão) Genro/Nora
 Vizinho/amigo Outro. Qual? _____

5. Nível de instrução

Sem instrução 1 a 4 anos 5 a 6 anos
 7 a 9 anos 10 a 12 anos Mais de 13 anos

6. Qual a sua situação atual de emprego?

Ativo Não ativo Reformado Inválido

7. Idade da pessoa que cuida

<49 50-59 60-69 70-79 80-89 90-99

8. Qual o grau de (in)capacidade da pessoa que cuida?

Independente Moderada Grave Totalmente dependente

9. Vive com a pessoa com Diabetes que ajuda a cuidar?

Sim Não

9.1. Se não vive com ela, a que distância vive?

<1 Km 2-5Km 6-10Km 11-20Km >21Km

10. Há quanto tempo é prestador(a) de cuidados informal?

- Inferior a 1 ano 1-3 anos 4-6 anos Mais que 7 anos

11. **Quantas horas por dia dedica à prestação de cuidados à pessoa com Diabetes?**
 Menos que 2 horas 2-6 Horas 7-11 Horas Mais que 12 horas
12. **Que tipo de cuidados presta à pessoa com Diabetes?**
 Ajuda nos cuidados de higiene Ajuda no caminhar, movimentos...
 Auxílio na alimentação Mudanças (cama/cadeira/sofá...)
 Ajuda na toma dos comprimidos Ajuda a dar a injeção de insulina
 Medir (no dedo) o nível de açúcar Cuidar das unhas
 Cuidar dos pés Acompanhar às consultas
 Cuidar de feridas Outro. Indique qual? _____
13. **Assinale os motivos pelos quais é prestador de cuidados informal.**
 Reconhecimento do seu trabalho afetivamente
 Reconhecimento do seu trabalho financeiramente
 Sentir carinho
 Sentir-se bem pelo que faz
 Não conseguir colocar a pessoa num lar
 O familiar contribui monetariamente para as despesas
 Por obrigação / dever
 Por vontade própria / gosto
14. **Que implicações tem na sua vida pessoal ser prestador de cuidados?**
 Vida familiar prejudicada
 Vida social prejudicada
 Planos alterados
 Ter pouco tempo para si
 Agravamento da saúde
 Grande esforço físico (cansaço físico)
 Sentir-se preso
 Dificuldades económicas
15. **Que implicações emocionais tem na sua vida pessoal ser prestador de cuidados informal?**
 Vontade de fugir da situação em que se encontra
 Sentir-se cansada(o) psicologicamente
 Sentir-se revoltada (o)
 Sentir falta de autoestima
 Sentir-se deprimida(o)
16. **Já esteve com um educador da Diabetes?**
 Sim Não
Se sim, onde? _____
17. **Já esteve com um nutricionista?**
 Sim Não
17.1. Se sim, onde? _____
18. **Sabe o que é a Diabetes Mellitus?**
 Sim Não
19. **Sabe quais as complicações da Diabetes Mellitus, se houver um mau controlo?**
 Sim Não
20. **Acha que sabe quais os cuidados a ter com os pés da pessoa com Diabetes para prevenir o aparecimento de eventuais lesões?**
 Sim Não

21. **Assinale as frases que considera corretas, verdadeiras relativamente aos cuidados com os pés da pessoa com Diabetes.**

- Uma úlcera no pé é uma lesão causada por pressão
- Os pés devem ser lavados e examinados diariamente
- Os espaços entre os dedos não devem ser secos
- A água para lavar os pés deve estar muito quente
- A aplicação de creme hidratante nos pés e pernas deve ser diária
- As unhas devem ser cortadas em redondo
- As meias devem ser de lã ou algodão, sem elásticos e costuras
- Os sapatos devem ser confortáveis, de biqueira alta e larga
- Para tratar os calos, deve cortá-los ou aplicar calicidas
- Para aquecer os pés, deve pôr um saco de água quente
- A pessoa deve afastar-se de fontes de calor para evitar queimaduras
- Sempre que o doente tiver problemas com os pés, deve ir ter com um profissional de saúde
- Se a pessoa com Diabetes tiver insensibilidade nos pés, deve comprar sapatos apertados

