

Josineide Soares da Silva

Satisfação com a consulta e grupo de diabetes: Implicações na satisfação e nas expectativas e comportamentos de cuidados com os pés em pessoas com diabetes tipo 2



Josineide Soares da Silva

**Satisfação com a consulta e grupo de diabetes:
Implicações na satisfação e nas expectativas e
comportamentos de cuidados com os pés em pessoas
com diabetes tipo 2**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde de Viseu como requisito a obtenção do título de Mestre em Educação para Saúde.

Orientação: Prof.^a Doutora Madalena Cunha



Dezembro de 2015

AGRADECIMENTOS

A Deus por se fazer presente em todos os momentos de minha vida, através dos sinais mais singelos.

Aos meus pais Afonso Alves (In memoriam) e Maria José, pelo amor incondicional que recebo todos os dias de minha vida.

A orientadora Prof.^a Doutora Madalena Cunha, por acreditar em meu potencial, mesmo nos momentos mais difíceis, e por suas palavras de incentivo.

A minha família, por entender minhas ausências e por terem estado sempre disposto para ajudar.

Aos amigos, por estarem sempre ao meu lado, mesmo estando ausente por muito tempo.

A minha amiga Joelma Araújo, por me dedicar amizade sincera, carinho e por me proporcionar muitos momentos de alegria!

As pessoas com diabetes da Unidade de Saúde que participaram deste trabalho, pelo entendimento da importância da pesquisa.

Aos meus alunos por serem meu maior estímulo na carreira de docência.

Aos colaboradores, por terem tornado este trabalho possível: Ana Lúcia Lima, Lisiane Vital, Bárbara D'eslley.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A diabetes Mellitus constitui uma patologia crónica prevalente de crescente incidência e elevada morbidade e mortalidade, sendo as alterações do pé uma das suas principais complicações.

OBJECTIVOS: Identificar a prevalência de Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés em Pessoas com Diabetes. Determinar as variáveis com influência significativa na Satisfação e Expectativas acerca dos Cuidados com os Pés nas Pessoas com Diabetes.

MÉTODOS: O estudo assentou numa pesquisa transversal de natureza quantitativa e enfoque descritivo desenvolvido numa amostra de 30 pessoas com diabetes tipo 2, das quais 11 (36,7%) eram do sexo masculino e 19 (63,3%) do sexo feminino, a maioria na faixa etária entre 51 a 60 anos, pardos (70%), casados (60%), sem habilitações literárias (83,3%), católicos (60%), aposentados (60%). Aplicou-se o Questionário Comportamental de Cuidados com os Pés (Rocha & Rosianne 2005) e Escalas acerca do Relacionamento com a equipe de saúde, Satisfação durante a consulta, Satisfação com o grupo de diabetes na unidade de saúde e Satisfação e expectativas acerca do cuidado com os pés (Cunha & Soares, 2015).

RESULTADOS: A maioria das pessoas com diabetes frequenta a unidade básica de saúde (96,7%), lava os pés (73,3%), usa sabonete comum (66,7%), utiliza outros meios, que não esponja, na esfregação dos pés (50,0) e usa toalha normal para enxuga-los (76,7%), utiliza sapatos macios 50% e verifica o sapato antes de usá-lo (83,3%). Constatamos existir discrepância entre os conhecimentos sobre os cuidados com os pés e os comportamentos que adoptavam na realidade. Destacamos o facto de apenas 40% dos participantes optar por cuidados adequados; Os comportamentos adequados nos cuidados aos pés foram mais significativos nas mulheres, mas sem diferenças estatisticamente significativas ($t= 1,08$; $p= 0,28$).

Quanto ao exame dos pés, a maioria (75,9%) não possuía ferimentos nos pés e relatou que não examinou seus pés no dia da avaliação (70%), e que procuraria uma unidade de saúde caso surgisse alguma ferida (90%). Foi encontrada correlação significativa entre a satisfação com o grupo de diabetes e a satisfação e expectativas acerca do cuidado com os pés ($r= 0,42$; $p=0,02$).

CONCLUSÕES: Os resultados sugerem que a satisfação e expectativas das pessoas em relação aos cuidados aos pés reforça a importância de se trabalhar mais sobre o tema tanto no que se refere às consultas como ao grupo de educação. A participação da equipe é fundamental no emponderamento das pessoas o que facilita no cuidado cos pés prevenindo o surgimento de lesões.

Palavras-chave: Diabetes mellitus, Satisfação; Cuidados aos Pés.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The diabetes mellitus is a prevalent chronic disease of increasing incidence and high morbidity and mortality, and toe changes one of its major complications.

OBJECTIVES: Identify the prevalence of appropriate behaviors in the care the feet in People with Diabetes. Determine the variables with significant influence on satisfaction and expectations about Foot Care in People with Diabetes.

METHODS: The study was based on a cross-sectional survey of quantitative and descriptive approach developed in a sample of 30 people with type 2 diabetes, of which 11 (36.7%) were male and 19 (63.3%) were female, most aged between 51-60 years old, brown (70%), married (60%), with no educational qualifications (83.3%), Catholics (60%), retired (60%). We used the Behavioral Questionnaire Care feet (Rock & Rosianne 2005) and scales about the relationship with the health team, satisfaction during the visit, satisfaction with the diabetes group in the health unit and satisfaction and expectations about care with feet (Cunha & Smith, 2015).

RESULTS: Most people with diabetes attending primary care unit (96.7%), washes the feet (73.3%), use common soap (66.7%), use other means, not sponge, rubbing in the feet (50.0) and uses standard towel to wipe them (76.7%), use soft shoes 50% and verifies the shoe before you use it (83.3%). We found there is a discrepancy between knowledge about foot care and behavior who adopted actually. We emphasize the fact that only 40% of participants choose appropriate care; Appropriate behaviors in the care of the feet were more significant in women, but without statistically significant differences ($t = 1.08$; $p = 0.28$).

As to the examination of the feet, the majority (75.9%) did not have foot injuries and reported that did not examine their feet on the valuation date (70%), and that it would seek a health unit case arose any wound (90%). There was a significant correlation between satisfaction with the diabetes group and the satisfaction and expectations about foot care ($r = 0.42$; $p = 0.02$).

CONCLUSIONS: The results suggest that the satisfaction and expectations of people in relation to care for the feet reinforces the importance of working more on the subject both in regard to queries as to the education group. The participation of the team is fundamental in empowering people which facilitates the care cos feet preventing the appearance of lesions.

Keywords: Diabetes mellitus, satisfaction and care for feet.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, SÍMBOLOS E SINAIS

<i>apud</i>	Citado por (do latim, <i>apud</i>);
Et al.	E colaboradores (do latim, <i>ET alli</i>);
http://	Protocolo de Transferência em HiperTexto (do inglês, Hypertext Transfer Protocol);
URL	Localizador Uniforme de Recursos (do inglês, Uniform Resource Locator);
www	Rede Mundial de Computadores (do inglês, Word Wide Web)
DM	Diabetes Mellitus
EUA	Estados Unidos da América
OMS	Organização Mundial da Saúde
IDF	International Diabetes Federation
QV	Qualidade de vida
DMT2	Diabetes Mellitus tipo 2
CNHD	Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes
UBS	Unidade Básica Saúde da Família
DAP	Doença Arterial Periférica
CAB	Caderno de Atenção Básica
DSBD	Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
ND	Neuropatia Diabética
PND	Polineuropatia Diabética Periférica
PP	Pressão plantar
PSP	Perda da pressão plantar

INTRODUÇÃO	19
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
CAPITULO I_ DIABETES MELLITUS.....	26
PÉ DIABÉTICO	28
NEUROPATIA DIABÉTICA.....	28
DIAGNÓSTICO E APRESENTAÇÃO CLÍNICA	30
TRATAMENTO.....	31
EXAME DOS PÉS: FATORES FISIOLÓGICOS IMPLICAÇÃO NA ULCERAÇÃO	31
AVALIAÇÃO CLÍNICA.....	33
RASTRÉAMENTO.....	33
TESTE DE SENSIBILIDADE NEUROLÓGICO	34
CAPITULO II: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO GRUPO DE DIABETES: UMA ALTERNATIVA PARA ADEÇÃO NO CUIDADO COM OS PÉS	37
DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS ..	38
GRUPOS DE DIABETES	40
CONSULTA COLETIVA	41
CAPÍTULO III_ EXPECTATIVAS E COMPORTAMENTOS DE CUIDADOS COM OS PÉS	43
IMPACTO DAS COMPLICAÇÕES NOS PÉS NA QUALIDADE DE VIDA	43
COMPORTAMENTO DA PESSOA COM PÉ DIABÉTICO.....	46
EXPECTATIVA DE APRENDIZAGEM PARA O AUTOCUIDADO COM O PÉ SAUDÁVEL.....	47
II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	51
METODOLOGIA	51
TIPO DE ESTUDO	51
QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS ESPECÍFICOS.....	51
VARIÁVEIS	52
DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	53
AMOSTRA	55
INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	58
RESULTADOS	62
ANÁLISE DESCRITIVA	62
ANÁLISE INFERENCIAL.....	75
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	81
DISCUSSÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS.....	81
DISCUSSÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS	84
DISCUSSÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES NOBRES.....	85
DISCUSSÃO DA VARIÁVEL DEPENDENTE: SATISFAÇÃO E EXPECTATIVAS ACERCA DO CUIDADO COM OS PÉS	88
CONCLUSÕES.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	93

ÍNDICE

PG

Índice de figuras.....	I
Índice de quadros.....	II
Índice de tabelas.....	III

I. ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 – Diagnóstico e Apresentação Clínica.....	30
Figura 2 – Áreas de risco de ulceração em pacientes diabéticos.....	32
Figura 3 – Aplicação do monofilamento_10g.....	38
Figura 4 – Organização dos grupos de autocuidado para condições crônicas.....	35
Figura 5 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.....	40

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 – Elementos clínicos que levantam suspeita de DM.....	25
Quadro 2 – Valores preconizados para o diagnóstico da DM tipo 2 em seus estágios pré-clínicos.....	25
Quadro 3 – Orientações para a promoção do autocuidado de pessoas com DM em relação ao cuidado com os pés.....	48
Quadro 4 – Classificação da Satisfação e Expectativas acerca do cuidado com os pés.....	54
Quadro 5 – Classificação do diagnóstico Comportamental (Comportamento relativos aos cuidados com os pés)	65
Quadro 6 – Classificação do Relacionamento com a Equipe.....	69
Quadro 7 – Classificação da Satisfação durante a Consulta de Diabetes.....	71
Quadro 8 – Classificação e Satisfação com o Grupo de Diabetes.....	72
Quadro 9 – Classificação da Satisfação e Expectativa acerca do cuidado com os pés.....	74

ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 – Estatística relativas á idade.....	56
Tabela 2 – Caracterização da amostra quanto as variáveis sóciodemográficas, Arapiraca, AL.....	57
Tabela 3 – Estatística relativas a duração da Diabetes em anos.....	63
Tabela 4 – Variáveis Clínicas da Diabetes.....	63
Tabela 5 – Diagnóstico Comportamental (relativos aos cuidados adequados com os pés).....	64
Tabela 6 – Comportamento adequado relativamente aos cuidados adequados com os pés.....	65
Tabela 7 – Comportamento adequado relativo aos cuidados de higiene com os pés.....	66
Tabela 8 – Comportamento adequado sobre os cuidados gerais com os pés.....	67
Tabela 9 – Comportamento adequado relativamente aos cuidados com os calçados e meias.....	68
Tabela 10 – Estatística relativa ao Relacionamento com a Equipe.....	69
Tabela 11 – Relacionamento com a Equipe.....	70
Tabela 12 – Estatística relativas ao Grau de Satisfação durante a consulta de Diabetes.....	70
Tabela 13 – Satisfação durante a Consulta de Diabetes.....	71
Tabela 14 – Estatística relativas à Satisfação com o Grupo de Diabetes.....	72
Tabela 15 – Satisfação com o Grupo de Diabetes.....	73
Tabela 16 – Estatística relativo à Satisfação e Expectativas acerca do cuidado com os pés.....	74
Tabela 17 – Satisfação e Expectativas acerca do cuidado com os pés.....	75
Tabela 18 – Resultados do teste <i>t</i> de <i>Student</i> das variáveis sociodemográficas.....	76
Tabela 19– Resultados do teste <i>t</i> de <i>Student</i> variáveis clínicas.....	77
Tabela 20 – Resultados do teste <i>t</i> de <i>Student</i> variáveis de comportamentos adequados com os pés.....	77

Tabela 21– Matriz de correlação entre escala de satisfação acerca do cuidado com os pés, desenvolvimento no grupo de diabetes, grupo de diabetes/unidade de saúde e escala de relacionamento com a equipe, Arapiraca, AL, 2015.....81

INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogênicas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidrato, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. É considerado um problema de saúde pública por seu caráter crônico e por ser uma doença que afeta grandes proporções da população. Estima-se que existam mais de cinco milhões de diabéticos no Brasil, dos quais cerca da metade desconhece o diagnóstico de Diabetes mellitus (BRASIL, 2013).

Segundo, o Caderno de Atenção Básica “Estratégia para o cuidado com a doença crônica Diabetes Mellitus” (BRASIL, 2013), a prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países Europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que nos grupos de 45 a 64 anos (IDF, 2012).

As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção à saúde. A análise epidemiológica econômica e social do número crescente de pessoas com DM mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida (IDF, 2012).

Dentre as complicações crônicas destacam-se aquelas relacionadas com os pés, cuja alteração fisiopatológica é caracterizada pelo aparecimento de lesão, que é decorrente da neuropatia diabética e da doença vascular periférica. A neuropatia diabética apresenta um quadro variado, com múltiplos sinais e sintomas, dependentes de sua localização em fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômicas. Quando ocorrem infecções em pessoas com feridas diabéticas, elas são mais agressivas e seguem o curso com riscos de perda do membro ou de maior mortalidade. Um problema enfrentado pela pessoa com diabetes diz respeito a qualidade da consulta executada, onde exames mínimos fazem a diferença, no momento de um fechamento de um diagnóstico (BRASIL, 2013).

Os estudos epidemiológicos demonstram que a ocorrência de pé diabético é um importante problema de saúde pública de dimensão crescente estimam que essa complicação é responsável por 40% a 70% das amputações traumáticas de membros inferiores. Aproximadamente, 20% das internações de pessoas com a diabetes ocorrem por

lesões nos membros inferiores. Oitenta e cinco por cento das amputações de membros inferiores na DM é precedido de ulcerações, sendo que os principais fatores associados são neuropatia periférica, deformidades no pé e os traumatismos (BRASIL, 2013).

