



PESQUISA AÇÃO: PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DAS PESSOAS COM PÉ DIABÉTICO

ACTION RESEARCH: SELF-CARE PRACTICES OF PEOPLE WITH DIABETIC FOOT INVESTIGACIÓN ACCIÓN: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON PIE DIABÉTICO

Luciana Catunda Gomes de Menezes¹, Nády dos Santos Moura², Luara Abreu Vieira³, Ariane Alves Barros⁴,
Eline Saraiva Silveira Araújo⁵, Maria Vilani Cavalcante Guedes⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer as práticas de autocuidado das pessoas com pé diabético. **Método:** Estudo qualitativo, pesquisa ação, com 40 pacientes de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada. Para a análise, utilizou-se a Análise de Conteúdo. **Resultados:** dos discursos, emergiram duas categorias <<Práticas de autocuidado para a higiene dos pés e <<Práticas de autocuidado para a prevenção de lesões traumáticas>>. Os pacientes sabem que cuidados com os pés são necessários, porém, o autocuidado não é realizado corretamente. As dificuldades baseavam-se no desconhecimento do calçado adequado, no corte correto das unhas e na importância do exame dos pés. **Conclusão:** a finalidade do conhecimento produzido não foi somente prestar informações e trocar experiências, mas, sobretudo, sensibilizar os pacientes sobre os riscos de complicações nos pés. **Descritores:** Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Pé Diabético.

ABSTRACT

Objective: to know the self-care practices of people with diabetic foot. **Method:** a qualitative study, action research, with 40 patients from a primary health care unit. Data was produced through a semi-structured interview. For the analysis, Content Analysis was used. **Results:** from the speeches, two categories emerged: << Self-care practices for foot hygiene and << Self-care practices for the prevention of traumatic injuries >>. Patients know that foot care is necessary, but self-care is not performed correctly. The difficulties were based on not knowing the proper footwear, the correct cut of the nails and the importance of the examination of the feet. **Conclusion:** the purpose of the knowledge produced was not only to provide information and exchange experiences, but, above all, to make patients aware of the risks of foot complications. **Descriptors:** Nursing; Nursing Care; Diabetic Foot.

RESUMEN

Objetivo: conocer las prácticas de autocuidado de las personas con pie diabético. **Método:** estudio cualitativo, investigación acción, con 40 pacientes de una unidad de Atención Primaria a la Salud. Los datos fueron producidos por medio de entrevista semiestruturada. Para el análisis, se utilizó el Análisis de Contenido. **Resultados:** de los discursos, surgieron dos categorías << Prácticas de autocuidado para la higiene de los pies y << Prácticas de autocuidado para la prevención de lesiones traumáticas >>. Los pacientes saben que el cuidado con los pies es necesario, pero, el autocuidado no se realiza correctamente. Las dificultades se basaban: en el desconocimiento del calzado adecuado, en el corte correcto de las uñas y en la importancia del examen de los pies. **Conclusión:** la finalidad del conocimiento producido no fue solamente proporcionar informaciones e intercambiar experiencias, pero sobre todo sensibilizar a los pacientes sobre los riesgos de complicaciones en los pies. **Descritores:** Enfermería; Atención de Enfermería; Pie Diabético.

¹Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde/PPCCLIS, Universidade Estadual do Ceará/UECE, Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: lucianacatundagomes@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde/PPCCLIS, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico/FUNCAP, Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: nadyasantosm@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde/PPCCLIS, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: luaraabreu@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde/PPCCLIS, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: arianealvesbarros@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Mestre, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde/PPCCLIS, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: elinesaraiva@superig.com.br; ⁶Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: vilani.guedes@globo.com

INTRODUÇÃO

O pé em risco é uma das complicações microvasculares graves e mutilantes de pessoas com diabetes. Causa perda da sensibilidade, deformidades e traumas superficiais repetitivos, rachaduras na pele ou danos nos pés, muitas vezes não percebidos pelo paciente. Sobretudo, quando não diagnosticada precocemente, a doença traz, como consequência, o pé diabético.¹

Mediante conhecimento das causas do pé diabético, pacientes de alto risco poderão ser identificados precocemente, evitando amputações. Conforme estudos, até 50% das amputações podem ser evitadas com a devida educação em saúde, acrescida do estímulo ao autocuidado e do atendimento interdisciplinar.²

De modo geral, a abordagem do pé da pessoa com DM ainda constitui obstáculo para profissionais de saúde, visto que essa avaliação, muitas vezes, está sendo realizada de maneira inadequada, por falta de exame físico minucioso, ausência de equipamentos e materiais e educação terapêutica para profissionais e pacientes. Quando executada de maneira adequada, contribuirá para amenizar o sofrimento e as complicações decorrentes da doença, diminuindo os gastos com assistência especializada.