22. **Recebeu informações sobre os cuidados a ter com os pés da pessoa com Diabetes no último ano, por um profissional de saúde?**

- Sim Não

22.1. **Se sim, onde?**

- Centro de Saúde Hospital

22.2. **Se sim, acerca de que aspetos?**

- Alterações da sensibilidade dos pés
- Observação diária dos pés
- Higiene diária dos pés (lavar e secar)
- Verificação da temperatura da água para lavar os pés
- Hidratação dos pés
- Tratamento das calosidades
- Arranjo das unhas
- Adequação dos sapatos e das meias

23. **Considera importante a realização de sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés das pessoas que acompanha?**

- Sim Não

Anexo III- Pedido de autorização para a colheita de dados ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Baixo Vouga

Maria Fernanda Marques Gomes
Rua 25 de Abril n.º 88
Póvoa do Paço
3800-564 Cacia

Ex^{mo}. Sr.
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE

Assunto: Pedido de autorização para a recolha de dados no âmbito da investigação empírica da tese de Mestrado

Maria Fernanda Marques Gomes, enfermeira graduada, com o n.º mecanográfico 12739, a exercer funções no serviço de Especialidades Médicas deste Centro Hospitalar, encontra-se a frequentar o Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, do Instituto de Ciências da Saúde, Porto, da Universidade Católica Portuguesa, vem, por este meio, solicitar a V. Ex.^a autorização para efetuar a recolha de dados para a investigação que pretende desenvolver na consulta de Diabetologia do Centro Hospitalar Baixo Vouga, mais concretamente nas sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés, com vista à obtenção do grau de Mestre.

O projeto intitula-se “O pé diabético: A importância da auto e heteroeducação”, tendo sido já aprovado pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde. Tem como orientador o Professor Doutor João Manuel da Costa Amado e o Professor Mestre Paulo Jorge Pereira Alves. Os objetivos do estudo consistem em monitorizar, nos diabéticos, os conhecimentos sobre os autocuidados com os pés (antes e depois de sessões educativas) e monitorizar, nos prestadores de cuidados, os conhecimentos sobre os autocuidados com os pés (antes e depois de sessões educativas).

Como é comumente sabido, a Diabetes *Mellitus* é uma doença crónica, sem cura, e o número de diabéticos tem vindo a aumentar exponencialmente ao nível nacional

e internacional, sendo uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo e de perda de qualidade de vida, nomeadamente no que concerne às suas complicações macrovasculares como as amputações não traumáticas dos membros inferiores. Além do sofrimento humano que as complicações relacionadas com a doença causam nas pessoas com diabetes e nos seus familiares, acarretam muitos custos económicos e sociais à sociedade. Neste sentido, pretende-se focar a atenção no controlo, na educação da pessoa com diabetes e no reforçar da importância do prestador de cuidados, no que diz respeito essencialmente ao pé diabético, de modo a melhorar a qualidade de vida. É neste âmbito que considero esta investigação uma modesta contribuição para essa qualidade.

O estudo empírico abrange a recolha de dados obtidos através da aplicação de um formulário à pessoa com diabetes e um formulário ao prestador de cuidados, entre o período de 18 de fevereiro a 30 de abril do ano em curso, necessitando, para este efeito, da devida autorização da Comissão de Ética. De salientar que a participação no estudo não acarreta quaisquer custos ou danos para a saúde da pessoa com diabetes e prestador de cuidados, trazendo sobretudo benefícios potenciais como o acesso à informação e aquisição de conhecimentos através da sessão educativa, sendo garantidos a confidencialidade e o anonimato.

A investigadora compromete-se a dar conhecimento dos resultados à instituição se for do seu interesse, ficando a tese disponível, após a sua discussão em provas públicas, no repositório Veritati da Universidade Católica Portuguesa.