Os números apresentados mostram que o pé diabético é um problema global que merece *toda a nossa atenção*. Foi neste sentido que considerámos pertinente desenvolver o estudo **“Satisfação com a consulta e grupo de diabetes: implicações na satisfação e expectativas acerca dos cuidados com os pés em pessoas com diabetes tipo 2”**, de forma a perceber como reagem quando utilizam os serviços da Unidade de Saúde como a consulta e a participação nos grupos de Diabetes, refletindo nos cuidados aos pés.

Para orientar a nossa investigação, formularam-se as seguintes questões gerais:

Que Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés relatam as Pessoas com Diabetes?

Que variáveis influenciam a Satisfação e Expectativas acerca dos Cuidados com os Pés nas Pessoas com Diabetes?

A escolha do tema aconteceu a partir do trabalho educacional que já é desenvolvido nas unidades básicas de saúde no Brasil perante a pessoa com Diabetes Mellitus, assim como também, pela motivação que encontramos diante da dificuldade que essas pessoas têm de controlar os níveis glicêmicos da diabetes.

Em consonância, para a realização do presente estudo delinearam-se como objetivos gerais:

Identificar a prevalência de Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés em Pessoas com Diabetes.

Determinar as variáveis com influência significativa na Satisfação e Expectativas acerca dos Cuidados com os Pés nas Pessoas com Diabetes.

O estudo que concretizado, insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Educação para a Saúde que nos encontramos a frequentar na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV). Este estudo, que nos propusemos a desenvolver para apresentar o processo e os resultados da Investigação, está estruturado em duas partes: Contextualização teórica e Investigação empírica.

A primeira parte, diz respeito, ao enquadramento teórico o qual abordarmos no primeiro capítulo: Diabetes, classificação e suas complicações como neuropatia diabética e pé diabético. No segundo capítulo, abordaremos a educação em saúde no grupo de diabetes como uma alternativa para adesão no cuidado com os pés. Por fim, será abordado quais as expectativas e comportamentos das pessoas com diabetes no cuidado aos pés.

Na segunda parte, dedicada ao estudo empírico, é descrito o tipo de estudo, definida a amostra e os instrumentos de colheita de dados, feita a previsão e tratamento estatístico,

a apresentação e análise dos dados, a discussão dos resultados e por último uma conclusão.

Esperamos com este estudo contribuir para uma melhor compreensão da problemática dos comportamentos de cuidados ao pé nas pessoas com diabetes.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO I_ DIABETES MELLITUS

Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidrato, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013).

É considerado um problema de saúde pública por seu caráter crônico e por ser uma doença que afeta grandes proporções da população. Estima-se que existam mais de cinco milhões de diabéticos no Brasil, dos quais cerca da metade desconhece o diagnóstico de Diabetes mellitus (CAB, 2013).

A classificação atual da diabetes mellitus está representada nas formas mais frequentes de diabetes que são a diabetes tipo 1 e o diabetes tipo 2 e os termos “dependente de insulina” e “não dependente de insulina” anteriormente atribuídos respectivamente aos dois tipos de diabetes foram eliminados.

Diabetes Mellitus tipo 1

A apresentação da diabetes tipo 1 é em geral abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência a hiperglicemia grave e cetoacidose (BRASIL, 2013).

Na diabetes tipo 1 ocorre destruição das células beta do pâncreas, usualmente por processo autoimune (forma autoimune; tipo 1A) ou menos comumente de causa desconhecida (forma idiopática; tipo 1B). Na forma autoimune há um processo de insulite e estão presentes auto-anticorpos circulantes (anticorpos anti-descarboxilase do ácido glutâmico, anti-ilhotas e anti-insulina). De uma forma geral, a instalação do quadro de diabetes tipo 1 autoimune é relativamente abrupta e muitas vezes o indivíduo pode identificar a data do início dos sintomas (BRASIL, 2013).

Diabetes Mellitus tipo 2

A diabetes tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso com história familiar de DM tipo

2. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência da diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes. (BRASIL, 2013).

O termo “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência á ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado na diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, a DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico (BRASIL, 2013).

A cetacidose nesses casos é rara e, quando presente, em geral é ocasionada por infecção ou estresse muito grave. A hiperglicemia desenvolve-se lentamente, permanecendo assintomática por vários anos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

Diabetes gestacional e diabetes detectado na gravidez

Diabetes gestacional é um estado de hiperglicemia, menos severo que o diabetes tipo 1 e 2, detectado pela primeira vez na gravidez. Geralmente se resolve no período pós-parto e pode frequentemente retornar anos depois. Hiperglicemias detectadas na gestação alcançam o critério de diabetes para adultos, em geral, são classificadas como diabetes na gravidez, independentemente do período gestacional e da sua resolução ou não após o parto. Sua detecção deve ser iniciada na primeira consulta de pré-natal (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

Diagnóstico da Diabetes Mellitus

Os sinais e sintomas característicos que levaram a suspeita de diabetes são os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicável de peso. Embora possam estar presente no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetoacidose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga (CNHD, 2013).

Na DM tipo 2, o início é artiloso e muitas vezes a pessoa não apresenta sinais. Não infreqüentemente, a desconfiança da doença é feita pela presença de uma complicação demorada, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou

então por infecções de repetição. O quadro 1 resume os elementos clínicos que levantam a suspeita da diabetes (BRASIL, 2013).

Quadro 1 _ Elementos clínicos que levantam suspeita de DM

Sinais e Sintomas Clássicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Poliúria; • Polidipsia; • Perda de peso inexplicada • Polifagia;
Sintomas menos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga, fraqueza e letargia; • Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto); • Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite
Complicações crônicas/doenças intercorrentes:	<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga, fraqueza e letargia; • Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto); • Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite

Fonte: DUNCAN, B. B. et al., 2013.

O diagnóstico da diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico da DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância á glicose com sobrecarga de 75g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c). Os critérios diagnósticos para cada um dos exames são apresentados na tabela 2. A utilização de cada um desses quatro exames depende do contexto diagnóstico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Quadro 2 – Valores preconizados para o diagnóstico da DM tipo 2 em seus estágios pré-clínicos

Categoria	Glicemia de Jejum*	TTG: duas horas após 75g de glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada (HbA1c)
Glicemia normal	<110	<140	<200	
Glicemia alterada	<110 e <126			
Tolerância diminuída á glicose		≥140 e <200		
Diabetes Mellitus	<126	≥200	200	>6,5%
			(Com sintomas clássicos***)	

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009; World Health Organization (2006).

*Jejum é definido como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas.

**Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos da DM incluem poliúria, polidipsia e polifagia.

Portanto, a diabetes também caracterizado como uma doença silenciosa pode ocasionar um arsenal de complicações, assim os usuários menos atentos para sintomas como polifagia (fome intensa), polidipsia (sede intensa), poliúria (urina intensa), e perda de peso podem tardar sua ida à unidade básica de saúde e assim dar início ao tratamento (BRASIL, 2013).

Complicações Crônicas da Diabetes Mellitus

A diabetes Mellitus (DM) não controlado pode provocar ao longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular (SCHMIDT et al., 2009).

Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. Desta forma, a DM é considerada causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membro, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHMIDT et al., 2009).

Portanto, a descoberta de retinopatia, nefropatia, neuropatia e pé diabético devem ser realizados em tempo oportuno, com demarcação de responsabilidades divididas entre Atenção Básica e os demais níveis de atenção, para acompanhamento e seguimento do caso (BRASIL, 2013).

PÉ DIABÉTICO

O pé diabético é conceituado no glossário do Consenso Internacional como infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associados a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores (DSBD, 2014).

Estudos estimam que essa complicação é responsável por 40% a 70% das amputações traumáticas de membros inferiores. Aproximadamente, 20% das internações de pessoas com a diabetes ocorrem por lesões nos membros inferiores. Oitenta e cinco por

cento das amputações de membros inferiores na DM são precedidos de ulcerações, sendo que os principais fatores associados são neuropatia periférica, deformidades no pé e os traumatismos (BRASIL, 2013).

Os dados epidemiológicos mostram-se variados pela diversidade dos critérios diagnósticos e pelas variações regionais dos desfechos: em países desenvolvidos, a DAP surge com maior frequência, enquanto, nos países em desenvolvimento, a infecção é, ainda, a complicação mais comum das úlceras e que resulta em amputações (DSBD, 2014).

Ultimamente 2% a 3% das pessoas com diabetes podem desenvolver úlceras nos membros inferiores, e este percentual se eleva para 15% no transcurso de toda a sua vida. Pessoas com úlcera e/ou amputação prévia possuem importantes fatores e risco para recidivas. As lesões do pé diabético derivam da combinação de dois ou mais fatores de risco que atuam ao mesmo tempo e podem ser desencadeadas, tanto por traumas intrínsecos como extrínsecos, associados à neuropatia periférica, a doença vascular periférica e a alteração biomecânica. Sessenta por cento das amputações não traumáticas de membros inferiores são impostas ao diabetes e o risco de amputação é 15 vezes maior do que na população geral (Consenso Internacional Pé Diabético, 2010).

O pé diabético representa uma das mais incapacitantes complicações crônicas advindas do mau controle da doença, com impacto social e econômico para as famílias, o sistema de saúde e a sociedade, tanto em países desenvolvidos como emergentes. Um dos maiores desafios para a afirmação do diagnóstico precoce em pessoas diabéticas em risco de ulceração nos membros inferiores é a inadequação do cuidado para com os pés ou falta de um simples exame de mesmos. Estudos mostram que, das pessoas admitidas em hospitais com diagnóstico de diabetes, 10% a 19% usufruíram do exame objetivo e clínico dos seus pés (Consenso Internacional Pé Diabético, 2010).

Ainda segundo o Consenso Internacional do Pé Diabético (2010), está bem estabelecido que 85% dos problemas decorrentes do pé diabético são passíveis de prevenção, a partir dos cuidados especializados. Existem recomendações para prevenção e intervenção adequadas, que incluem o reconhecimento dos fatores de risco, como neuropatia diabética, doença arterial periférica e deformidades estruturais, mediante tecnologia leve e media leve.

NEUROPATIA DIABÉTICA

A neuropatia é uma complicação frequente da Diabetes Mellitus, com elevada morbidade e alto custo para pacientes e sistemas de saúde. É a forma mais comum de neuropatia nos países desenvolvidos, sendo responsável por um grande número de hospitalizações por complicações da diabetes, e por cerca de 50% a 75% das amputações não traumáticas (ZAGURY, 2010).

A neuropatia diabética pode manifesta-se como uma série de síndromes diferentes, que variam desde entidades subclínicas até aquelas com manifestações clínicas importantes, dependendo do tipo de fibra nervosa envolvida. É, portanto, um distúrbio heterogêneo, que engloba uma ampla gama de anormalidades que afetam nervos sensitivos e motores periféricos proximais e distais, além do sistema nervoso autônomo (ZAGURY, 2010).

Apresentam um quadro variado, com múltiplos sinais e sintomas, dependentes de sua localização em fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômicas. A neuropatia pode variar de assintomática até fisicamente incapacitante (BRASIL, 2013).

Neuropatias sensitivo-motoras

Polineuropatia simétrica distal é a forma mais comum de neuropatia diabética periférica e apresenta três estágios: inicial, sintomático e grave. O estágio inicial é, em geral, assintomático, mas pode haver diminuição de sensibilidade. O período sintomático é caracterizado por perda de sensibilidade, dormência e, muitas vezes, parestesias e/ou dor. O estágio grave apresenta envolvimento motor com limitação funcional e com potencial para ulceração nos membros inferiores (BRASIL, 2013).

Neuropatias focais

A mononeuropatias são formas raras de início súbito, natureza assimétrica e de curso autolimitado. Como exemplos de mononeuropatias com déficit motor temos a paralisia facial, oculomotora e ciático-poplíteia. Já a miorradiculopatia apresenta quadro clínico de dor e atrofia muscular intensa na cintura pélvica, nádegas e coxas com início insidioso. As neurites compressivas podem ocorrer síndromes como a do túnel carpal ou tarsal. São identificadas por dor e parestesias nas mãos, antebraços ou pés e por hipotrofia dos pequenos músculos das mãos e/ou dos pés (BRASIL, 2013).

Neuropatias Autonômicas

A neuropatia autonômica as manifestações variam conforme sistema acometido:

Cardiovascular: é caracterizada pela resposta anormal da frequência cardíaca a diferentes estímulos (respiração profunda, levanta-se do decúbito, manobra de Valsalva), mas pode permanecer assintomático por muito tempo. Está associada a maior mortalidade cardiovascular, provavelmente por arritmias e/ou isquemias silenciosa, devendo ser suspeita na presença de taquicardia de repouso e/ou hipotensão postural.

Hipotensão postural: é muito comum e pode ser suspeita quando a pessoa se queixa de náuseas, astenia, tonturas, alterações visuais e até síncope ao se levantar.