Estudo demonstra que, dos pacientes admitidos em emergências hospitalares para internação com DM, somente 10% a 19% disseram ter seus pés avaliados na atenção básica, após a retirada de meias e calçados.³

No contexto do atendimento multiprofissional, ressalta-se, neste estudo, a abordagem do enfermeiro. Frente às atribuições do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família, permite-se afirmar ser este profissional habilitado para identificar precocemente o pé em risco. Nessa perspectiva, a Consulta de Enfermagem (CE) tem sido um encontro face a face com a pessoa com diabetes na atenção primária à saúde, estabelecendo um vínculo, promovendo a troca de informações e permitindo que os pacientes expressem seus sentimentos em relação à sua situação de saúde, constituindo, dessa maneira, importante estratégia para a promoção do autocuidado e para a prevenção das complicações.⁴

Na CE, deverá ser efetuada inspeção do pé e avaliação da pele e sensibilidade, por meio de testes simples e de baixo custo. Isso, porém, não se observa na prática. Para evitar o aparecimento de lesões, é necessário, também, fornecer orientações quanto aos

cuidados simples com os pés, como: inspeção dos calçados, corte adequado das unhas, higiene e secagem dos dedos, hidratação, dentre outros.

Diante do exposto, questiona-se: quais as práticas de autocuidado das pessoas com pé diabético?

Em face dessa realidade, esta pesquisa pode gerar subsídios para o cuidado clínico de Enfermagem, considerando a importância em se abordar a perspectiva dos pacientes quanto aos cuidados realizados com o pé, além de possibilitar, ao enfermeiro e demais profissionais de saúde, indícios para uma melhor avaliação clínica do paciente e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

O estudo objetiva conhecer as práticas de autocuidado das pessoas com pé diabético.

MÉTODO

Pesquisa Ação (PA) realizada numa unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza-Ceará-Brasil, no período compreendido entre março e agosto de 2013.

A PA possibilita, ao pesquisador, atuação efetiva sobre a realidade estudada, por meio de novas contribuições aptas a trazer melhorias e soluções para a organização na qual, tanto os pesquisadores, quanto os participantes estão envolvidos, de modo cooperativo ou participativo⁵. O principal objetivo da PA é a investigação, dentro de um processo de interação entre pesquisadores e a população interessada, para gerar possíveis soluções aos problemas detectados e não ser confundida como consultoria.⁵

Aplicaram-se as doze etapas da Pesquisa Ação: exploratória (realizado o levantamento dos problemas); tema (cuidado com o pé diabético); colocação dos problemas (entrevista com pessoas diabéticas); lugar da teoria (articulação com a Teoria do Autocuidado); hipóteses (a falta de cuidados pode evoluir para a amputação); seminários (encontros com os pacientes); delimitação do campo de atuação UAPS, coleta de dados (entrevista individual); aprendizagem (atividades educativas individuais); saber formal e saber informal (comunicação entre o conhecimento científico e o popular); plano de ação (planejamento de ações individuais de autocuidado) e divulgação dos resultados (divulgação dos resultados aos participantes e comunidade científica).

Incluíram-se, no estudo, pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico médico de Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 há, no mínimo, três anos (visto que o pé diabético se desenvolve na fase

crônica da doença e de maneira silenciosa); ser maior de 18 anos; ser cadastrado e acompanhado regularmente na referida unidade. Excluíram-se aqueles que possuíam quaisquer dificuldades que inviabilizassem a comunicação e as respostas ao instrumento.

A amostra deste estudo foi obtida pelo método de amostragem por conveniência, sendo composta por 40 pessoas com DM cadastradas no programa de hipertensão e diabetes na referida unidade.

Para a obtenção dos dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, na própria Unidade de Atenção Primária à Saúde, gravada, que possibilitou identificar as necessidades e problemas, contendo duas partes: a primeira constava de variáveis sociodemográficas e clínicas (sexo, idade, tempo de diagnóstico, tratamento medicamentoso, glicemia capilar, conhecimento sobre o pé diabético, comorbidades e fatores de riscos) e a segunda parte contemplava variáveis relacionadas às facilidades e dificuldades na implementação dos cuidados com os pés (lavagem, secagem, hidratação, corte das unhas, tipo de calçados e meias, exame dos pés e cuidados com os ferimentos).

O estudo foi desenvolvido em três etapas. Na primeira, efetuou-se um levantamento das necessidades de orientações para o autocuidado. A segunda etapa ocorreu três meses após o encontro inicial e aplicou-se a intervenção educativa, por meio de orientações para o autocuidado. Focou-se, principalmente, nos cuidados com os pés, utilizando panfletos, modelos anatômicos de pés com e sem lesões e álbum seriado para pessoas com DM. Seu conteúdo teórico foi constituído de orientações para o autocuidado, com vistas à prevenção de complicações nos pés.