Agradecendo desde já toda a atenção e estando disponível para prestar qualquer esclarecimento,

Pede deferimento,

Aveiro, ____ de Fevereiro de 2013

Maria Fernanda Marques Gomes
TM - 938545120
Correio eletrónico - fernanda.gomes29@hotmail.com

Anexo IV - Pedido de autorização para a recolha de dados à Diretora de Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Nutrição do Centro Hospitalar Baixo Vouga

Maria Fernanda Marques Gomes
Rua 25 de Abril n.º 88
Póvoa do Paço
3800-564 Cacia

Ex^{mo}. (a)
Diretor(a) do Serviço de Endocrinologia,
Diabetes e Nutrição, do Centro Hospitalar
Baixo Vouga, EPE

Assunto: Pedido de autorização para a recolha de dados no âmbito da investigação empírica da tese de Mestrado

Maria Fernanda Marques Gomes, enfermeira graduada, com o n.º mecanográfico 12739, a exercer funções no serviço de Especialidades Médicas deste Hospital, encontra-se a frequentar o Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, do Instituto de Ciências da Saúde, Porto, da Universidade Católica Portuguesa e vem, por este meio, solicitar a V. Ex.^a autorização para efetuar a recolha de dados para a investigação que pretende desenvolver na consulta de Diabetologia do Centro Hospitalar Baixo Vouga, mais concretamente nas sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés, com vista à obtenção do grau de Mestre.

O tema em estudo é “O pé diabético: A importância da auto e heteroeducação”, tendo sido já aprovado pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde, sendo o orientador o Professor Doutor João Manuel da Costa Amado e o Professor mestre Paulo Jorge Pereira Alves. Os objetivos do estudo são monitorizar, nos diabéticos, os conhecimentos sobre os autocuidados com os pés (antes e depois de sessões educativas) e monitorizar, nos prestadores de cuidados, os conhecimentos sobre os autocuidados com os pés (antes e depois de sessões educativas).

A recolha de dados será obtida através da aplicação de um formulário à pessoa com diabetes e um formulário ao prestador de cuidados, entre o período de 18 de fevereiro a 30 de abril do ano em curso, necessitando, para este efeito, da devida autorização da Comissão de Ética. De salientar que a participação no estudo não acarreta quaisquer custos ou danos para a saúde para a pessoa com diabetes e prestador de cuidados, trazendo sobretudo benefícios potenciais como o acesso à informação e a aquisição de conhecimentos através da sessão educativa, sendo garantidos a confidencialidade e o anonimato.

A investigadora compromete-se a dar conhecimento dos resultados à instituição se for do seu interesse, ficando a tese disponível, após a sua discussão em provas públicas, no repositório Veritati da Universidade Católica Portuguesa.

Agradecendo desde já toda a atenção e estando disponível para prestar qualquer esclarecimento,

Pede deferimento,

Aveiro, ____ de Fevereiro de 2013

Maria Fernanda Marques Gomes
TM - 938545120
Correio eletrónico - fernanda.gomes29@hotmail.com



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Maria Fernanda Marques Gomes
Rua 25 de Abril n.º 88
Póvoa do Paço
3800-564 Cacia

Ex.^{mo}. (a)

Diretor(a) do Serviço de Endocrinologia,
Diabetes e Nutrição, do Centro Hospitalar
Baixo Vouga, EPE

Assunto: Pedido de autorização para a recolha de dados no âmbito da investigação empírica da tese de Mestrado

Maria Fernanda Marques Gomes, enfermeira graduada, com o n.º mecanográfico 12739, a exercer funções no serviço de Especialidades Médicas deste Hospital, encontra-se a frequentar o Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, do Instituto de Ciências da Saúde, Porto, da Universidade Católica Portuguesa e vem, por este meio, solicitar a V. Ex.^a autorização para efetuar a recolha de dados para a investigação que pretende desenvolver na consulta de Diabetologia do Centro Hospitalar Baixo Vouga, mais concretamente nas sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés, com vista à obtenção do grau de Mestre.