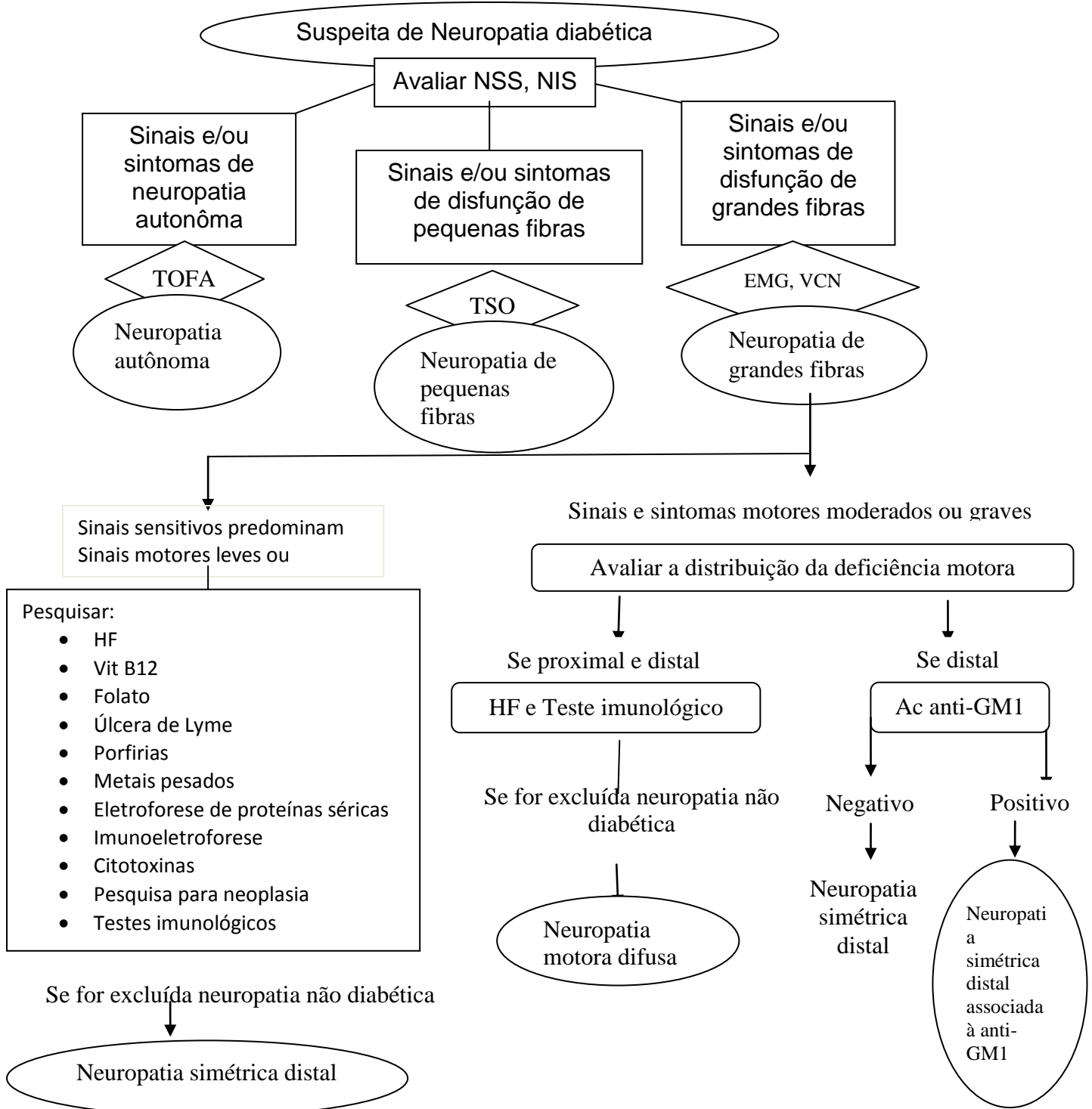
Gastrointestinal: alterações do hábito intestinal são manifestações comuns de neuropatia autonômica. As formas mais graves encontradas são a perigosa gastroparesia – associada com anorexia, emagrecimento, dispepsia, náuseas e vômitos de estase.

Urogenital: a bexiga neurogênica leva a retenção, incontinência e infecções urinárias.

Neuropatia sudomotora: manifesta-se pela anidrose plantar, com pele seca, fissuras e hiperqueratose nos pés, favorecendo o surgimento das úlceras neuropáticas. Neuropatia pupilar: causa hemeralopia ou dificuldade para visão noturna, que exige cuidados ao conduzir veículos à noite (BRASIL, 2013).

DIAGNÓSTICO E APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A maneira como conduzir o diagnóstico será apresentada em forma de algoritmo na figura 1.



Ac – anticorpo; **EMG** – eletromiografia; **HF** – história familiar; **VCN** – velocidade de condução nervosa; **NIS** – escore de deficiência neurológica; **NSS** – escore de sintomas neurológicos; **TQFA** – teste quantitativo de função autonôma; **TSQ** – teste sensitivo quantitativo; **BP** – Biopsia cutânea com estudo de densidade de fibras nervosas epidérmicas.

Fonte: Algoritmo diagnóstico para avaliação da deficiência neurológica e classificação da síndrome neuropática. Adaptado de : Browlee M et al. Complications of Diabetes Mellitus. In: Williams Textbook of Endocrinology/P. Reed Larsen et al. 10° ed. Elsevier, 2003, 1540-55

TRATAMENTO

O tratamento da neuropatia através do controle metabólico rigoroso é consensual como prevenção e tratamento da neuropatia. Entretanto, do ponto de vista prático, a abordagem terapêutica é direcionada basicamente para a melhora dos incômodos sintomas e na forma do tratamento conservador ou cirúrgico das sequelas (deformidades, calos, úlceras e do pé de Charcot) (CAIAFA, J.S 2011)

Os antidepressivos tricíclicos também são efetivos no tratamento da dor na neuropatia diabética. Antidepressivos tricíclicos devem ser usados com cautela na presença de neuropatia autonômica ou distúrbios de condução cardíaca (amitriptilina 25 mg ao deitar, aumentando gradativamente até máximo de 150 mg a 200 mg) (WONG; CHUNG; WONG, 2007).

Anticonvulsivantes, como a carbamazepina, ácido valproico e gabapentina, são também efetivos no tratamento da dor neuropática em diabéticos e sua efetividade clínica é semelhante aos antidepressivos tricíclicos. A carbamazepina pode ser utilizada como primeira escolha ou na falha dos antidepressivos tricíclicos, mas está associada a maior prevalência de efeitos sedativos do sistema nervoso central (WONG; CHUNG; WONG, 2007; MOORE et al., 2011).

EXAME DOS PÉS: FATORES FISIOLÓGICOS IMPLICAÇÃO NA ULCERAÇÃO

A neuropatia diabética (ND) está presente em 50% dos pacientes com DM2 acima de 60 anos, sendo a polineuropatia simétrica distal ou polineuropatia diabética periférica (PND) a forma mais comum, seguindo-se as autonômicas (DSBD, 2014).

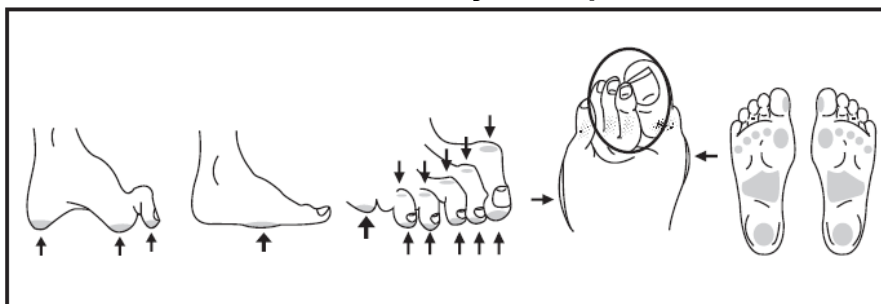
Ainda conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira da Diabetes (2014) é também o fator mais importante, inquestionavelmente, para o surgimento de úlcera nos pés de pessoas com a diabetes (UPD). A PND afeta 30% dos pacientes em atendimento clínico hospitalar e de 20% a 25% entre os pacientes da atenção básica, além de estar presente em 10% daqueles com pré-DM.

A PND quando associada ao comprometimento motor, expressa efeito acumulativo de alteração de fibra grossa – perda da propriocepção, do movimento articular e do feedback

da percepção de posições pelos receptores nas pernas e nos pés e da fraqueza muscular (PEDROSA, 2011).

Clinicamente, observam-se as deformidades neuropáticas típicas: dedos em garra ou martelo, proeminências de metatarsos e acentuação do arco, resultando em maior pressão plantar (PP) como mostra a figura 2.

Figura 2- Áreas de risco de ulceração em pacientes diabéticos.



Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014.

A pressão plantar anormal é um fator importante para ulcera nos pés de pessoas com diabetes apenas quando associada à polineuropatia diabética, uma vez que pessoas com artrite reumatoide, que apresentam deformidades graves, não desenvolvem úlceras pela inexistência de PND (DSBD, 2014).

A pressão plantar está relacionada com a limitação da mobilidade articular, sobretudo nas articulações do tornozelo, subtalar e metatarsofalangianas, por comprometimento do colágeno tipo IV e deposição de produtos finais de glicação avançada, resultando em hiperqueratose calosidades, lesões pré-ulcerativas típicas (DSBD, 2014).

Observam-se pressão plantar anormal no calcâneo, acentuação do arco, proeminência de metatarsos, arco desabado (Charcot), pressão plantar na região dorsal dos dedos, valgismo (que não é específico do DM) e, por fim, as áreas plantares mais vulneráveis (Adaptado de International Consensus on the Diabetic Foot, versão brasileira, Pedrosa HC e Andrade A (trads.), SES-DF, MS, 2001, com permissão).

AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação anual requer duas medidas extremamente simples: história clínica e exame dos pés, iniciando-se pela remoção de calçados e meias do paciente, o que ainda não constitui uma prática global. A perda da sensibilidade protetora (PSP) é o fator-chave para o desenvolvimento de ulcerações e maior vulnerabilidade a traumas (como uso de calçados inadequados, quedas, corte de unhas errático, caminhar descalço), conferindo um risco sete vezes maior (Dissat C e Pedrosa HC, pelo Departamento de Pé Diabético da SBD, Conferencia Global, Salvador, 2005).

Ainda conforme Dissat C e Pedrosa HC (2005) recentes dados do Brasil mostraram que 58% tiveram registro do exame dos pés efetuado em amostra multicêntrica da atenção básica e hospitalar e uma pesquisa *on-line* no *site* da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), em 2005, constatou que 65% entre 311 internautas nunca tinham tido os pés examinados.

RASTREAMENTO

Os principais fatores de risco, com danos comprovados por meio de estudos prospectivos, são mostrados a seguir:

- História de ulcera previa e/ou amputação.
- Duração da DM (superior a 10 anos);
- Mau controle: hemoglobina glicada (HbA1c) >7%.
- Visão deficiente;
- Polineuropatia diabética (PND): com ou sem deformidades, sintomas presentes ou ausentes.
- Doença arterial periférica (DAP): claudicação presente ou ausente.
- Orientação/educação deficiente acerca da DM e de problemas nos pés.

Diante dessas condições, a pouca acessibilidade ao sistema de saúde e morar sozinho também tem sido relatada como fatores contribuintes ao processo de úlcera de pé diabético. Ao exame físico, condições dermatológicas como pele seca, rachaduras, unhas hipotróficas ou encravadas, maceração interdigital por micose, calosidades e ausência de

pelos constituem condições pré-ulcerativas decorrentes de PND e DAP. As deformidades típicas estão demonstradas na Figura 2.

TESTE DE SENSIBILIDADE NEUROLÓGICO

(ESTESIÔMETRO OU MONOFILAMENTO DE NÁILON (SEMMES-WEINSTEIN) – 10 G

A avaliação neurológica tem como principal objetivo identificar a perda da sensibilidade protetora (PSP), que pode se estabelecer antes do surgimento de eventuais sintomas. Recomenda-se que sejam utilizados, pelo menos, dois destes testes para avaliar a PSP: monofilamento de 10g, diapsão de 128 Hz, percepção de picada e reflexo aquileu (BRASIL, 2013).

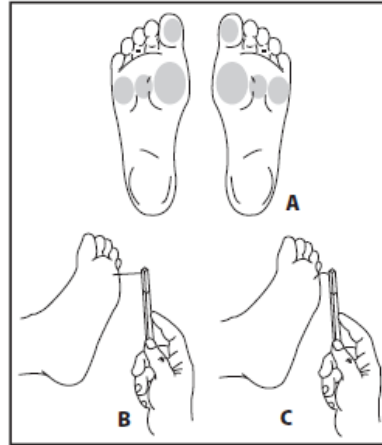
A literatura recomenda a utilização do teste com monofilamento de 10 g associado a outro teste. Um ou dois testes anormais sugerem PSP, enquanto que, pelo menos dois desses normais (e nenhum anormal) descartam a PSP. Em todos os testes, deve-se aplicar, no mínimo, três repetições, intercalada com uma aplicação falsa. Um teste normal é quando o paciente afirma que sente, no mínimo, duas das três repetições (BRASIL, 2013).

Recomenda-se que o profissional de saúde utilize pelo menos o teste com monofilamento de 10g associado a outro teste (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

A perda da sensação de pressão usando o monofilamento de 10 g é altamente preditiva de ulceração futura. Qualquer área insensível indica PSP. Recomenda-se que quatro regiões sejam pesquisadas: hálux (superfície plantar da falange distal) e as 1º, 3º e 5º cabeças dos metatarsos de cada pé, determinando uma sensibilidade de 90% e especificidade de 80%. A técnica correta é descrita na figura 3:

O monofilamento não é de uso individual ou descartável, por isso, recomenda-se que seja realizada a limpeza do produto com uma solução de sabão líquido e água morna após cada uso. Não há necessidade de o produto passar por processo de esterilização em autoclave. É recomendado que o monofilamento fique em repouso por 24 horas a cada 10 pacientes examinados, para que mantenha a tensão de 10 g. A vida útil do produto em geral é de 18 meses.

Figura 3 - Aplicação do monofilamento – 10 g.



A Áreas de testes e B/C aplicação do monofilamento 10 g

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014.

CAPITULO II: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO GRUPO DE DIABETES: UMA ALTERNATIVA PARA ADESÃO NO CUIDADO COM OS PÉS

A Carta de Ottawa determina que a “promoção da saúde” deve ser entendida como a capacitação das pessoas e das comunidades para modificar os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, resultando conseqüentemente em uma perícia natural no controle deste processo (BRASIL, 2013).

A educação em saúde torna-se eficaz a partir do envolvimento da pessoa com diabetes, família e profissionais de saúde, o trabalho de multiplicação da informação, a troca de experiências e o fortalecimento em busca de novas estratégias atingirá um público cada vez maior e o objetivo será alcançado quando mudanças comportamentais houverem e a informação deixará de ser apenas um repasse de informações mas uma transformação de todos os envolvidos. O paciente necessita de um olhar individualizado e a busca para o preenchimento de suas necessidades envolvendo-o, trará o empenho e a responsabilidade para a construção de um plano educativo eficaz e real para ser executado. (DSBD, 2014).

O estabelecimento de metas de acordo com o tempo e a evolução de cada paciente é um fator preponderante para o tratamento e a adesão, diante desse olhar individualizado é possível realizar um trabalho em grupo disseminando novos saberes e construindo uma nova história para a educação em saúde no cuidado com a pessoa com diabetes. (DSBD, 2014).

O programa de educação em saúde deve envolver a pessoa com diabetes, a família e os profissionais de saúde. Ações como o aumento da realização de atividade física ou o início de exercícios simples como subir uma escada, andar de bicicleta sempre com o devido monitoramento dos níveis glicêmicos podem ser o primeiro passo para as mudanças comportamentais, a adoção de hábitos alimentares saudáveis não são apenas um problema individual, mas sim um problema social e diante de um grupo pode se ampliar a parceria e o incentivo para o aumento da adesão que através de estratégias voltadas para o público alvo considerando os aspectos culturais por elas apresentados farão o diferencial no cuidado com o paciente. Também é imprescindível que haja uma modificação no modo de refletir da população e especialmente na visão dos técnicos de saúde inseridos nessa ação. Para que tal acontecimento ocorra, é preciso a promoção de métodos participativos, que desenvolvam no indivíduo a competência da decisão ante os problemas (OPAS, 2010).