A terceira etapa se deu seis meses após o primeiro encontro e a intervenção educativa foi realizada no segundo momento, quando foram reforçados os cuidados aprendidos com os pés. Todos os encontros, realizados individualmente, tiveram duração de trinta minutos, em cada sessão.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, os pacientes foram codificados com a letra "P", de pacientes, seguida de numeral arábico, conforme a ordem das entrevistas. Esta pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (Processo nº 201.279). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da coleta de dados, respeitando os preceitos éticos de pesquisa

com seres humanos fundamentados na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.⁶

Para a análise dos resultados, trabalhou-se com a técnica da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin.⁷ Com base na leitura do conteúdo expresso pelos sujeitos nas entrevistas, foi possível definir as unidades de análise ou unidades de registro (frases, temas ou diálogo) que foram categorizadas por semelhança e, de acordo com os critérios semânticos, divididas em categorias temáticas, conforme exposto.

Desse processo analítico, emergiram duas categorias temáticas: 1. Práticas de autocuidado para a higiene dos pés e 2. Práticas de autocuidado para a prevenção de lesões traumáticas.

Desse modo, procedeu-se a análise compreensiva dos resultados, cuja interpretação apoiou-se na literatura atualizada sobre pé diabético.

RESULTADOS

♦ Caracterização sociodemográfica e clínica

Participaram do estudo 40 pacientes, com uma amostra predominantemente feminina, de 25 mulheres (62,5%). A faixa etária variou de 32 a 90 anos, com média de $58,6 \pm 11,7$ anos. A população do estudo procedia, igualmente, da capital/região metropolitana, com 20 (50,0%) participantes, e do interior, também com 20 (50,0%). Em relação ao nível de escolaridade, 13 (32,5%) tinham o ensino fundamental completo.

O estado civil mostrou-se fator contribuinte para o autocuidado, onde 23 (57,5%) dos participantes eram casados e relataram receber estímulo para o autocuidado dos seus parceiros. O número de filhos dos entrevistados variou de dois a sete, com média de $3,5 \pm 1,7$ filhos. Quanto à renda familiar, baseada no valor do salário mínimo vigente na época da coleta de dados, de R\$ 678,00, 27 (67,5%) pessoas percebiam de um e três salários mínimos, variando de menor que um salário mínimo a mais de quatro salários, com média de $2,0 \pm 0,6$. No tocante à ocupação, como observado, parte considerável da amostra foi constituída por aposentados/pensionistas, com 11 (27,5%) participantes.

Durante a fase de análise dos dados, foram identificadas duas categorias relacionadas às temáticas do estudo, que emergiram das falas dos sujeitos. A primeira, denominada de "práticas de autocuidado para a higiene dos pés" e a segunda, intitulada "práticas de autocuidado para a prevenção de lesões traumáticas".

◆ Categoria I. Práticas de autocuidado para a higiene dos pés

Esta categoria abrangeu 55 Unidades de Registro (UR), nas quais os pacientes descreveram os cuidados prestados com a higiene e corte das unhas dos pés, consoantes às transcrições a seguir:

Lavo meu pé sempre, uso sabão. (P7)

Hidrato com óleo, lavo o pé com água e sabão. (P26)

Corto minhas unhas, hidratante e lavo meus pés 3x/dia, manhã e noite. (P37)

Faço uma boa lavagem [no pé] e uso esfoliante e hidratante. (P15)

Tal como a pele, a unha da pessoa com DM mostra-se espessa e deformada, necessitando de cuidados adequados. Pelos depoimentos seguintes, percebe-se a preocupação dos pacientes na busca de tratamentos alternativos, como o uso de escovas, para a higiene das unhas, e pedra-pomes, para o tratamento dos calos. Estes tratamentos podem surgir como uma ajuda na terapêutica convencional:

Eu lavo com escova bem lavado e enxugo bem. (P32)

Lavo [o pé] com sabão e passo a escovinha e uso pedra-pome. (P39)

[...] lavo [os pés], uso sabão, escovo as unhas, passo pedra-pome e lixo. (P19).

Cuidados simples como, por exemplo, lavar e secar os pés, principalmente, nos espaços interdigitais, podem evitar as micoses, lesões e úlceras. Apesar das práticas seguras supracitadas, alguns pacientes demonstraram uma prática de higiene e corte inadequada, conforme se verifica nos depoimentos que se seguem:

Depois que tive uma ferida feia, agora, lavo [o pé] com asseptol 3x/dia. (P27)

Coloco [o pé] de molho. (P36)

Lavo somente [o pé] com sabonete e não seco entre os dedos. (P8)

Passo escova nas unhas e corto minhas unhas bem nos cantos. (P3).