O tema em estudo é “O pé diabético: A importância da auto e heteroeducação”, tendo sido já aprovado pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde, sendo o orientador o Professor Doutor João Manuel da Costa Amado e o Professor mestre Paulo Jorge Pereira Alves. Os objetivos do estudo são monitorizar, nos diabéticos, os conhecimentos sobre os autocuidados com os pés (antes e depois de sessões educativas) e monitorizar, nos prestadores de cuidados, os conhecimentos sobre os autocuidados com os pés (antes e depois de sessões educativas).

A recolha de dados será obtida através da aplicação de um formulário à pessoa com diabetes e um formulário ao prestador de cuidados, entre o período de 18 de fevereiro a 30 de abril do ano em curso, necessitando, para este efeito, da devida autorização da Comissão de Ética. De salientar que a participação no estudo não acarreta quaisquer custos ou danos para a saúde para a pessoa com diabetes e prestador



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

de cuidados, trazendo sobretudo benefícios potenciais como o acesso à informação e a aquisição de conhecimentos através da sessão educativa, sendo garantidos a confidencialidade e o anonimato.

A investigadora compromete-se a dar conhecimento dos resultados ao Sr. (a) Diretor (a) se for do seu interesse, ficando a tese disponível, após a sua discussão em provas públicas, no repositório Veritati da Universidade Católica Portuguesa.

Agradecendo desde já toda a atenção e estando disponível para prestar qualquer esclarecimento,

Pede deferimento,

Aveiro, 12 de Fevereiro de 2013

Maria Fernanda Marques Gomes
TM - 938545120
Correio eletrónico - fernanda.gomes29@hotmail.com

Autenticado
[Handwritten Signature] 11364
12/02/2013

Anexo V - Pedido de autorização para a recolha de dados à Enfermeira Chefe do serviço das Especialidades médicas do centro Hospitalar Baixo Vouga

Maria Fernanda Marques Gomes
Rua 25 de Abril n.º 88
Póvoa do Paço
3800-564 Cacia

Ex^{ma}. S.^a
Enfermeira Chefe do Serviço de
Especialidades Médicas do Centro Hospitalar
Baixo Vouga, EPE

Assunto: Pedido de autorização para a recolha de dados no âmbito da investigação empírica da tese de Mestrado

Maria Fernanda Marques Gomes, enfermeira graduada, com o n.º mecanográfico 12739, a exercer funções no serviço de Especialidades Médicas deste Hospital, encontra-se a frequentar o Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, do Instituto de Ciências da Saúde, Porto, da Universidade Católica Portuguesa, e vem, por este meio, solicitar a V. Ex.^a autorização para efetuar a recolha de dados para a investigação que pretende desenvolver na consulta de Diabetologia do Centro Hospitalar Baixo Vouga, mais concretamente nas sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés, com vista a obtenção do grau de Mestre.

O tema em estudo é “O pé diabético: A importância da auto e heteroeducação”, tendo sido já aprovado pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde, sendo o orientador o Professor Doutor João Manuel da Costa Amado e o Professor mestre Paulo Jorge Pereira Alves. Os objetivos do estudo são monitorizar, nos diabéticos, os conhecimentos sobre os autocuidados com os pés (antes e depois de sessões educativas) e monitorizar, nos prestadores de cuidados, os conhecimentos sobre os autocuidados com os pés (antes e depois de sessões educativas).

A recolha de dados será obtida através da aplicação de um formulário à pessoa com diabetes e um formulário ao prestador de cuidados, entre o período de 18 de

fevereiro a 30 de abril do ano em curso, necessitando, para este efeito, da devida autorização da Comissão de Ética. De salientar que a participação no estudo não acarreta quaisquer custos ou danos para a saúde para a pessoa com diabetes e prestador de cuidados, trazendo sobretudo benefícios potenciais como o acesso à informação e a aquisição de conhecimentos através da sessão educativa, sendo garantidos a confidencialidade e o anonimato.