MENDES, 2011 diz que o autocuidado não é equivalente à um mero direcionamento da equipe multiprofissional apenas determinando ao usuário o que ele deve fazer. Mas significa reconhecer o papel central da pessoa com diabetes em relação a sua saúde ampliando um sentido de auto responsabilidade sanitária e transformando todos que estão

em sua volta em verdadeiros parceiros. Essa parceria estabelece metas, planos de cuidados, resoluções de dificuldades que podem surgir ao longo do processo, mudanças de hábitos, ações educativas para que o auto gerenciamento possa ocorrer de forma consciente e com resultados visíveis.

Com a educação dos portadores de diabetes, é possível conseguir reduções importantes das complicações e consequente melhoria da qualidade de vida, porque entendemos que a educação para a saúde, feita por grupos especializados, poderá ajudar os profissionais, pessoas portadoras de diabetes e famílias a atingirem a qualidade de vida, ao longo do processo de doença. Como a educação para a saúde é uma tarefa que requer conhecimentos, dedicação e persistência, é de responsabilidade de cada integrante da equipe de saúde. Como parte essencial do tratamento, constitui-se num direito e num dever do paciente e dos profissionais responsáveis pela promoção da saúde (CAZARINI, R.P et al., 2002).

Dentro do processo educativo e da importância do contexto do trabalho em grupo, a conduta para o cuidado com os pés são alicerces para a prevenção de complicações nos membros inferiores como as neuropatias diabéticas, ulcerações e até mesmo amputações, cuidados básicos como o auto exame dos pés ou uma simples remoção de calosidades podem fazer a diferença. Assim o trabalho em equipe sendo realizado de forma compartilhada com trocas de experiências exitosas vão estimular todos os envolvidos a buscarem uma melhor qualidade de vida (ROCHA; et al. 2009).

DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS

O diabetes *mellitus* (DM) como doença crônica exige mudanças de hábitos e desenvolvimento de comportamentos especiais de autocuidado das pessoas que deverão ser mantidos por toda a vida. A educação em diabetes é a principal ferramenta para a garantia desse autocuidado, permitindo o autocontrole por parte da pessoa com diabetes (DSBD, 2014).

Trabalhar a educação em saúde na Rede de Atenção Básica fortalece a prática de prevenção e aprimora o autocuidado melhorando o tratamento da diabetes. Deste modo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) relatam que a educação em diabetes deve se estender aos familiares e/ou cuidadores, para garantir o envolvimento da maioria das relações do paciente e promover a manutenção dos novos hábitos e comportamentos adquiridos.

A Educação em Diabetes tem como objetivo guiar os profissionais da saúde primária incorporando e utilizando ferramentas em todas as suas práticas considerando as especificidades de cada grupo, em processo contínuo de simplificação e acesso ao conhecimento. Nessa perspectiva a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) traçou os objetivos dentro do contexto no processo educativo, sendo eles:

- Reduzir as barreiras entre as pessoas com diabetes, seus familiares, as comunidades e os profissionais da saúde.
- Promover a autonomia das pessoas com diabetes com relação aos seus hábitos no trato com a doença.
- Melhorar os resultados clínicos.
- Prevenir ou retardar o aparecimento do diabetes ou de suas complicações agudas e crônicas.
- Proporcionar qualidade de vida
- Para o alcance desses objetivos, é preciso capacitar e motivar o indivíduo para as escolhas adequadas ante as diversas situações, para que este desenvolva comportamentos de autocuidado e possa solucionar problemas mais comuns do seu dia a dia.
- A capacitação e a motivação devem ser feitas por profissionais e equipes qualificadas em educação em diabetes.

GRUPOS DE DIABETES

Fazer um grupo não é simplesmente colocar um conjunto de pessoas em um mesmo espaço físico, mas sim possibilitar a criação de redes sociais e compartilhar as experiências. Os grupos são espaços onde se desenvolve uma escuta para as necessidades das pessoas, dos seus problemas e vivências e onde a informação circula entre a experiência técnica dos profissionais e a vivência dos participantes, buscando soluções em conjunto (CAB, n 35).

Os grupos podem ser classificados em três modelos básicos: grupos de sala de espera, grupos fechados e grupos abertos, consultas coletivas. Sendo que cada um deles tem suas especificidade e características próprias.

O modelo de grupo pode ser fechado onde há um controle do tempo e da quantidade de participantes com cronograma previamente determinado mas com uma certa flexibilidade onde a necessidade do grupo é levada em consideração e onde o mesmo grupo começa e termina estabelecendo um vínculo de confiança e troca de experiências dos

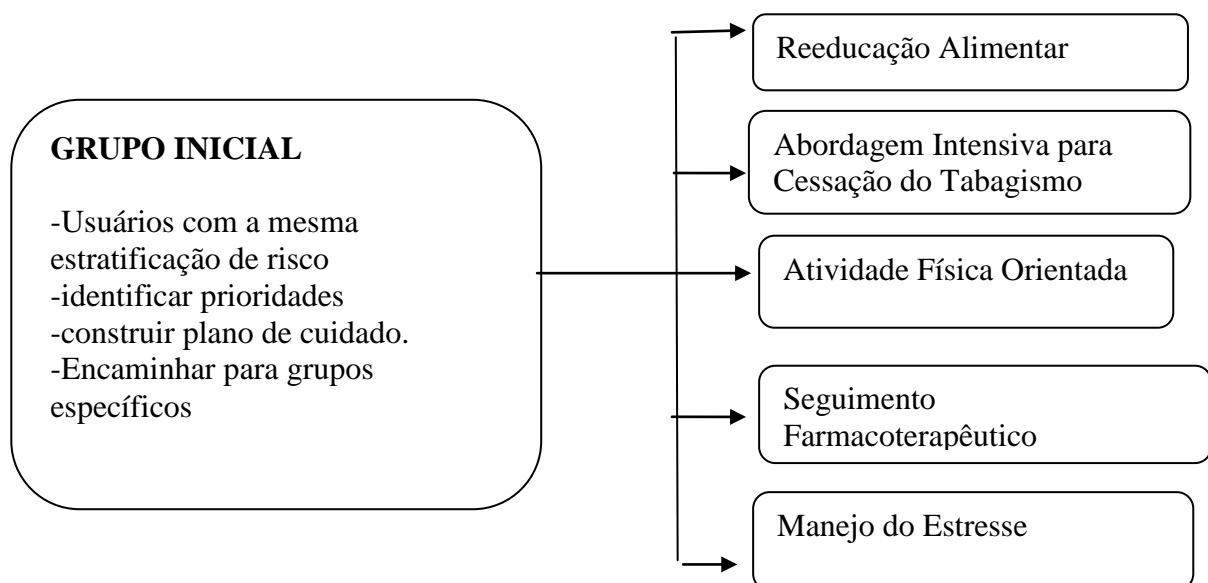
mesmos. Outro modelo de grupo é o de sala de espera este é dirigido a usuários que estão aguardando a hora da consulta. É um grupo formado espontaneamente, sem história temporal e com um único encontro. Este grupo é, muitas vezes, a única escolha viável nos serviços de Saúde que não dispõem de espaço físico ou tempo necessário para atividades coletivas no próprio Centro de Saúde (CAB nº38).

O modelo de grupo aberto tem como característica básica a variabilidade do tempo e dos participantes, ou seja, o tempo varia para cada participante e o número destes varia de acordo com o espaço físico do local. Neste modelo, há rotatividade dos participantes, que pode prejudicar a motivação e o aprofundamento de temas no grupo, pois, muitas vezes, as informações são repetidas em função dos novos participantes. Entretanto, possibilita o contato com novas vivências (Caderno de Atenção Básica, n 35).

Diferentes metodologias podem ser utilizadas nas atividades e grupo de acordo com a necessidade e o problema do usuário e ainda os objetivos do grupo. O grupo deve ter um objetivo bem específico, coordenado de forma multiprofissional (GILLIAN et al., 2007), ter periodicidade, seguindo as evidências (FERREIRA; BIANCHINI; FLORES, 2011), de, no mínimo, três vezes por semana, 50 minutos cada vez, e utilizar metodologias como entrevista motivacional para mudar comportamentos dos integrantes, assim como estimular a educação entre os pares (Caderno de Atenção Básica, n 35).

Ainda segundo o Caderno de Atenção Básica, n 35 os grupos de educação para o autocuidado objetivam um enfretamento saudável (LORIG; HOLMAN, 2003) da condição crônica. Outro aspecto nos grupos é que o plano de cuidado também individual, ou seja, para além do convívio coletivo e da mesma atividade educativa, já que muda o processo dos grupos e metas.

Figura 4 – Organização dos grupos de autocuidado para condições crônicas



Fonte: (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012, adaptado).

Os temas e as atividades dos grupos específicos devem ser abordados no grupo de forma criativa, por meio de jogos e de brincadeiras, pois a brincadeira possibilita o movimento, o envolvimento e a aproximação usuário-profissional, profissional-profissional e usuário-usuário. A opção do lúdico, pela brincadeira e pela conversa informal permite compartilhar experiências, vivências e aprendizados na busca maior autonomia, autoestima, crescimento e cidadania (BRASIL, 2014).

As dinâmicas de grupo, com momentos lúdicos, com incentivo à realização de trabalhos manuais, passeios culturais e motivação para a atividade física, abrem espaço para a busca da saúde e da nutrição, compreendidas de forma ampla, e não apenas como ausência de doença (CAB, n 35).

O lúdico e a brincadeira possuem uma seriedade intrínseca; têm como aspecto característico representar a realidade, parafraseando a seriedade da vida. O faz de conta que imita a família, o amor, o trabalho, a casa, a vida. Por meio do jogo, podemos viver a experiência da criação. O jogo, de forma positiva, proporciona liberdade, criatividade, estabelece regras e capacidade de escolhas. Por constituir-se em uma dimensão do cuidado, a criação de um grupo deve inserir-se no planejamento das equipes de saúde, articulando-se ao conjunto de ações desenvolvidas (BRASIL, 2014).

CONSULTA COLETIVA

A consulta coletiva consiste em reunir um pequeno número de usuários e realizar a abordagem clínica, incluindo anamnese, medidas antropométricas, aferição de pressão arterial e de glicemia capilar, avaliação de resultado de exames, entre outras atividades. Atualmente, tem sido uma ferramenta bastante utilizada nos serviços de saúde da região, favorecendo a adesão do tratamento. Todos os usuários participam e podem se manifestar durante toda a consulta devendo ter o cuidado para não expor os usuários demasiadamente, e o profissional deve mediar sempre que alguma intervenção possa ser prejudicial a eles (BRASIL, 2014)

A consulta individual deve ser realizada quando necessária, mas as equipes que realizam essas práticas referem que, ao mesmo tempo em que observam melhores resultados em saúde, as consultas individuais passam a ser muito mais rápidas. Dessa forma, as habilidades de comunicação podem ser utilizadas no acompanhamento do

usuário, pois uma boa comunicação exige respeito pelos ensinamentos, pelas crenças e pela cultura do próximo (CAB n35, 2014).

O profissional de Saúde deve objetivar a integralidade do indivíduo em qualquer espaço de intervenção e construir uma prática que correlacione questões sociais, psicológicas, genéticas e clínicas trazendo o cliente para o trabalho em conjunto fazendo com que este seja o protagonista do seu tratamento (CAB n 35, 2014).

A construção do compreende-se que a construção de vínculo, além de corresponder à política de humanização em saúde, é um recurso terapêutico. É uma estratégia que qualifica o trabalho em saúde, entendendo a terapêutica como parte essencial da clínica que estuda e põe em prática meios adequados para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir possíveis danos em pessoas vulneráveis ou doentes (CAMPOS, 2013).

A formação de vínculo e o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissionais e usuários, tanto na consulta individual como coletiva, constituem importante fator na busca da adesão ao tratamento. Conforme Minayo (1992) as pessoas quando procuram o atendimento ambulatorial fora dos momentos emergenciais, estão à procura de um bom atendimento, associado a profissionais de Saúde que dispensem uma relação pessoal, afetiva, atenciosa e de escuta a suas histórias, sofrimentos, queixas, medos e ansiedade.

CAPÍTULO III_EXPECTATIVAS E COMPORTAMENTOS DE CUIDADOS COM OS PÉS

O paciente portador de diabetes poderá ter uma melhor expectativa e qualidade de vida a partir do acesso ao conhecimento, o auto cuidado com os pés diminuirá a possibilidade de ulcerações e por conseguinte internações e amputações, assim faz se importante buscar as informações prévias, o conhecimento empírico do paciente acerca do tema permitindo ao profissional a realizar a troca de saberes, a envolver o cliente no processo educativo. A divisão das responsabilidades dentro da terapêutica permitirá o auto cuidado com mais qualidade e com o embasamento através conhecimento haverá uma chance maior do paciente ter um cuidado diferenciado com os pés (ROCHA, R.M et al 2009).

A compreensão e a relação do paciente com a equipe multiprofissional beneficiam as pessoas com DM e a vulnerabilidade para amputações torna-se fragilizada pois mudando comportamento se alcança resultados exitosos (BORTOLETTO, M.S.S, et al 2012). Dentro da equipe multiprofissional a consulta de enfermagem vem como um momento oportuno e adequado para essas ações educativas, uma vez que proporciona contato direto com a pessoa com DM, permitindo um olhar individual e sólido, sendo um momento propicio para influenciar de forma positiva o auto cuidado com os pés (CURCIO R, et al 2009).

A realização de uma avaliação dermatológica, estrutural, circulatória, sensibilidade tátil- pressórica e vibratória, hábitos de higiene, condições dos calçados e monitoramento das complicações potenciais de pessoas com úlceras já alojadas também demonstram o comprometimento de uma assistência globalizada onde o paciente entenderá quão importante é a sua participação e a mudança de comportamento do mesmo. As expectativas poderão ser positivas ou não tudo dependerá da participação ativa da pessoa com DM onde este é o autor de sua história e onde seus pés poderá ser a resposta desse cuidado (ANDRADE NHS, et al 2010).

IMPACTO DAS COMPLICAÇÕES NOS PÉS NA QUALIDADE DE VIDA

O diabético apresenta o risco de amputações em membros inferiores quarenta vezes maior do que outros pacientes. O pé diabético é uma das principais complicações do DM caracterizado pelas lesões nos pés decorrentes de neuropatias, traumas superficiais e deformidades nos pés.

Alguns pacientes perdem a sensibilidade nos pés e não percebem traumas superficiais, rachaduras e outros danos, evoluindo para ulcerações, isquemias, infecções e amputações. É uma das complicações mais devastadoras, sendo responsável por 50% a 70% das amputações não traumáticas, além de representar 50% das internações hospitalares (BRASIL, 2014).

Neste contexto engloba transformações demográficas e epidemiológicas, que conduzem a um envelhecimento da população, conseqüentemente geram um acréscimo de patologias do foro crônico, conduzindo uma necessidade premente de garantir de forma direta ou indireta a qualidade de vida do ser humano (PEREIRA et al. 2014).