◆ Categoria 2. Práticas de autocuidado para a prevenção de lesões traumáticas

Ao mesmo tempo em que a mudança de hábitos é vista como uma dificuldade para alguns membros do grupo, outros buscam formas diferentes de perceber o mesmo desafio. Assim, identificaram-se 12 UR nas quais os pacientes ressaltaram a preocupação de cuidados realizados com os pés como alternativa para a prevenção de lesões. Tal afirmativa é exemplificada nos relatos a seguir:

O cuidado que tenho [com o pé] é não andar descalço. (P30)

Não ando descalço porque tenho medo de ferir, cuido do meu pé. (P11)

Tenho cuidado [com o pé] pra não topar e não levar ferimento e não perder a perna. (P12) Cuido [do pé] pra não bater nas coisas, não coço quando algum mosquito me pica. (P11)

Nos discursos a seguir, identifica-se o conhecimento de alguns pacientes sobre os cuidados adequados como estratégia para evitar as úlceras:

Não corto [as unhas], somente uso serrinha [nas unhas]. (P6)

Lavo [as unhas] com sabão várias vezes e corto com alicate. (P14)

Tenho muitos cuidados [com os pés], até corto minhas unhas num podólogo. (P38)

DISCUSSÃO

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, os achados são semelhantes aos de outras pesquisas realizadas no Brasil sobre a prevalência de Diabetes Mellitus.⁸⁻¹⁰

◆ Categoria 1. Práticas de autocuidado para a higiene dos pés

Em relação à Categoria 1, ressalta-se a importância dos cuidados com a higiene para a prevenção de lesões.

Os pés são a base para a sustentação do corpo, do equilíbrio e dos movimentos, independente da atividade a se desempenhar, seja correr, praticar um exercício físico e até mesmo caminhar. Eles devem ser alvos permanentes de cuidado, pois a falta de cuidado pode se refletir na saúde do corpo inteiro. Nem sempre, porém, se dá a devida importância aos pés. Isso pode até parecer insignificante, mas o hábito de cuidar dos pés é necessário e, no caso da pessoa com diabetes, é fundamental para evitar as complicações da doença.

Os pacientes com mau controle metabólico têm mais chances de sofrer complicações na pele e anexos, ocasionadas por alterações endoteliais e microcirculatórias, que favorecem o surgimento de lesões.⁸ Além disso, o cuidado em manter os pés limpos, mesmo com algumas restrições, seja de tempo, interesse, idade, dentre outras, que interferem na condição do DM, não impede que os pacientes participantes do estudo referissem a higiene dos pés como ação de autocuidado. A higiene dos pés envolve os comportamentos de lavagem, secagem entre os dedos, corte de unhas e uso de loção hidratante.

Os pacientes com DM são responsáveis por cerca de 95% dos seus cuidados. Diante desse quadro, as ações direcionadas aos cuidados com os pés são a melhor estratégia para retardar ou diminuir as complicações decorrentes da doença como o pé diabético.⁸

São inúmeros os prejuízos causados pelo pé diabético e eles trazem consequências, muitas vezes, mutiladoras. As amputações, por exemplo, acarretam sequelas físicas, com limitações que repercutem na autonomia e independência do indivíduo. Somam-se, ainda, os custos intangíveis, que são imensuráveis, como sequelas psicológicas, passíveis de acarretar sentimentos depressivos, de baixa autoestima, dentre outros.¹¹ Contudo, as estratégias de prevenção, educação do paciente e da equipe, tratamento multidisciplinar das úlceras do pé, com acompanhamento intensivo, podem reduzir as taxas de amputação de 49 a 85%.¹

Essa interação, associada ao comprometimento da participação para a promoção da saúde, é premissa importante do método da pesquisa-ação, que visa à construção do conhecimento, de maneira coletiva e participativa, buscando soluções para um problema que necessita de intervenção e mudança.

Cuidados simples como, por exemplo, lavar e secar bem os pés, principalmente nos espaços interdigitais, podem evitar as micoses, lesões e úlceras. É preciso também hidratar as pernas e os pés, para evitar o ressecamento da pele.

Conforme mostram os relatos, os pacientes executavam cuidados com os pés, isto é, lavavam, secavam e hidratavam. Para o *International Working Group on the Diabetic Foot*¹, as recomendações esperadas para prevenir o pé diabético baseiam-se nas seguintes instruções: lavar os pés diariamente, com água e sabão neutro; secá-los bem com uma toalha macia, prioritariamente entre os dedos, e hidratar com creme à base de ureia na região plantar, dorsal e calcanhar, com exceção entre os espaços interdigitais, de preferência, três vezes ao dia.