A investigadora compromete-se a dar conhecimento dos resultados à Sr.^a enfermeira chefe se for do seu interesse, ficando a tese disponível, após a sua discussão em provas públicas, no repositório Veritati da Universidade Católica Portuguesa.

Agradecendo desde já toda a atenção e estando disponível para prestar qualquer esclarecimento,

Pede deferimento,

Aveiro, ____ de Fevereiro de 2013

Maria Fernanda Marques Gomes
TM - 938545120
Correio eletrónico - fernanda.gomes29@hotmail.com



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Maria Fernanda Marques Gomes
Rua 25 de Abril n.º 88
Póvoa do Paço
3800-564 Cacia

*Nada a opor ao solicitado.
É do meu interesse o conhecimento
dos resultados, dado o tema do
estudo.*

12.02.2013

Enf.ª Chefe Cascaes Neves

Ex.^{ma}. S.^a

Enfermeira Chefe do Serviço de
Especialidades Médicas do Centro Hospitalar
Baixo Vouga, EPE

Assunto: Pedido de autorização para a recolha de dados no âmbito da investigação empírica da tese de Mestrado

Maria Fernanda Marques Gomes, enfermeira graduada, com o n.º mecanográfico 12739, a exercer funções no serviço de Especialidades Médicas deste Hospital, encontra-se a frequentar o Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, do Instituto de Ciências da Saúde, Porto, da Universidade Católica Portuguesa, e vem, por este meio, solicitar a V. Ex.^a autorização para efetuar a recolha de dados para a investigação que pretende desenvolver na consulta de Diabetologia do Centro Hospitalar Baixo Vouga, mais concretamente nas sessões educativas sobre os cuidados a ter com os pés, com vista a obtenção do grau de Mestre.

O tema em estudo é “O pé diabético: A importância da auto e heteroeducação”, tendo sido já aprovado pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde, sendo o orientador o Professor Doutor João Manuel da Costa Amado e o Professor mestre Paulo Jorge Pereira Alves. Os objetivos do estudo são monitorizar, nos diabéticos, os conhecimentos sobre os autocuidados com os pés (antes e depois de sessões educativas) e monitorizar, nos prestadores de cuidados, os conhecimentos sobre os autocuidados com os pés (antes e depois de sessões educativas).

A recolha de dados será obtida através da aplicação de um formulário à pessoa com diabetes e um formulário ao prestador de cuidados, entre o período de 18 de fevereiro a 30 de abril do ano em curso, necessitando, para este efeito, da devida autorização da Comissão de Ética. De salientar que a participação no estudo não acarreta quaisquer custos ou danos para a saúde para a pessoa com diabetes e prestador



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

de cuidados, trazendo sobretudo benefícios potenciais como o acesso à informação e a aquisição de conhecimentos através da sessão educativa, sendo garantidos a confidencialidade e o anonimato.

A investigadora compromete-se a dar conhecimento dos resultados à Sr.^a enfermeira chefe se for do seu interesse, ficando a tese disponível, após a sua discussão em provas públicas, no repositório Veritati da Universidade Católica Portuguesa.

Agradecendo desde já toda a atenção e estando disponível para prestar qualquer esclarecimento,

Pede deferimento,

Aveiro, 12 de Fevereiro de 2013

Maria Fernanda Marques Gomes
TM - 938545120
Correio eletrónico - fernanda.gomes29@hotmail.com

Anexo VI – Autorização da Comissão de Ética e do Conselho de Administração para a realização do estudo



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Exmo. Senhor Presidente
Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE
Avenida Artur Ravara
3814-501 Aveiro

Porto, 29 de Janeiro de 2013

V.Ref

N. Ref: [Denf] 52/13

Assunto: Pedido para realização de colheita de dados

João Queiroz e Melo, Diretor do Instituto de Ciências da Saúde, Porto, da Universidade Católica Portuguesa vem por este meio, solicitar a V. Exa. autorização para que a Dra Maria Fernanda Marques Gomes, aluna do Curso de Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, possa realizar a colheita de dados para a tese com vista à obtenção do grau de Mestre e cujo projeto intitulado “O pé diabético: A importância da auto e heteroeducação” foi já aprovado pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde.