As mudanças do estilo de vida e o envelhecimento populacional são os principais fatores que elucidam o crescimento da prevalência de diversas doenças crônicas que impactam negativamente sobre a QV das pessoas. A necessidade de mudança de estilo de vida e do controle adequado da glicemia (realização de glicemia capilar, aplicação de insulina, mudança dos hábitos alimentares) influencia a forma como o paciente diabético avalia seu bem-estar.

Para Lopez et al. (2014) a qualidade de vida deve ser encarada como um processo estático, mas como algo que é mutável pela variável tempo, que se encontra em constante mudança e reflete as expectativas de vida.

Na mesma linha de pensamento, Schwartzmann (2008), considera que um processo dinâmico e em constante transformação, que inclui interações contínuas do indivíduo com o seu meio envolvente. Assim sendo, a qualidade de vida de uma pessoa com uma determinada patologia resulta da interação reproduzida pela doença e sua evolução, da personalidade do doente, do suporte social percebido e efetivamente a patologia produz, e ainda, da etapa de vida em que a doença se instala e desenvolve.

SILVA (2011) acrescenta que a qualidade de vida dos indivíduos portadores de patologia crônicas como o diabetes está dependente das representações sociais dessa doença, como os juízos de valor, crenças acerca de causas e conseqüências, preconceitos, da autoapreciação que o doente faz, das emoções desenvolvidas, dos sintomas e tratamentos.

O termo amputação possui vários significados dentre os quais: “mutilação, cortar parte do corpo; destruir parcialmente; desfigurar-se; deformar-se; decepar algum membro ou parte do próprio corpo (HOUAISS A. 2008).

O tratamento para as complicações do pé diabético, é a amputação, cujas sequelas incluiriam alterações dos hábitos de vida, e principalmente da imagem corporal, o que implica, entre outras coisas, em estigmas sociais. A sociedade capitalista em que vivemos compreende o corpo perfeito como uma máquina fundamental para geração de lucro, esta concepção preconizada pelo modelo cartesiano, contribuindo para que o indivíduo detentor

de um corpo amputado perceba-se como um ser inútil, pois não possui mais corpo idealizado pelo mundo globalizado (LA BRETON, 2008).

A perda de um membro pode desencadear diferentes percepções sobre o bem-estar subjetivo, uma vez que as emoções flutuam ao longo da vida segundo a ocorrência de eventos, o estado psicológico num determinado momento e fatores relacionados a personalidade. Desse modo, mesmo que as experiências emocionais intensas sejam importantes, passado o tempo tais experiências raramente parecem diminuir a avaliação subjetiva das pessoas sobre o seu bem-estar.

Não encontramos, na literatura, estudos sobre o sentimento da perda de membro pós amputação. Alguns trabalhos tratam dos efeitos da amputação, onde as limitações físicas, a depressão, as limitações sociais e a dependência/necessidade de ajuda foram as maiores consequências após a perda do membro.

Devido a alterações nos vasos sanguíneos e nervos, muitas vezes ocorre a ulceração e posterior amputação dos membros, principalmente dos inferiores. Isto ocorre com o surgimento de traumas que evoluem com infecção e gangrena, devido á baixa circulação sanguínea e dificuldade de cicatrização provocada pela alta viscosidade do sangue hiperglicêmico. Uma das complicações mais graves e mais comuns do diabetes, a qual pode ser evitada através da inspeção regular, como avaliação neurológica para a detecção de perda da sensibilidade, e bons cuidados dos pés (SOUZA et al., 2014)

A amputação segundo Smeltzer, SC et. al (2008) é uma cirurgia ortopédica de caráter reconstrutor, pois tem a finalidade de melhorar a qualidade de vida do paciente, sendo indicada para eliminar sintomas e facilitar o aprimoramento da função. Ressaltasse que este procedimento cirúrgico é adequado para atender pacientes vítimas e traumatismos, doença vascular, complicações de diabetes, infecções e neoplasias, e este é o objetivo, reduzir a morbidade e trazer de volta o bom funcionamento do organismo antes afetado em decorrência de tais complicações

Evidencia-se que as amputações são cirurgias que tem como prioridade tratar a causa que compromete a vida do paciente. Porém, empiricamente, para os mesmos, estas são percebidas como mutiladoras e modificadoras do seu cotidiano. Destaca-se que a parte extirpada do corpo de uma pessoa altera sua percepção de si, ou seja, sua autoimagem e por conseguinte sua autoestima. Pois este passa a se representar como portador de um corpo modificado, alterado – mutilado (LE BRETON, 2003).

Marcado pela falta de um membro ou parte dele, as pessoas submetidas á amputação trazem consigo sinais que a identificam como sendo diferentes, frequentemente sendo vistas como imperfeitos e incapazes. A amputação causa uma mudança permanente na aparência e autoimagem do indivíduo. Quando a “deficiência” do corpo é decorrente de alguma patologia o impacto causado pela intervenção cirúrgica (amputação) no paciente é

significativo, pois este enfrenta dificuldade em virtude de alterações da imagem corporal as quais provocam mudanças psicológicas, sociais, afetivas e econômicas. A amputação é percebida como mutilação, o corpo passa a ser denominado mutilado, aos pedaços.

A mutilação é ato de extirpar algum membro ou parte (s) do corpo de forma abrupta (Houaiss A. 2008). Enquanto que amputação é a perda de um membro, ou parte dele, caracterizado pela perda ou comprometimento do osso, do feixe neurovascular, do tecido muscular, das funções do membro e das sensações distais, refletindo sobre a imagem corporal e o desempenho funcional (DIOGO, M.J.D.E, 2008).

Outros aspectos que os as pessoas que sofreram amputações foi a limitação pela a qual sofrem por já não serem detentores de um corpo “completo”, por isso muitos são dependentes de outras pessoas e até mesmo de artefatos para locomoção. A imagem que o indivíduo amputado tem de si mesmo é de uma pessoa deficiente, incapaz, muitas vezes se tornando um incômodo para a família e as pessoas próximas a ele. Dependendo de alguém até para as mais simples das atividades gera um sentimento de inutilidade, tristeza e até mesmo rejeição do próprio corpo.

A Diabetes mellitus é outro ponto ressaltado pois estes ao verem seus corpos mencionam esta como causa da amputação sofrida. Para muitos a doença é vista como a ausência da saúde, agora perdida. As representações sociais em relação ao corpo amputado vinculado este à Diabetes mellitus demonstram certa angústia e isolamento social, pois estes indivíduos perderam sua qualidade de vida juntamente com a saúde. Sentimento de culpa, medos e superstições estão indissoluvelmente ligados às expressões de doenças, às epidemias, à dor, ao sofrimento, ao desgaste físico e mental e a visão de deterioração dos corpos (LE GOFF J, 2009).

A condição de ser humano é corporal, pois é seu corpo que o individualiza estabelecendo a fronteira da sua identidade pessoal. O ser humano não existe senão por meio de suas formas corporais que o inserem no mundo, toda a modificação de sua forma faz com que outra definição de sala humanidade seja construída. Subtrair uma parte desse homem, como no caso de uma amputação, afeta simbolicamente o vínculo social desse indivíduo. (ORGUISSO, T. 2008).

COMPORTAMENTO DA PESSOA COM PÉ DIABÉTICO

A violência da doença crônica como o Diabetes mellitus no cenário mundial traz a esperança de várias alternativas de comportamentos na procura da melhor prática para o

domínio da pandemia. O diagnóstico de uma doença como Diabetes Mellitus induz as pessoas a pensar na incerteza de quanto tempo tem de vida. Muitas estratégias são utilizadas, pois, a doença poderá apresentar modificações diárias, nos papéis sociais e nas relações de dependência (TRENTINI, M. 2014).

Ainda segundo Trentini, M. (2014) a condição da cronicidade e o advento de complicações obriga a pessoa com Diabetes mellitus a repensar a sua auto-identidade ou a entender reflexivamente o self em termos bibliográficos e impõe-lhe os mais diversos comportamentos em termo de desenvolvimentos pessoais e comunitários na sua trajetória e planejamento de vida. Nas respostas que os indivíduos elaboram diante da doença crônica e suas complicações como o pé diabético, cada um experimenta e se comporta de forma única aos acontecimentos com os quais se encontra envolvido, acrescentando explicações pessoais a sua vivencia, de acordo com a forma como percebe e os representa e também de acordo com a sua personalidade, o ambiente sociocultural que o envolve e as experiências pessoais e coletivas que partilha com os outros.

Larijani B, Khoram M, Bayat S, Gorgani M K, et al 2009 referem que a associação entre mudanças de comportamentos e doenças clínicas crônicas é muito frequente, levando a pior evolução tanto do quadro mental como da doença clínica, com menor aderência às orientações terapêuticas, além de morbidade e mortalidade maiores.

A necessidade de mudança de comportamento e do controle adequado da glicemia (realização de glicemia capilar, aplicação de insulina, mudança dos hábitos alimentares) influencia a forma como o paciente diabético avalia seu bem-estar e reduz suas complicações. Finalmente, sabe-se que o aumento de casos de pessoas com lesões aos pés está associado ao aumento da gravidade da doença e do número de complicações como a neuropatia e doenças cardíacas macrovasculares (DE GROOT M, 2009).

EXPECTATIVA DE APRENDIZAGEM PARA O AUTOCUIDADO COM O PÉ SAUDÁVEL

A prevenção, por meio do exame frequente dos pés de pessoas com DM, realizado pelo médico ou pela enfermeira da Atenção Básica, é de vital importância para a redução das complicações. Há evidências sobre a importância do rastreamento em todas as pessoas com diabetes a fim de identificar aquelas com maior risco para ulceração nos pés, que podem beneficiar das intervenções profiláticas, incluindo o estímulo ao autocuidado (SINGH; ARMSTRONG; LIPSKY, 2005). O estímulo ao autocuidado faz parte das ações de

prevenção de úlcera nos pés. Ao avaliar o potencial para o autocuidado, o profissional precisará observar alguns aspectos, listados no Quadro abaixo:

Quadro 3 – Orientações para a promoção do autocuidado de pessoas com DM em relação ao cuidado com os pés

Avaliar o conhecimento do paciente sobre o diabetes;
Avaliar o conhecimento sobre os cuidados com os pés e as unhas (complicações agudas e crônicas de fácil identificação);
Avaliar o comportamento do paciente com relação aos seus pés;
Avaliar o cuidado executado pela pessoa;
Avaliar o apoio familiar no cuidado com os pés;
Avaliar as condições dos calçados e das palmilhas.

A pessoa também deverá ser questionada em relação à presença de sintomas neuropáticos positivos (dor em queimação ou em agulhada, sensação de choque) e negativos (dormência, sensação de pé morto), além da presença de sintomas vasculares (como claudicação intermitente), controle glicêmico e complicações (BOULTON et al., 2008).

O controle glicêmico rigoroso previne a neuropatia clínica (UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP, 1998; The Diabetes Control and complications Trial Research Group, 1995; Reichard et al., 1991). Estudo em pacientes com DM tipo 1 mostrou redução de 64% na incidência de neuropatia clínica (CONTROL, T. D., & GROUP, C. D. R. (1995).

Em seguida, a pessoa deverá retirar os calçados e meias. Uma cuidadosa inspeção dos pés deverá ser realizada em local bem iluminado. O profissional deverá avaliar se os calçados são apropriados aos pés da pessoa, observando se são ajustados e confortáveis. Neste momento, é importante observar seis características do calçado: estilo, modelo, largura, comprimento, material e costuras na parte interna.

O calçado ideal para pessoas com DM deve privilegiar o conforto e a redução das áreas de pressão. É preferível que o sapato tenha cano alto, couro macio que permita a transpiração do pé, alargamento da lateral para acomodar as deformidades como artelhos em garra e hálux valgus e caso tenha salto, é recomendado que seja no estilo Anabela (PRAZERES, 2009).

Calçados desgastados, com palmilhas deformadas, muito curtos ou apertados podem provocar vermelhidão, bolhas ou calosidades. Realizando esses cuidados a pessoa com diabetes poderá prevenir futuras lesões nos pés e ter uma QV satisfatória para a sua condição de saúde. Aprender a realizar o autocuidado com os pés proporciona uma chance

de evitar vários tipos de complicações inclusive a mais temida que é a amputação (BOULTON et al., 2008).

Portanto, acreditar no sucesso do tratamento, faz da pessoa com diabetes um protagonista do seu cuidar criando expectativas de uma vida melhor, sem sequelas e ou limitações. A educação em saúde no grupo de diabetes e durante a consulta na Unidade Básica de saúde tem papel fundamental para a qualificação do cuidado, principalmente na prevenção de lesões nos pés saudável.

II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

METODOLOGIA

A metodologia compreende simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (MINAYO, 2010).

TIPO DE ESTUDO

O estudo assentou numa pesquisa quantitativa, descritivo-analítica, correlacional e transversal.

O presente estudo tem as seguintes características:

- é quantitativo uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados;
- analítico, descritivo e correlacional pois o seu objectivo não consiste apenas na descrição e examinação das relações entre as variáveis, mas também pretende analisar e explicar a relação entre as variáveis em estudo;
- é transversal na medida em que os dados estudados se processam num período de tempo bem definido;
- é uma investigação não-experimental dado que as variáveis em estudo não são manipuladas.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Para orientar esta investigação, ganham sentido as seguintes questões específicas:

Que variáveis sócio – demográficas influenciam a Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés em Pessoas com Diabetes?

Qual a influência das variáveis clínicas na Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés das Pessoas com Diabetes?

Que variáveis independentes nobres influenciam a Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés das Pessoas com Diabetes?

Para a realização do presente estudo delineamos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a influência das variáveis sócio-demográficas na Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés das Pessoas com Diabetes.
- Averiguar a influência das variáveis clínicas na Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés das Pessoas com Diabetes.
- *Determinar as variáveis independentes nobres que influenciam na Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés das Pessoas com Diabetes.*

VARIÁVEIS

No presente estudo a variável dependente é a Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés.

No que concerne às variáveis independentes, foram distribuídas em três grupos.

Variáveis sócio-demográficas:

Sexo, Idade, Estado civil, Nacionalidade, Zona de residência, Habilitações literárias, Raça/Cor, Religião, Renda familiar.

Variáveis clínicas:

Tipo de diabetes - Tempo de Doença - Frequência da Unidade Básica - Exame dos Pés – Ferimentos - Recurso à Unidade.