Dessa forma, considerou-se que os cuidados relacionados com a higienização correta e corte das unhas é fundamental para a prevenção e diagnóstico precoce das lesões. Contudo, considera-se que a orientação de Enfermagem constitui uma das estratégias passíveis de incentivar e desenvolver as potencialidades dos pacientes e familiares, bem como instrumentalizá-los para assumir, como sujeitos, as ações voltadas para o enfrentamento desses problemas. Contudo, o atendimento a essa necessidade é requisito básico da interação enfermeiro-paciente, além da família, que desempenha papel fundamental diante da cronicidade do DM.

A hidratação regular dos pés, com o uso de hidratantes e óleos, é um hábito relatado por

parte da amostra. É considerado um cuidado necessário para a proteção dos pés contra o ressecamento evitando, assim, as rachaduras ou fissuras. Estas ocorrem pela redução ou supressão do suor nos pés, deixando-os mais secos, em virtude do comprometimento das fibras sensitivas, motoras e autonômicas.¹²

Atores reforçam o uso de cremes hidratantes nos pés à base de lanolina ou óleos vegetais e hidratantes associados à ureia (5%, 10%), evitando a aplicação entre os dedos, para a diminuição de hiperqueratose.¹³

Alguns cuidados são dispensados às unhas: cortar no formato quadrado, reto e horizontal, com uso de alicate; lixar as pontas, não as deixando rentes à pele; evitar cortar os cantos e não remover as unhas encravadas. Em caso de unhas encravadas, propõe-se buscar um tratamento especializado para desencravá-las corretamente.¹

Estudo concluiu que o corte das unhas dos pés, de forma arredondada, contribui para o aparecimento de lesões nos cantos dos dedos, em decorrência do encravamento das unhas causado pelos objetos cortantes.¹² Além disso, infecções nas lesões retardam a cicatrização e poderão levar a uma consequente amputação.

Outro ponto expressivo, relacionado ao corte das unhas num indivíduo diabético, se dá pela perda da sensação protetora nos pés, em face à neuropatia periférica, pois os pacientes poderão não sentir a ponta da tesoura durante o ato de cortar unhas.¹⁴

Diante, porém, das dificuldades das pessoas com DM, a Enfermagem pode oferecer apoio educativo para o cuidado com os pés, conforme as necessidades individuais e o risco de ulcerações e amputações. Quando o paciente sentir dificuldades para efetivar o corte correto das unhas, este deve ser realizado por familiares treinados ou por profissionais especializados.

Neste estudo, a pesquisa-ação funcionou como uma metodologia que teve como objetivo estimular a expressão individual na tomada de decisões.

A higiene do pé diabético deve ser executada diariamente, com uso de sabão neutro, de preferência, líquido.¹ Porém, o pH neutro diminui significativamente a defesa contra a proliferação microbiana e pode promover maior perda de água transepidermica, alterando a função de barreira epidérmica.¹⁵

Em contrapartida, o que preconiza a literatura é o uso de sabonetes com pH levemente ácido, por não interferirem tão intensamente na microflora cutânea e possuírem menor potencial deletério, pois se

aproximam do pH fisiológico, que varia entre 4,2 e 5,9, conforme a área do corpo aferida.¹⁶ Contudo, alguns tipos de sabões fabricados variam conforme a propriedade dos seus componentes. Segundo observado, a maioria dos pacientes fazia uso de sabonete ou sabão com pH neutro. Destes, o mais citado foi o Asseptol, cujo pH equivale a 7,8. Portanto, é considerado um sabão neutro.¹⁷ Provavelmente, o uso desse produto se deu pela facilidade na aquisição e pelo seu baixo custo.

A água para a higiene do pé deve ser morna, a 35° C, sendo importante testar a temperatura desta nas mãos, antebraços, cotovelos ou termômetro de banho antes de colocar o pé, para evitar queimaduras.¹⁸

Quanto ao uso de pedra-pomes ou lixa de papel, para a remoção de calos, autores reforçam a importância do uso de maneira superficial e suave e que seja feito após o banho, com os pés ainda úmidos ou após colocá-los em água morna.¹⁹ Mas os autores citados contraindicam o uso de produtos químicos, objetos perfurocortantes e lixas de metal para a remoção de calosidades, em virtude do grande perigo que uma inflamação local pode representar.

Para os cuidados com as unhas e leito ungueal, ações desse tipo devem ser desempenhadas por todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, deixando-lhes o direito de decidir sobre a mudança de comportamento.¹³

O caráter participativo é condição fundamental para a pesquisa-ação: demanda que os sujeitos envolvidos percebam a necessidade de mudança e queiram exercer papel ativo nesta.⁵

Conforme observado, os participantes têm medo das complicações futuras. Todavia, ao mesmo tempo em que o medo é um sentimento negativo, pode estimular iniciativas de autocuidado.