Da recolha de dados, a fazer junto dos doentes com diabetes e prestadores de cuidados, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a instituição ou para as pessoas. O estudo não implica danos para a saúde das pessoas envolvidas, sendo garantidos a confidencialidade e o anonimato.

Da colheita de dados consta a aplicação de Formulário da pessoa com diabetes e Formulário do prestador de cuidados.

Pretende-se fazer a recolha de dados, conforme disponibilidade da Vossa instituição, no período compreendido entre o dia 18 de fevereiro e o dia 30 de abril, do ano em curso.

Agradecendo desde já a colaboração de V. Exa. ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível, manifestando a nossa disponibilidade para qualquer esclarecimento.

Com os meus melhores cumprimentos


Professor Doutor J. Queiroz e Melo
Diretor do ICS-Porto

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Rua Dr. António Bernardino de Almeida, s/n // 4200-072 Porto, Portugal
T. +351 225 580 073 // F. +351 225 090 351 // www.porto.ucp.pt

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt
Matricula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.284.651 €
Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Ex.ma Senhora
Maria Fernanda Marques Gomes
Rua 25 de Abril, N.º 88
Póvoa do Paço
3800-564 Cacia

S/ Ref.º	S/ Comunicação de	N/ Ref.º	Aveiro,
	12-02-2013	042045	15-04-2013


ASSUNTO: Pedido de autorização para a recolha de dados no âmbito da investigação empírica da tese de Mestrado.

No seguimento do V/ofício, sobre o assunto em epígrafe e face ao parecer favorável da Comissão de Ética, do qual se junta cópia, informa-se que está autorizada a realização do estudo subordinado ao tema **“O pé diabético: A importância da auto e heteroeducação”**.

Quando for dado por concluído o projecto, deverá ser enviado um relatório final ao serviço de Formação e Investigação deste Centro Hospitalar.

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de
Administração



(José Afonso)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.

GM.

CHBV – 347

EXMO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DO
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA EPE.

A Comissão de Ética reuniu no dia 10 de Abril de 2013, com todos os seus elementos. Analisou um pedido de autorização para a realização de uma colheita de dados, para uma mestranda de enfermagem, inserido na Universidade Católica Porto, a ser efectuado na consulta de Diabetologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, pela enfermeira Maria Fernanda Marques Gomes, a exercer funções no Serviço de Endocrinologia e Diabetologia.

Tem autorização do Director de Serviço para a realização do estudo intitulado: "O Pé diabético: A Importância da auto e hétero educação". Na metodologia há uma sessão de formação aos doentes com patologia diabética dos pés e aos seus cuidadores, aos quais são feitos um questionário de auto resposta a cada um, repetidos por via telefónica ao fim de trinta dias

A Comissão de Ética, ouvida a peticionária, é de parecer que este estudo tem interesse para a conduta de cuidados aos pés dos diabéticos e que cumpre os princípios éticos, pelo que nada há a opor ao pedido formulado.

Respeitosos cumprimentos

Aveiro, 10 de Abril de 2013

Pela Comissão de Ética



Amorim Figueiredo
(Presidente)

Anexo VII- Pedido de adiamento de entrega da tese de mestrado

Exmo. Sr. Professor Doutor João Costa Amado

Pedido de adiamento de entrega de tese de Mestrado

Eu, Maria Fernanda Marques Gomes, inscrita no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa no Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, com o e-mail: fernanda.gomes29@hotmail.com, telemóvel:938545120

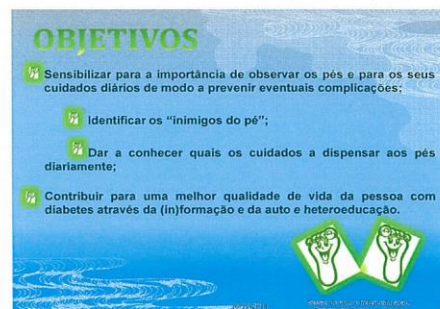
Venho pela presente requerer a prorrogação até 31/12/2013, com vista a que possa proceder à finalização da tese. Compreendo que, caso não entregue a tese até à data supracitada, terei de formalizar a inscrição anual a partir de 01.01.2014 incorrendo num acréscimo de multa na ordem de 10%.