Variáveis Independentes Nobres:

Exame dos Pés – Diagnóstico Comportamental dos Cuidados aos Pés nas Pessoas com Diabetes

Relacionamento com a Equipe

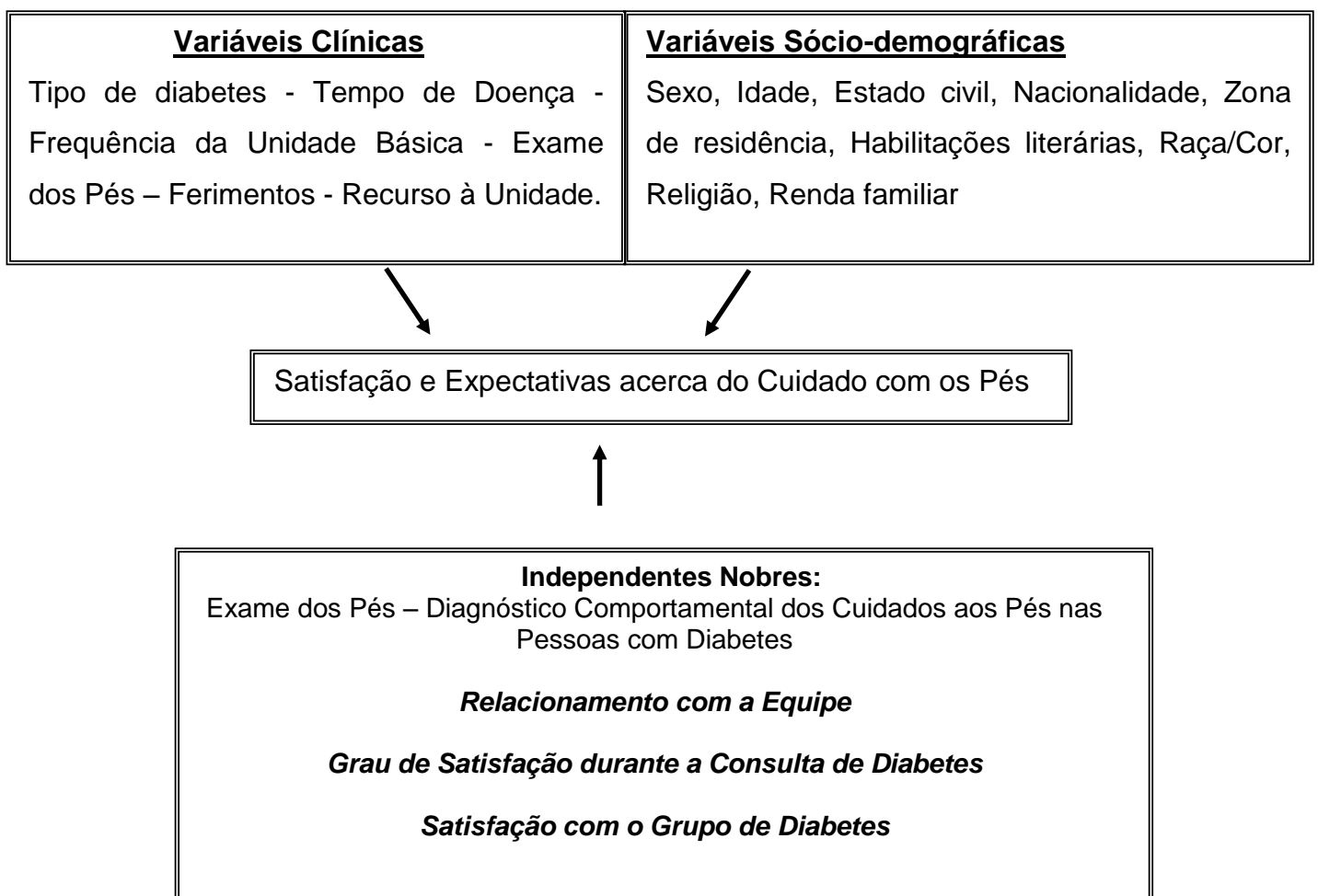
Grau de Satisfação durante a Consulta de Diabetes

Satisfação com o Grupo de Diabetes

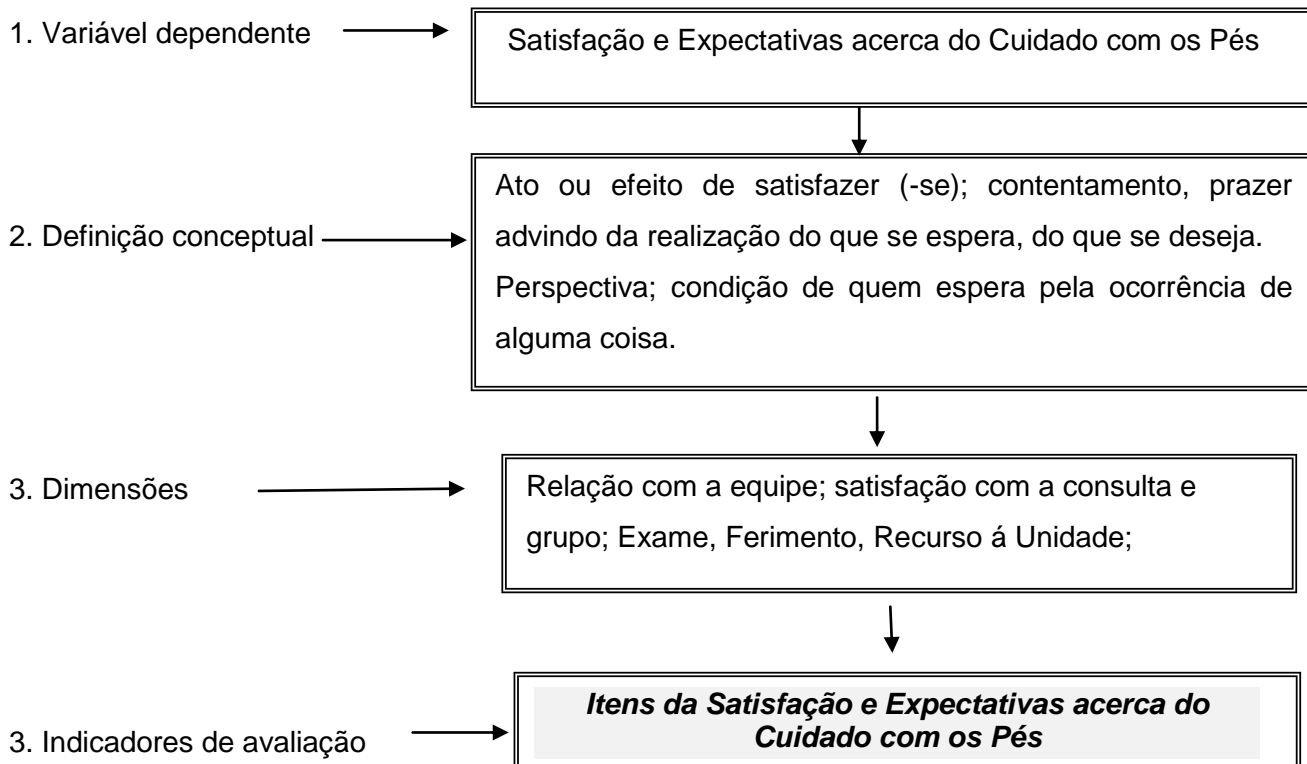
DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

A articulação das variáveis estudadas é representada no modelo esquematizado.

Figura 5 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.



Legenda: —————> Influência das variáveis independentes sobre a variável dependente

Operacionalização variável dependente

Com o objectivo de ilustrar a classificação da Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés na nossa amostra, estabelecemos grupos de corte e para operacionalizar esta variável, utilizou-se a metodologia de formação de grupos de Pestana e Gageiro (2005, p.112) a partir da fórmula: (\bar{x} média \pm 0,25 SD desvio padrão), tendo-se obtido as seguintes categorias/scores:

Quadro 4 – Classificação da Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés

Categoria	Score
Insatisfeitos / Sem Expectativas acerca do Cuidado com os Pés	$\leq 50,7$
Razoavelmente Satisfeitos / com Expectativas acerca do Cuidado com os Pés	50,7 – 53,0
Muito Satisfeitos / Muitas Expectativas acerca do Cuidado com os Pés	$\geq 53,1$

AMOSTRA

A amostra em estudo ficou constituída por uma amostra de 30 pessoas com diabetes tipo 2, dos quais 37 % do sexo masculino e 63 % do sexo feminino, têm idades compreendidas entre 42 e 69 anos com uma média de 57,20 anos que frequentam a Unidade de Saúde e o grupo de diabetes.

Caracterização Sóciodemográfica da Amostra

Quanto à caracterização sóciodemográfica faremos a descrição dos resultados obtidos nas variáveis Sexo, Idade, Estado civil, Nacionalidade, Zona de residência, Habilitações literárias, Raça/Cor, Religião, Renda familiar.

- **Sexo e Idade**

A maioria dos diabéticos é do sexo feminino (63,3%), representando o sexo masculino apenas 36,7% da amostra. (cf. Tabela 1).

Relativamente à idade, podemos constatar que a média das idades é de 57,2 anos, com desvio padrão de $\pm 7,9$, sendo o coeficiente de variação¹ (CV) de 13,0%. A idade mínima é de 42 anos e a máxima de 69 anos.

A média de idades das mulheres ($\bar{x} = 58,4$) é maior do que a dos homens ($\bar{x} = 55,0$). Os resultados do teste *t de student*² para amostras independentes, mostram que as diferenças não foram estatisticamente significativas ($t = -1,15$; $p = 0,25^3$), ou seja, a média das idades entre os grupos são estatisticamente iguais.

¹ $CV \leq 15\%$ - Dispersão fraca
 $15\% < CV \leq 30\%$ - Dispersão média
 $CV > 30\%$ - Dispersão elevada (PESTANA e GAGEIRO, 2005, p. 79)

² O teste t para duas amostras independentes aplica-se sempre que se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e se desconhecem as respectivas variâncias populacionais. Quando as amostras são ambas de dimensão superior a trinta a distribuição t com v graus de liberdade, $t_{(v)}$, aproxima-se da distribuição normal, levando ambas às mesmas conclusões. (PESTANA e GAGEIRO, 2005, p.229).

³ $p \geq 0.05$ (n.s.) – não significativo
 $p < 0.05^*$ - significativo
 $p < 0.01^{**}$ - bastante significativo
 $p < 0.001^{***}$ - altamente significativo (D'HAINAUT, 1990)

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade

Sexo \ Idade	Idade						
	n	\bar{x}	Min	Max	Dp	CV%	Sk
Masculino	11	55,0	42,0	64,0	6,7	12,1	-0,79
Feminino	19	58,4	42,0	69,0	8,5	14,5	-0,70
Total	30	57,2	42,0	69,0	7,9	13,0	-0,51

Outra leitura da variável idade, foi obtida agrupando os diferentes valores da idade em três grupos etários com amplitudes entre 41 a 50 anos (26,7%), 51 a 60 anos (40,0%) e acima de 60 anos (33,3%).

▪ **Estado civil**

Analisando o estado civil, verificamos que a maioria das pessoas com diabetes é casada (60,0%), sendo a condição de divorciado e união de facto a menos representativa (0,0% e 6,7%, respectivamente) (c.f. Tabela 2).

A recodificação do estado civil em dois grupos: com companheiro e sem companheiro, permitiu constatar que a maioria possui companheiro (a) (66,7%) e os restantes (33,3%) não tem companheiro (c.f. Tabela 2).

▪ **Nacionalidade**

Quanto a nacionalidade todos os pacientes eram brasileiros.

▪ **Zona de Residência**

Quanto a zona de residência, todos os 30 pacientes eram de zona rural

▪ **Habilitações literárias**

O nível de escolaridade da amostra é baixo, pois 83,3% refere não saber ler nem escrever e a minoria refere apresentar o Ensino básico (16%). Nenhum dos participantes apresentaram escolaridade de ensino superior. (Cf Tabela 2).

▪ **Raça/cor**

Com relação a raça/cor, a raça parda foi predominante em 70% dos pacientes, com 20% de brancos e 10% de pretos.

▪ **Religião**

Abordados para responder sobre a qual religião pertencia, a maioria se intitulou como católico, com 18 pacientes, correspondendo a 60%, seguido de evangélicos, com 10 pacientes, 33,3%. Outros dois pacientes disseram não ter nenhuma religião, perfazendo 6,7%.

▪ **Renda**

Quanto a renda familiar, os pacientes apresentaram renda em torno de um salário mínimo, onde 18 pacientes eram aposentados, com 60%, perfazendo um salário mínimo vigente, 4 pacientes disseram possuir renda entre um e dois salários mínimos, com 13,3% e 8 pacientes informaram não possuir nenhuma renda, com 26,7%. A maioria dos participantes vivem da agricultura familiar, por ser uma área rural, conseguem através do arrendamento de terras aposentar-se ao atingir a idade prevista pela Lei Brasileira.

Tabela 2- Caracterização da amostra quanto as variáveis sociodemográficas, Arapiraca, AL, 2015.

Variáveis sociodemográficas		Sexo					
		Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Idade	41 a 50 anos	5	16,7	3	10,0	8	26,7
	51 a 60 anos	4	13,3	8	26,7	12	40,0
	Acima de 60 anos	2	6,7	8	26,7	10	33,3
Estado civil	Solteiro	2	6,7	1	3,3	3	10,0
	Casado	8	26,7	10	33,3	18	60,0
	Separado	0	0,0	1	3,3	1	3,3
	União de fato	1	3,3	1	3,3	2	6,7
	Viúvo	0	0,0	6	20,0	6	20,0
Companheiro	Não	2	6,7	8	26,7	10	33,3
	Sim	9	30,0	11	36,7	20	66,7
Escolaridade	Não lê/não escreve	6	20,0	19	63,3	25	83,3
	Ensino básico	5	16,7	0	0,0	5	16,7
Religião	Católico	8	26,7	10	33,3	18	60,0
	Evangélico	2	6,7	8	26,7	10	33,3
	Sem religião	1	3,3	1	3,3	2	6,7
Raça	Branco	3	10,0	3	10,0	6	20,0
	Preto	0	0,0	3	10,0	3	10,0
	Pardo	8	26,7	13	43,3	21	70,0
Renda	Aposentado	4	13,3	14	46,7	18	60,0
	1 a 2 SM	2	6,7	2	6,7	4	13,3
	Nenhuma renda	5	16,7	3	10,0	8	26,7

INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Para a realização do nosso estudo, utilizámos um instrumento de colheita de dados, no formato de um questionário e escalas descritos a seguir. (cf. Anexo 1).

Parte I - QUESTIONÁRIO SOBRE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Este questionário é composto por questões de 1 a 11, através das quais recolhemos informações acerca do sexo, idade, estado civil, nacionalidade, residência, habilitações literárias e religião.