No tocante à importância do uso de calçados apropriados na população estudada, muitos relataram que usavam calçados comuns e abertos, portanto, apresentam um déficit de autocuidado e, conseqüentemente, estão mais propensos ao risco de lesões. Mesmo se as sandálias usadas não forem adequadas, as pessoas com DM sempre devem ser orientadas a andar calçadas, não usarem sapatos apertados e que estes as protejam de possíveis injúrias extrínsecas. Portanto, a partir daí, há a necessidade de intervenção para minimizar ou superar esses déficits. Estudo reforça que 85% das lesões graves das pessoas com DM hospitalizadas são comumente associadas a pequenos traumas,

originados por objetos cortantes ao andar descalço, pelo uso de calçados impróprios, dermatoses comuns, manipulações incorretas dos pés e unhas por pessoas não habilitadas.¹³ Tais complicações poderiam ser minimizadas, mediante uma intervenção para o autocuidado.

É importante salientar que, em caso de neuropatia, mesmo em ausência de deformidades visíveis, o calçado deve incluir palmilhas feitas sob medida, com o objetivo de reduzir e amortizar o efeito da tensão repetitiva e acomodar as deformidades.¹

Em relação aos calçados terapêuticos, quando já detectada a alteração na biomecânica, pela presença de calosidades ou deformidades nos pés ou amputação de dedos, estes devem ser confeccionados sob medida em comprimento, largura e altura, com profundidade extra que permita a adaptação de palmilhas removíveis, de couro macio, sem costuras internas, contraforte rígido, acolchoados internamente e fechamento ajustável (velcro ou cadarço), com saltos de até três centímetros e que cubram totalmente os dedos e o calcanhar.¹³

Em outro estudo, as autoras mostraram que a baixa adesão ao uso dos calçados terapêuticos se deve ao aspecto estético, pois os pacientes os consideravam “feios e ruins”.²⁰

Os mesmos autores preconizam, ainda, a relevância dos profissionais de saúde nas orientações sobre a escolha do calçado adequado e na oferta de informações importantes sobre proteção dos pés, para diminuir o risco de ulceração, permitindo o reconhecimento do calçado inapropriado. Nestas situações, o indivíduo precisa adquirir conhecimentos e habilidades, a fim de incorporá-los em seu sistema de cuidado.

Deve-se considerar, ainda, que o elevado custo desses calçados pode ser um dos entraves para o seu uso, frisando que 67% das pessoas com DM desta pesquisa têm renda de apenas um a três salários mínimos.

Ainda como proposta, exigência pela ajuda da Enfermagem se dá porque, neste momento, a pessoa com diabetes apresenta-se limitado na provisão de autocuidar-se, pois não tem conhecimento do significado do uso do calçado adequado. Na assistência à pessoa com DM e pé em risco, trabalhar a prática de autocuidado possibilita sair da desinformação e torná-la atuante no processo de transformação.

Várias pesquisas constataram que os calçados são as principais causas de lesões nos pés dos diabéticos e muitas são precursoras da amputação.¹³ Portanto, o objetivo

fundamental da assistência à pessoa com diabetes é evitar este desfecho, pelo reconhecimento de situações de risco e imediatas intervenções. Ainda, como se verifica, muitas das informações prestadas pelos profissionais de saúde a esse grupo não são observadas rigorosamente, sobretudo, no tocante à questão do uso do calçado adequado, em decorrência das dificuldades advindas no fator econômico.

Nesse prisma, o uso da pesquisa-ação, articulado à Teoria de Orem é, sem dúvida, relevante para a pessoa com diabetes e pé em risco, pelo fato de poder levar a um resultado específico, proporcionando engajamento, tomando iniciativas e assumindo responsabilidades no desenvolvimento efetivo de seu cuidado em direção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar.

♦ Categoria 2. Práticas de autocuidado para a prevenção de lesões traumáticas

Na segunda categoria, ressaltam-se os cuidados realizados pelos pacientes para evitar lesões que, muitas vezes, podem levar à incapacidades ou óbito.

A prevalência tende a aumentar com a idade. Dentre as complicações, as pessoas com diabetes poderão apresentar importante prejuízo na mobilidade funcional. O DM tem relação com a diminuição na mobilidade funcional, a partir do início das suas complicações, principalmente, a neuropatia diabética.²¹ Dessa maneira, a ND contribui para a atrofia e a fraqueza muscular, deformidades ósseas, desequilíbrio da mecânica do pé, déficit de equilíbrio, dificuldade para deambular e risco de quedas.¹³

Além da ND, a maior prevalência de quedas entre pessoas com DM é desencadeada por diversos fatores, dentre eles: deficiência visual; uso de grande quantidade de medicamentos; tonturas; distúrbio auditivo; hipoglicemia decorrente do mau uso de medicação e insulina. Outros autores acrescentam que os pacientes idosos, com DM2, podem manifestar alterações cerebrais capazes de provocar declínio cognitivo, que também podem repercutir na sua habilidade funcional.²¹