Aveiro, 30 de Outubro de 2013.

Mestranda, Fernanda Gomes



Anexo VIII – PowerPoint elaborado para as sessões de EPS sobre os cuidados a ter com os pés



ENTÃO...

Autoeducação
 Heteroeducação
 Cuidados com os pés

Para PREVENIR COMPLICAÇÕES

Os "inimigos" dos Pés

Unhas

Micoses

Calosidades

Sapatos

Corpos estranhos no sapato

Queimaduras

Feridas

Fatores de risco

Tensão
 Atrito

Nutrição
 Humidade

Hidratação
 Tabaco

Deformação do pé
 Glicémia elevada

Falta de cuidado com os pés...

Atenção!!!

Sinais de infeção

Endurecimento
 Edema
 Dor sensibilidade
 Ferida que não melhora
 Infecções locais

Como prevenir as complicações no pé?

Examinar os pés diariamente e ver se não há bolhas, rachaduras, cortes, pele seca ou vermelhidão.

Observação diária dos pés

- Comodamente sentado
- Boa iluminação
- Colocar um espelho na base do pé
- Pedir ajuda se necessário...

Observar...

- Inchaços
- Coloração (unha, pé)
- Unhas deformadas
- Fissuras, feridas ou bolhas
- Calos

Higiene diária dos Pés

- Água tépida ou fria
- Utilizar sabão neutro
- Não colocar os pés de "molho"
- Secar bem os pés por contacto, e não esfregar
- Não esquecer, secar entre os dedos e unhas
- Utilizar toalha de turco
- Aplicar creme neutro na planta e dorso do pé
- Não aplicar creme entre os dedos

Enxugar sempre muito bem, principalmente entre os dedos.

Lavar os pés diariamente com água quente e água amarela (sais de Epsom, 400g)

Cuidados com as Unhas

- ✓ Utilizar lima de cartão
- ✓ Alinhamento reto
- ✓ Pedir ajuda, em caso de dificuldade



Fonte: Endocrinologia Clínica, 3 ed., 2006.

Que sapatos escolher?

- ✓ Biqueira alta, quadrada ou redonda larga, sem costuras internas
- ✓ Sapatos de pele genuína
- ✓ Com atacadores ou tiras de velcro
- ✓ Solas de borracha
- ✓ Salto entre 2 a 4cm
- ✓ Fechados
- ✓ Cômodos, macios



Fonte: Endocrinologia Clínica, 3 ed., 2006.

Cuidados a ter na compra do sapato

- ✓ Comprar ao fim do dia
- ✓ Fazer um molde do pé
- ✓ Usar uma palmilha, se necessário
- ✓ Comprar um ou dois números acima do seu



Fonte: Endocrinologia Clínica, 3 ed., 2006.

Outros cuidados com os sapatos

- ✓ Se forem sapatos novos, deve calçá-los por curtos períodos
- ✓ Antes de os calçar sacudir e inspecionar com a mão, procurando areias, paus, pregos,...
- ✓ Arejar os sapatos
- ✓ Estar alerta para as partes gastas do sapato
- ✓ Ter pelo menos 2 pares de sapatos para trocar



Fonte: Endocrinologia Clínica, 3 ed., 2006.

As meias


- ✓ Utilizar meias de algodão ou de lã
- ✓ Mudar de meias diariamente
- ✓ Preferencialmente de cor clara
- ✓ Não usar meias com costuras e apertadas



Fonte: Endocrinologia Clínica, 3 ed., 2006.