As perguntas sobre Informação Clínica servem para avaliar informações relativamente ao tipo de diabetes, - **Tempo de Doença - Frequência da Unidade Básica - Exame dos Pés – Ferimentos - Recurso à Unidade.**

Parte II - PROTOCOLO EXAME DOS PÉS – DIAGNÓSTICO COMPORTAMENTAL DE ROCHA, ROSIANNE (2005)

O diagnóstico comportamental do diabético tem por objectivo analisar o comportamento de pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés. Este estabelece as causas comportamentais que interferem no problema de saúde utilizado para intervenção educacional (Rocha, Rosianne 2005, p. 42).

Os factores ambientais são definidos como externos ao indivíduo e podem ser modificados para apoiar o comportamento saudável.

Elaborado por (Rocha, Rosianne 2005, p. 42), é constituído por vinte e quatro questões de resposta fechada.

Esta escala permite avaliar o comportamento da amostra relativamente aos seguintes cuidados com os pés: cuidados essenciais de higiene com os pés, cuidados essenciais gerais com os pés e cuidados essenciais com calçado e meias.

Os cuidados essenciais de higiene com os pés são avaliados nas questões: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 21, 22.

Os cuidados essenciais gerais com os pés são avaliados nas questões: 8, 20, 23, 24.

Os cuidados essenciais com calçado e meias são avaliados nas questões: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Cada item tem duas hipóteses de resposta (correcto, incorrecto), sendo atribuído um valor de 0 a 1; assim, os *scores* relativos ao diagnóstico comportamental, variam entre 0 e 24, sendo que a um maior *score* correspondem melhores comportamentos.

**Parte III - ESTUDO DO RELACIONAMENTO COM A EQUIPE
ESCALA DE CUNHA E SOARES(2015)**

A terceira parte desse instrumento de colheita de dados utilizamos uma escala onde verificamos com que frequência as pessoas com diabetes tipo 2 se relacionam com a unidade básica de saúde que estão dispostas nas questões de 1 a 13.

**Parte IV – ESTUDO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DURANTE A CONSULTA DE
DIABETES
ESCALA DE CUNHA E SOARES (2015)**

Na quarta parte desse instrumento solicitamos que as pessoas atribuam sua satisfação durante a consulta na unidade básica de saúde, utilizando as palavras excelente, muito boa, aceitável, fraca e muito fraca.

**Parte V - ESTUDO DA SATISFAÇÃO COM O GRUPO DE DIABETES
ESCALA DE CUNHA E SOARES (2015)**

A quinta parte desse instrumento de colheita é composta por 26 perguntas as quais requerem que a pessoa com diabetes tipo 2 indique o grau de concordância sobre o grupo de diabetes, o seu desenvolvimento no grupo e o número de participações na Unidade de saúde onde frequenta.

Parte VI - EXAME DOS PÉS/ FERIMENTOS/ RECURSO À UNIDADE

Verificou-se a percepção da pessoa com diabetes tipo 2 acerca da presença de ferimentos nos pés está descrita em três perguntas, assim como também, a realização do exame periódico e se diante da possibilidade de ferimento busca dos serviços da unidade de saúde. (cf. Anexo 1).

**Parte VII - ESTUDO SATISFAÇÃO E EXPECTATIVAS ACERCA DO CUIDADO COM OS
PÉS
ESCALA DE CUNHA E SOARES (2015)**

Questiona a pessoa com diabetes tipo 2 a respeito do seu contentamento e expectativas acerca do pé diabético desde início da sua doença até os dias. Estão distribuídos em 15 perguntas a respeito do tema acima citado.

4.7 – PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS

A fim de realizarmos a colheita de dados, foi solicitada a autorização ao Secretário Municipal de Saúde, tendo-se obtido parecer favorável (cf. Anexo 2).

O instrumento de colheita de dados foi aplicado a todos as pessoas constituintes da amostra, sendo auto-administrados àqueles que tinham capacidade para o preencher, assistidos pelo entrevistador e administrados pelo entrevistador consoante as necessidades, nesta situação as perguntas eram lidas pelos investigados e explicavam-se possíveis dúvidas, registando-se posteriormente as suas respostas.

Relativamente ao local de aplicação este foi aplicado antes da consulta na Unidade de Saúde, como já referido, quando os sujeitos se encontravam na sala de espera, aguardando pela respectiva consulta.

A aplicação do instrumento de colheita de dados foi precedida de consentimento informado, garantido a todos os participantes o anonimato, a confidencialidade e o objectivo final dos dados recolhidos.

4.8 – PREVISÃO DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico inicia-se com a colheita de dados prolongando-se até à análise e interpretação de resultados. No nosso estudo será processado através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

Para o tratamento estatístico dos dados, utilizámos o programa informático estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 20.0).

Relativamente à estatística descritiva fazemos uso das frequências relativas e absolutas, como medidas de tendência central, utilizou-se a média, a moda e a mediana, e como medidas de dispersão, o desvio padrão e o coeficiente de variação.

Nas análises estatísticas dos valores relativos aos coeficientes de dispersão utilizaram-se os seguintes intervalos (PESTANA e GAGEIRO, 2005, p.79).

- $CV \leq 15\%$ – Dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ – Dispersão média;
- $CV > 30\%$ – Dispersão elevada.

Em relação à estatística inferencial, usaram-se testes paramétricos, uma vez que o n da amostra é 30 ($n=30$) e a variável dependente ter distribuição normal: ANOVA, para comparação de médias; correlações de *Pearson*, para avaliar eventuais relações entre as variáveis e teste *t* de *student*, para comparar médias entre duas amostras independentes.

Sempre que uma variável violasse a normalidade, em alternativa ao teste *t* de *Student* utilizámos o teste não paramétrico *U de Mann-Whitney*.

No teste da ANOVA, caso o coeficiente entre o *n* parcial maior e o *n* parcial menor for superior a 1.5, este não pode ser utilizado sendo substituído pelo teste *Kruskal-Wallis* em que o *n* parcial tem que ser superior a 5. Este teste é o equivalente não paramétrico da análise de variância e serve portanto para comparar variáveis quantitativas (TRIOLA, 1999, p.315).

Como níveis de significância considerámos os seguintes:

- $p < 0.05$ estatística significativa;
- $p < 0.01$ estatística bastante significativa;
- $p < 0.001$ estatística altamente significativa;
- $p \geq 0.05$ não significativa D'HAINAUT (1990, p.162).

Relativamente às correlações de *Pearson* foram utilizados valores de *r*, que por convenção PESTANA e GAGEIRO (2005, p.179) classificam de:

- $r < 0.2$ – associação muito baixa;
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa;
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada;
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta;
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta.

No presente estudo, devido ao facto de ser transversal e os dados serem colhidos pelos investigadores, no capítulo seguinte, são omitidos a fonte, o local e ano das tabelas apresentadas, pois as mesmas são resultantes da análise estatística dos dados colhidos.

RESULTADOS

Este capítulo encontra-se organizado em duas partes fundamentais. A primeira consiste na análise descritiva dos dados e a segunda na análise inferencial dos resultados.

ANÁLISE DESCRITIVA

Parte I – Caracterização Clínica dos Participantes

Na caracterização clínica iremos descrever os resultados obtidos relativamente ao **Tipo de diabetes, - Tempo de Doença - Frequência da Unidade Básica - Exame dos Pés – Ferimentos - Recurso à Unidade**

- **Tipo de diabetes**

Na amostra em estudo existem apenas um tipo de diabetes, a diabetes tipo 2 com predominante em ambos os sexos (cf. Tabela 3).

- **Tempo de doença / Duração da diabetes (à quanto tempo tem diabetes)**

Esta variável foi operacionalizada em anos e tendo por base o valor mínimo e máximo encontrado na nossa amostra, construindo-se os seguintes grupos: de 0 a 10 anos, entre 11 e 20 anos e acima de 20 anos. Neste sentido, a maioria da amostra (63,3%) tinha diabetes entre 0 a 10 anos, seguidos de 11 a 20 anos (30,0) e acima de 20 anos (6,7%).

O tempo médio do diagnóstico da patologia foi de 11,1 anos ($D_p = \pm 5,4$), com um mínimo de 5,0 anos e um máximo de 28,0 anos. Os coeficientes de variação indicam a existência de uma dispersão de 48,6 %.

A média do tempo de doença das mulheres ($\bar{x} = 11,5$) é maior do que a dos homens ($\bar{x} = 10,2$).

Os resultados do teste *t de student*⁴ para amostras independentes, mostram que as diferenças não foram estatisticamente significativas ($t = -0,62$; $p = 0,53^5$), ou seja, a média do tempo de doença entre os grupos são estatisticamente iguais.

⁴ O teste t para duas amostras independentes aplica-se sempre que se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e se desconhecem as respectivas variâncias populacionais. Quando as amostras são ambas de dimensão superior a trinta a distribuição t com v graus de

Tabela 3 – Estatísticas relativas à duração da diabetes em anos

Sexo \ Duração da Diabetes	Duração da Diabetes						
	n	\bar{x}	Mín.	Max.	Dp	CV%	Sk
Masculino	11	10,2	5,0	18,0	4,3	42,0	0,62
Feminino	19	11,5	5,0	28,0	6,0	52,0	1,7
Total	30	11,1	5,0	28,0	5,4	48,0	1,59

- **Exame dos Pés Recurso à Unidade / Ferimentos Recurso à Unidade / Recurso à Unidade**

No dia da recolha de dados, o **Exame dos Pés** foi praticado por 70,0% dos participantes, 23,3% admitiu ter **Ferimentos nos Pés** e **90,0% assumiram o Recurso à Unidade se tivesse Ferimento nos Pés** (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Variáveis Clínicas da Diabetes

		Sexo					
		Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Tempo de doença / Duração da diabetes (à quanto tempo tem diabetes)	0 a 10 anos	10	33,3	9	30,0	19	63,3
	11 a 20 anos	0	0,0	9	30,0	9	30,0
	21 a 30 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Acima de 30 anos	1	3,3	1	3,3	2	6,7
Exame dos Pés hoje ...	Sim	4	13,3	5	16,7	9	30,0
	Não	7	23,3	14	46,7	21	70,0
Ferimentos nos Pés ...	Sim	4	13,8	3	10,3	7	24,1
	Não	7	24,1	15	51,7	22	75,9
Recurso à Unidade se tivesse Ferimento nos Pés	Sim	10	33,3	17	56,7	27	90,0
	Não	1	3,3	2	6,7	3	10,0

liberdade, $t_{(v)}$, aproxima-se da distribuição normal, levando ambas às mesmas conclusões. (PESTANA e GAGEIRO, 2005, p.229).

⁵ $p \geq 0.05$ (n.s.) – não significativo
 $p < 0.05^*$ - significativo
 $p < 0.01^{**}$ - bastante significativo
 $p < 0.001^{***}$ - altamente significativo (D'HAINAUT, 1990)

Parte II – Estudo do Diagnóstico Comportamental (comportamentos adequados relativos aos cuidados com os pés) DIAGNÓSTICO COMPORTAMENTAL ROCHA, ROSIANNE (2005)

Em relação ao diagnóstico comportamental, o valor médio apresentado pelos diabéticos foi de 61,9 (Dp =6,9), com um mínimo de 48 e um máximo de 77. Os coeficientes de variação sugerem a existência de uma dispersão fraca (10,0%.)

Os homens apresentam um valor médio de 60,1 pontos e as mulheres de 63,0 pontos, correspondendo aos indivíduos do sexo feminino um melhor nível de comportamentos (cf. Tabela 5), entretanto sem diferenças estatisticamente significativas ($t=1,08$; $p=0,28$).

Os valores de simetria ($Sk/erro=0,43$) e curtose ($K/erro=0,65$), indiciam uma curva 0,56. Tendo por base o referido, consideramos a distribuição do diagnóstico comportamental como equivalentes (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Diagnóstico Comportamental (comportamentos relativos aos cuidados adequados com os pés)

Sexo	N	\bar{x}	Mín.	Max.	Dp	CV%	Sk
Masculino	11	60,1	48,0	76,0	8,0	13,0	0,43
Feminino	19	63,0	55,0	77,0	6,1	9,6	0,65
Total	30	61,9	48,0	77,0	6,9	10,0	0,56

O diagnóstico comportamental tem por objectivo analisar o comportamento de pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés (ROCHA, 2005).

Para operacionalizar esta variável e caracterizar os comportamentos adequados aos pés implementados pelos diabéticos, utilizamos a metodologia de formação de grupos de corte de Pestana e Gageiro (2005, p.112)⁶ ($\bar{x} \pm 0,25$ desvio padrão), tendo-se obtido as seguintes categorias:

⁶ Para o estabelecimento de grupos, os dois valores (*Cut-off values*), que limitam os grupos, quando a distribuição é muito aproximadamente simétrica e não tem *outliers*, os *Cut-off values* são dados por: [valor médio \pm 0,25 x desvio padrão] (PESTANA E GAGEIRO, 2005, p.112).

Quadro 5 – Classificação do diagnóstico comportamental (comportamentos relativos aos cuidados com os pés)

Categoria	Score
Comportamentos inadequados	$\leq 60,2$
Comportamentos razoavelmente adequados	(60,3 - 63,6)
Comportamentos adequados	$\geq 63,7$

Em relação aos cuidados adequados aos pés, verifica-se que 46,7% dos diabéticos opta por um comportamento adequado face aos pés enquanto que 40,0% dos diabéticos opta por cuidados inadequados com os pés.

Relativamente ao género, verifica-se que quer a maioria dos homens (54,5%) adota comportamentos adequados de cuidados com os pés, enquanto que as mulheres, 42,1% adota este tipo de comportamento, relativamente aos cuidados adequados com os pés (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Comportamento adequado relativamente aos cuidados adequados com os pés.

Nível Comportamentos	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamentos adequados ($\leq 60,2$)	6	54,5	8	42,1	14	46,7		
Comportamentos razoavelmente adequados (60,3 – 63,6)	1	9,1	3	15,8	4	13,3		
Comportamentos inadequados ($\geq 63,7$)	4	36,4	8	42,1	12	40,0		
Total	11	100,0	19	100,00	30	100,00		

▪ **Comportamentos adequados relativos aos cuidados de higiene com os pés**

Relativamente ao produto utilizado para a higiene dos pés, só 6,7 % utilizam sabão neutro.

No que diz respeito ao cuidado – esfregar os pés com esponja macia – verifica-se que 6,7% adoptam este comportamento.

Relativamente à utilização de toalha macia para secar os pés, verifica-se que 10,0 % das pessoas com diabetes elegem o comportamento adequado.

Da nossa amostra, 26,7 % refere ter a preocupação de secar os espaços interdigitais e 23,3% optam pelo comportamento adequado relativamente à hidratação diária dos pés. No seguimento da análise da tabela 7, verificamos que nenhum dos elementos da amostra exibem um comportamento adequado no que diz respeito aos locais de hidratação dos pés.

Relativamente à retirada dos calos dos seus pés, 13,3% da amostra apresenta o comportamento adequado e 76,7%% refere não retirar as cutículas.