Nesses pacientes, a maioria das quedas acontece dentro de casa ou nas proximidades, geralmente, durante as atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição ou ir ao banheiro no período noturno.²¹

Os prejuízos causados pela mobilidade funcional parecem ser mais prevalentes entre diabéticos mais velhos. Contudo, independentemente da idade, a pessoa com DM deve ter o conhecimento sobre a

diminuição da mobilidade funcional e, a partir daí, devem ser traçadas estratégias de prevenção. Mais uma vez, se enfatizam as ações de autocuidado que incluem educação preventiva tanto para os pacientes, quanto para os familiares, alertando sobre os sinais de incapacidades físicas e orientando a respeito dos cuidados dirigidos à prevenção de acidentes, lesões e até amputações.

Fora todos os cuidados citados anteriormente com os pés, os pacientes que não aderirem ao tratamento têm probabilidade 50 vezes maior de ulcerar o pé e 20 vezes maior de tê-los amputado do que aqueles que seguem corretamente as orientações.¹⁴

As úlceras nos pés sobressaem como a causa comum a preceder uma amputação e são responsáveis por grande percentual de morbimortalidade e hospitalização entre as pessoas com diabetes¹, com um tempo médio de internação maior em 59% do que nos diabéticos sem úlcera.²²

Após o surgimento da úlcera, mesmo em ferimentos superficiais, são fundamentais o tempo e a maneira como são tratadas, para ser evitada infecção e consequentemente amputação. Autores reforçam a necessidade de cuidados especiais a essas lesões, como: limpeza da ferida, uso de cobertura indicada para o tipo de tecido presente e desbridamento.¹⁴

Mesmo cientes desses cuidados, as lesões nos pés das pessoas com diabetes caracterizam um déficit de autocuidado, pois muitos não têm habilidades para executar cuidados adequados com as úlceras.

Segundo evidenciado na Categoria 2, as pessoas com DM pesquisadas cortam as unhas de maneira errada, logo, denotam um déficit de conhecimento e de autocuidado e, consequentemente, estão mais vulneráveis ao risco de desenvolver úlceras nos pés.

As consultas de Enfermagem, a esses pacientes, podem auxiliar o indivíduo a se capacitar para o autocuidado, por meio de orientações essenciais ao bom controle glicêmico, além de desenvolver estratégias simples que promovam a prevenção do pé diabético.

Cabe salientar o fato de que cortar as unhas de maneira inadequada pode estar associado ao desconhecimento acerca do instrumento utilizado para tal procedimento.

Compreende-se, então, que este estudo adotou a metodologia da pesquisa-ação, por haver necessidade de mudanças nesse contexto social.

Conforme mencionado, o corte das unhas de forma arredondada não é recomendado, pois, quando os cantos destas são removidos

com frequência, uma porção profunda e intacta da unha é deixada no sulco ungueal distal, que acaba crescendo dentro da pele, provocando lesões e dor. O corte correto deve ser executado com alicate, deve ter boa iluminação, posição confortável, boa visão. Deve-se estabilizar o dedo do pé com a mão e cortar com a outra e, em quaisquer arestas, usar lixas.¹

Estudo mostra que o paciente, quando não estiver apto ou apresentar dificuldades para realizar o corte correto das unhas, este deve ser feito por familiares treinados ou por profissionais especializados.¹¹ Nesse contexto, justifica-se a necessidade de se educar também os familiares para poderem desempenhar essa função.

A PA permite uma maior interação entre o pesquisador e o pesquisado, relação esta que já é estabelecida na prática da Enfermagem, e isso se faz sempre incluindo o paciente em conjunto com sua família e a comunidade, para proporcionar, constantemente, a transformação positiva dessa realidade.

CONCLUSÃO

Este estudo propiciou identificar as práticas de autocuidado de pessoas com pé diabético, bem como as dificuldades e/ou facilidades na implementação das medidas preventivas, considerando o conhecimento por elas adquirido em consultas de rotina, em contato com a equipe e quanto às suas experiências cotidianas.

No tocante ao conhecimento das pessoas com DM, acerca dos cuidados com os pés, os dados mostraram um grau expressivo de déficit de conhecimento e autocuidado sobre os calçados adequados, formato correto do corte das unhas, instrumento apropriado para o corte e importância do exame dos pés.

Esse déficit, provavelmente, está relacionado às poucas oportunidades de orientações relatadas. Os participantes afirmaram que as orientações são importantes. Portanto, melhorar o conhecimento da pessoa com DM, sobre os cuidados com os pés, é fundamental para minimizar ações adversas decorrentes do autocuidado ineficaz.