RESUMINDO... OS 12 'MANDAMENTOS' PARA PREVENIR O PÉ DIABÉTICO

1. Não andar descalço
2. Não colocar os pés de molho na água quente, nem usar compressas quentes
3. Cortar a unha de forma reta
4. Não usar sapatos estreitos, apertados, de bico fino com sola dura ou tira entre os dedos
5. Não usar remédios para calos, nem cortá-los com qualquer objeto; calos devem ser tratados por um profissional de saúde
6. Não usar cremes hidratantes entre os dedos
7. Enxugar bem os pés, inclusive entre os dedos
8. Inspeccionar o interior dos sapatos antes de usá-los
9. Somente usar sapatos com meias e trocá-las diariamente
10. Usar meias com costuras para fora ou, de preferência, sem costuras
11. Procurar um serviço de saúde quando houver bolhas
12. Os pés devem ser examinados regularmente por um profissional de saúde



Fonte: Endocrinologia Clínica, 3 ed., 2006.



Anexo IX – Panfleto entregue nas sessões de EPS sobre os cuidados a ter com os pés

Sapatos / Meias Adequados

Sapatos

- ✓ Em pele, confortáveis e fechados
- ✓ Com solas de borracha
- ✓ Com biqueira larga e alta
- ✓ Com atacadores ou tiras de velcro
- ✓ Devem ser comprados ao fim do dia
- ✓ Usar uma palmilha (se necessário)
- ✓ Calçar os sapatos novos por curtos períodos

Meias

- ✓ Usar meias de lã ou algodão, sem costuras e sem elásticos

Exercício Físico



Aumenta a circulação sanguínea nos pés, ajuda a melhorar os níveis de açúcar no sangue, o peso e contribui para manter as articulações saudáveis. Por isso deve:

- ✓ Fazer exercício físico moderado, pelo menos 30 minutos por dia



Dicas para manter os pés saudáveis

- ✓ Observar os pés diariamente
- ✓ Nunca utilizar sacos de água quente
- ✓ Não andar descalço (nem em casa)
- ✓ Verificar o interior dos sapatos antes de se calçar
- ✓ Não utilizar calcinhas para a remoção de calos / calosidades
- ✓ Não deixar os pés "de molho"
- ✓ Não caminhar sobre superfícies quentes
- ✓ Deve manter-se afastado de aquecedores e lareiras
- ✓ Evitar cruzar as pernas
- ✓ Não usar ligas ou calças justas
- ✓ Vigiar a tensão arterial
- ✓ Evitar o consumo de tabaco
- ✓ Consultar o médico regularmente



Lembre-se que a prevenção é o melhor tratamento.



Cuidados a ter com os pés



Os pés ...

São a base do corpo, fundamentais na marcha e equilíbrio do nosso corpo.



Sinais de alerta...

- ✓ Deixar de sentir os pés
- ✓ Alterações na pele (feridas, bolhas, ...)
- ✓ Deformação dos dedos e dos pés.



O açúcar elevado no sangue (Hiperglicemia) pode afectar:

- ✓ Os nervos dos pés, responsáveis pela sensibilidade
- ✓ Os vasos sanguíneos que levam o sangue para os pés



Como cuidar dos seus Pés?

Observar diariamente os pés

- ✓ Observar a planta, o calcanhar e os espaços entre os dedos
- ✓ Utilize um espelho ou peça auxílio a outra pessoa, se tiver dificuldades



Lavar os pés todos os dias

- ✓ Usar água morna e sabonete neutro
- ✓ Verificar a temperatura da água
- ✓ Secar os pés com uma toalha macia e não deve esquecer o espaço entre os dedos
- ✓ Aplicar creme hidratante (não aplicar entre os dedos)



Cuidados com as Unhas

Unhas grandes, demasiado curtas ou mal cortadas podem causar feridas

- ✓ As unhas devem ser cortadas (com tesoura de pontas arredondas ou alicate de unhas), mas de preferência devem ser limadas (com lima de cartão) a direito, sem arredondar os cantos
- ✓ Deve pedir ajuda, se necessário