Nessa PA, a finalidade do conhecimento produzido não foi somente prestar informações, mas, sobretudo, sensibilizar os pacientes sobre os riscos das complicações decorrentes do DM. O estudo envolveu os pacientes com seu autocuidado, incentivou-os a modificar a forma como cuidam de si, levando-os a se autorresponsabilizar por sua saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. International Working Group on the Diabetic Foot. International Consensus on the Diabetic Foot. Amsterdam: International Working Group on the Diabetic Foot; 2015.
2. Papanas N, Maltezos E. Polyherbal formulation as a therapeutic option to improve wound healing in the diabetic foot. Indian J Med Res [Internet]. 2011 Aug [cited 2014 Feb 14];134(2):146-47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181013/?report=reader>
3. Rocha RM, Zanetti ML, Santos MA. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 2016 Feb 16];22(1): 17-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a03v22n1.pdf>
4. Nascimento TCO, Navarine TCRR, Anízio BKF, Anízio BF, Costa MML, Santos IBC. Conhecimento de pacientes com diabetes mellitus sobre lesões nas extremidades. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2014 July [cited 2016 Feb 16]; 8(7):1888-97. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4391/9483>
5. Thiollent M. Metodologia da pesquisa. 18th ed. São Paulo: Cortez; 2011.
6. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2015 Dec 14]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
8. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. São Paulo: AC Farmacêutica; 2015 [cited 2016 Feb 12]. Available from: <http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>
9. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Planificação da Atenção primária à Saúde nos Estados [Internet]. Brasília: CONASS; 2011 [cited 2016 Feb 15]. Available from: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf
10. Lyra R, Silva RS, Montenegro Jr. RM, Matos MVC, César NJB, Silva LM. Prevalência de diabetes mellito e fatores associados em

população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2010 Aug [cited 2015 Jan 15];54(6):560-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n6/09.pdf>

11. Bortoletto MSS, Viude DF, Haddad MCL, Karino ME. Caracterização dos portadores de diabetes submetidos à amputação de membros inferiores em Londrina, Estado do Paraná. Acta Sci [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 16];32(2):205-313. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7754/7754>

12. Amaral AS, Tavares DMS. Cuidados con los pies: conocimiento entre personas con diabetes mellitus. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2009 [cited 2016 Mar 16];11(4):801-10. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a05.pdf

13. Pedrosa HC, Vilar L, Boulton AJM. Neuropatias e pé diabético. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.

14. Caiafa JS, Castro AA, Fidelis C, Santos VP, Silva ES, Sitrângulo Jr. CJ. Atenção integral ao portador de pé diabético. J Vasc Bras [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 16];10(4 Suppl 2):1-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4s2/a01v10n4s2.pdf>

15. Fernandes JD, Machado MCR, Oliveira ZNP. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. An Bras Dermatol [Internet]. 2011 Jan/Feb [cited 2016 Jan 16];86(1); 102-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>

16. Urasaki MBM. Cuidados com a pele adotados por gestantes assistidas em serviços públicos de saúde. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 15];24(1);67-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a10.pdf>

17. Mercadante R, Assumpção L. Massa base para sabonetes: fabricando sabonetes sólidos [Internet]. Curitiba: UNIOESTE; 2009 [cited 2015 Nov 15];7(2);1-21. Available from: <http://projetos.unioeste.br/projetos/gerart/apostilas/apostila8.pdf>

18. Overhaussen PE. Úlceras do pé diabético: causas, diagnósticos e tratamento. New York: Lusociência; 2012.

19. Carvalho G, Barreto AF, Carlos D. Pé diabético e assistência de profissionais de saúde: revisão. Ensaios Cienc, Cienc Biol Agrar Saúde [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 15];15(3);197-208. Available from:

<http://www.redalyc.org/pdf/260/26021120016.pdf>

20. Anselmo MI, Nery M, Parisi MCR. The effectiveness of educational practice in diabetic foot: a view from Brazil. Diabetol metab syndr [Internet]. 2010 June [cited 2016 Jan 16];2(45);1-4. Available from: <http://www.dmsjournal.com/content/2/1/45>

21. Cordeiro RC, Jardim JR, Perracini MR, Ramos LR. Factors associated with functional balance and mobility among elderly diabetic outpatients. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2009 [cited 2015 Oct 15];53(7);834-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n7/07.pdf>

22. Ochoa-Vigo K, Torquato MTCG, Silvério IAS, Queiroz FA, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Pace AE. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. Acta Paul Enferm [Internet]. 2006 July/Sept [cited 2016 Jan 16];19(3);296-303. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a07v19n3.pdf>

Submissão: 07/06/2016

Aceito: 10/08/2017

Publicado: 01/09/2017

Correspondência

Luciana Catunda Gomes de Menezes

Rua Valdetário Mota, 1514, Ap. 701

Bairro Papicu

CEP: 60175-740 – Fortaleza (CE), Brasil