Quanto ao corte das unhas ninguém adopta pelo formato quadrado.

Tabela 7 – Comportamento adequado relativamente aos cuidados de higiene com os pés

Comportamento adequado Cuidados de higiene com os pés	Comportamento adequado	
	n	%
Lavar os pés diariamente	22	73,3
Lava os pés com sabão neutro	2	6,7
Esfregar os pés com esponja macia	2	6,7
Seca os pés com toalha macia	3	10
Seca os espaços interdigitais	8	26,7
Hidrata os pés diariamente	7	23,3
Hidrata os pés, menos entre os dedos	3	10,0
Remoção de calos	12	40
Retirar cutículas	23	76.7
Corte das unhas	0	0,0

▪ **Comportamentos adequados relativamente aos cuidados gerais com os pés**

De modo a estudar os cuidados essenciais gerais com os pés, elaborou-se a Tabela 8, na qual se observa que a realização do exame diário dos pés 23,3% dos participantes refere examinar diariamente os pés. No que diz respeito a utilização de saco de água quente, 93,3% não o aplica. Relativamente ao uso de meias elásticas, 10 % tem comportamento correcto. Quanto à utilização de cinta-liga, observou-se que nenhum dos 30 participantes (100%) faz uso desta roupa.

Tabela 8 – Comportamento adequado sobre os cuidados gerais com os pés.

Cuidados gerais com os pés	Comportamento adequado	
	n	%
Exame diário dos pés	7	23,3
Utilização de saco de água quente	28	93,3
Uso de meias elásticas	3	10
Uso de cinta-liga	30	100

• **Comportamentos adequados relativamente aos cuidados com calçado e meias**

Na sequência, no que diz respeito aos cuidados essenciais com calçados e meias, através da análise da Tabela 9, verifica-se apenas uma pequena parcela (3,3%) utiliza calçado fechado. Relativamente à estrutura do calçado, 50,0% usa calçado macio e confortável. Quanto à escolha do material na compra do calçado, 26,7% opta por calçado confeccionado em couro, enquanto que em relação ao aspecto interno do calçado, 40,0% utiliza calçado sem costura.

Relativamente ao horário para a compra do calçado, verifica-se que apenas 3,3% dos indivíduos adquirem o calçado no final da tarde.

Neste estudo observou-se que 83,3% da amostra verifica o calçado antes de usá-lo. No que diz respeito ao uso de calçado fechado, 43,3% prefere a utilização de palmilhas. No

que se refere a andar descalço verifica-se que 53,3% adopta o comportamento adequado, ou seja, de nunca andar descalço.

Reportando à cor e estrutura da meia 13,3% dos diabéticos usam meias claras e sem costura. No que se refere ao tipo de meia, 46,7% utiliza meias de algodão.

Tabela 9– Comportamento adequado relativamente aos cuidados com calçados e meias.

Cuidados com calçados e meias	Comportamento adequado	
	n	%
Utilização de calçado fechado	1	3,3
Estrutura do calçado	15	50
Escolha do material na compra do calçado	8	26,7
Aspecto interno do calçado	12	40
Horário para comprar calçado	1	3,3
Verificar o calçado antes de usá-lo	25	83,3
Uso de palmilha em calçado fechado	13	43,3
Andar descalço	16	53,3
Cor e estrutura da meia	4	13,3
Tipo de meia	14	46,7

**Parte III - Estudo do Relacionamento com a Equipe
ESCALA de CUNHA E SOARES2015)**

O valor médio, para o *score* global da escala **do Relacionamento com a Equipe** foi de 45,7 ($\pm 4,1$) pontos, com um mínimo de 37 e um máximo de 56 pontos. Os coeficientes de variação indicam a existência de uma dispersão 9,0%.

Tabela 10 – Estatísticas relativas ao Relacionamento com a Equipe

Relacionamento Equipe Sexo	N	\bar{x}	Mín.	Max.	Dp	CV%	Sk
	Masculino	11	45,4	39,0	56,0	5,3	11,6
Feminino	19	45,8	37,0	52,0	3,4	8,2	-0,64
Total	30	45,7	37	56,0	4,1	9,0	0,13

Com o objectivo de ilustrar o do **Relacionamento com a Equipe** na nossa amostra, estabelecemos grupos de corte a partir da média (45,7) e o desvio padrão (4,1), a partir da fórmula: média \pm 0.25 x desvio padrão:

Para operacionalizar esta variável, utilizamos a metodologia de formação de grupos de Pestana e Gageiro (2005, p.112) ($\bar{x} \pm 0,25$ SD), tendo-se obtido as seguintes categorias:

Quadro 6 – Classificação do Relacionamento com a Equipe

Categoria	Score
Mau Relacionamento com a Equipe	$\leq 44,7$
Razoável Relacionamento com a Equipe	44,8- 46,6
Bom Relacionamento com a Equipe	$\geq 46,7$

A maioria (40,0 %) tem um bom **Relacionamento com a Equipe**, contudo um grupo significativo (36,7%) não tem um bom relacionamento com a equipe.

Relativamente ao género, verifica-se que entre os homens, a maioria (45,5%) teve um mau **Relacionamento com a Equipe**, enquanto que para as mulheres foram apenas 31,6%. (cf. Tabela 11), entretanto sem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,73$).

Tabela 11– Relacionamento com a Equipe

Relacionamento com a Equipe	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mau Relacionamento com a Equipe ≤ 44,7	5	45,5	6	31,6	11	36,7		
Razoável Relacionamento com a Equipe 44,8 – 46,6	2	18,2	5	26,3	7	23,3		
Bom Relacionamento com a Equipe ≥46,6	4	36,4	8	42,1	12	40,0		
Total		100,0		100,00		100,00		

**Parte IV – Estudo do Grau de Satisfação durante a Consulta de Diabetes
ESCALA de CUNHA E SOARES (2015)**

O valor médio, para o score global da escala de Satisfação durante a Consulta de Diabetes foi de 3,8 ($\pm 0,57$), com um mínimo de 3,0 e um máximo de 5,0 pontos. Os coeficientes de variação indicam a existência de uma dispersão de 15,0%.

Tabela 12 – Estatísticas relativas ao Grau de Satisfação durante a Consulta de Diabetes

Sexo	Satisfação Consulta						
	n	\bar{x}	Mín.	Max	Dp	CV%	Sk
Masculino	11	3,8	3,0	5,0	0,75	19,0	0,32
Feminino	19	3,9	3,0	5,0	0,45	11,0	-0,50
Total	30	3,8	3,0	5,0	0,57	15,0	0,13

Com o objectivo de ilustrar a **Satisfação durante a Consulta de Diabetes** da nossa amostra, estabelecemos grupos de corte a partir da média (3,8) e o desvio padrão (0,57), a partir da fórmula: média \pm 0.25 x desvio padrão:

Para operacionalizar esta variável, utilizamos a metodologia de formação de grupos de Pestana e Gageiro (2005, p.112) ($\bar{x} \pm 0,25 S$), tendo-se obtido as seguintes categorias:

Quadro 7 – Classificação da Satisfação durante a Consulta de Diabetes

Categoria	Score
InSatisfeitos com a Consulta de Diabetes	$\leq 2,87$
Razoavelmente Satisfeitos com a Consulta de Diabetes	2,88 – 3,93
Muito Satisfeitos com a Consulta de Diabetes	$\geq 3,94$

A maioria (76,7%) encontra-se **muito satisfeito** com a consulta. Além disso, nenhum dos participantes se encontrava na condição de insatisfeito.

Relativamente ao género, verifica-se que a maioria de ambos os sexos está muito satisfeito com a consulta, com 63,3 % para os indivíduos do sexo masculino e 84,2 % para os do sexo feminino (cf. Tabela 13), entretanto sem diferenças estatisticamente significativas ($p = ,19$).

Tabela 13 – Satisfação durante a Consulta de Diabetes

Satisfação Consulta de Diabetes	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
InSatisfeitos com a Consulta de Diabetes $\leq 2,87$		0	0	0	0	0	0
Razoavelmente Satisfeitos com a Consulta de Diabetes 2,88 – 3,93		4	36,4	3	15,8	7	23,3
Muito Satisfeitos com a Consulta de Diabetes $\geq 3,94$		7	63,6	16	84,2	23	76,7
Total		11	100.0	19	100.00	30	100.00

**Parte V - Estudo Satisfação com o Grupo de Diabetes
ESCALA de CUNHA E SOARES (2015)**

O valor médio, para o score global da escala de Satisfação com o **Grupo de Diabetes** foi de 52,6 ($\pm 5,3$), com um mínimo de 44 e um máximo de 64 pontos. Os coeficientes de variação indicam a existência de uma dispersão de 10,0%.

Tabela 14 – Estatísticas relativas à Satisfação com o Grupo de Diabetes

Satisfação Grupo Diabetes							
Sexo	n	\bar{x}	Mín.	Max.	Dp	CV%	Sk
Masculino	11	53,6	44,0	62,	5,1	11,0	0,04
Feminino	19	52,2	44,0	64,0	5,4	10,0	0,79
Total	30	52,6	44,0	64,0	5,3	10,0	0,02

Com o objectivo de ilustrar a **Satisfação com o Grupo de Diabetes** da nossa amostra, estabelecemos grupos de corte a partir da média (52,6) e o desvio padrão (5,3), a partir da fórmula: média \pm 0,25 x desvio padrão: Para operacionalizar esta variável, utilizamos a metodologia de formação de grupos de Pestana e Gageiro (2005, p.112) ($\bar{x} \pm 0,25 S$), tendo-se obtido as seguintes categorias:

Quadro 8 – Classificação da Satisfação com o Grupo de Diabetes

CATEGORIA	Score
InSatisfeitos com o Grupo de Diabetes	$\leq 51,3$
Razoavelmente Satisfeitos com o Grupo de Diabetes	51,4 – 53,9
Muito Satisfeitos com o Grupo de Diabetes	$\geq 54,0$

Na mesma proporção, 40,0% estavam insatisfeitos e outros 40% estavam muito satisfeitos.

Relativamente ao género, verifica-se que a maioria dos homens está muito satisfeito com o **Grupo de Diabetes**, com 45,5%, enquanto que a maioria das mulheres (42,1%) está insatisfeita (cf. Tabela 14), entretanto sem diferenças estatisticamente significativas ($p = ,89$).

Tabela 15– Satisfação com o Grupo de Diabetes

Satisfação com o Grupo de Diabetes	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
InSatisfeitos com o Grupo de Diabetes ≤ 51,3		4	36,4	8	42,1	12	40,0
Razoavelmente Satisfeitos com o Grupo de Diabetes 51,4 – 53,9		2	18,2	4	21,1	6	20,0
Muito Satisfeitos com o Grupo de Diabetes ≥54		5	45,4	7	36,8	12	40,0
Total			100,0		100,00		100,00

Parte VI - Exame dos Pés/ Ferimentos/ Recurso à Unidade – Já incluído no subcapítulo da caracterização clínica

Parte VII - Estudo Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés ESCALA de CUNHA E SOARES (2015)

O valor médio, para o score global da escala de Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés foi de 51,9 ($\pm 4,8$), com um mínimo de 45 e um máximo de 64 pontos. Os coeficientes de variação indicam a existência de uma dispersão de 9,4%.

Tabela 16 – Estatísticas relativas à Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés

Satisfação E Expectativas Sexo							
	n	\bar{x}	Mín.	Max	Dp	CV%	Sk
Masculino	11	52,6	46,0	64,0	5,8	11,0	0,85
Feminino	19	51,4	45,0	60,0	4,2	8,0	0,20
Total	30	51,9	45,0	64,0	4,8	9,4	0,66

Com o objectivo de ilustrar a de **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés** da nossa amostra, estabelecemos grupos de corte a partir da média (51,9) e o desvio padrão (4,8), a partir da fórmula: média \pm 0.25 x desvio padrão:

Para operacionalizar esta variável, utilizamos a metodologia de formação de grupos de Pestana e Gageiro (2005, p.112) ($\bar{x} \pm 0,25 S$), tendo-se obtido as seguintes categorias:

Quadro 9 – Classificação da Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés

Categoria	Score
InSatisfeitos / Sem Expectativas acerca do Cuidado com os Pés	$\leq 50,7$
Razoavelmente Satisfeitos / com Expectativas acerca do Cuidado com os Pés	50,7 – 53,0
Muito Satisfeitos / Muitas Expectativas acerca do Cuidado com os Pés	$\geq 53,1$

A maioria (43,3%) encontra-se insatisfeito sobre as Expectativas acerca do Cuidado com os Pés, contudo um grupo significativo (36,7%) está muito satisfeito. Relativamente ao género, verifica-se que tanto os homens (45,5%) quanto as mulheres (42,1%) estão insatisfeitos quanto as Expectativas acerca do Cuidado com os Pés, (cf. Tabela 16), entretanto sem diferenças estatisticamente significativas ($p= ,97$).

Tabela 17 – Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés

Satisfação e Expectativas	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		n	%	N	%
InSatisfeitos / Sem Expectativas acerca do Cuidado com os Pés $\leq 50,7$	5	45,5	8	42,1	13	43,3
43Razoavelmente Satisfeitos / com Expectativas acerca do Cuidado com os Pés $50,7 - 53,0$	2	18,2	4	21,1	6	20,0
Muito Satisfeitos / Muitas Expectativas acerca do Cuidado com os Pés $\geq 53,1$	4	36,4	7	36,8	11	36,7
Total		100,0		100,00		100,00

ANÁLISE INFERENCIAL

O tratamento estatístico inferencial é uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis independente/s/dependente/s.

H₁ – Existe efeito significativo das variáveis sociodemográficas na **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés**

Expectativas acerca do Cuidado com os Pés, aplicámos o teste t de Student ou a análise de variancia (ANOVA). Os resultados mostram que existe relação estatisticamente significativa apenas da escolaridade com a **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés**, sendo que os sujeitos com menos tempo de doença e os com maior instrução tiveram maiores escores de Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés (cf. Tabela 18).

Tabela 18_ Resultados do teste *t* de Student das variáveis sociodemográficas

		escore_cuidado_pes		p valor
		\bar{x}	dp	
Sexo	Masculino	52,64	5,87	0,53
	Feminino	51,47	4,22	
Raça	Branco	50,50	4,51	0,74
	Preto	52,33	4,73	
	Pardo	52,24	5,07	
Faixa etária	41 a 50 anos	51,63	4,50	0,82
	51 a 60 anos	51,42	4,96	
	Acima de 60 anos	52,70	5,29	
esta_civil_novo	Solteiro	52,50	5,23	0,63
	Casado	51,60	4,72	
escolaridade	Não lê/não escreve	51,12	4,02	0,04
	Ensino básico	55,80	6,98	
	Católico	53,06	5,43	
religiao	Evangélico	50,10	3,14	0,28
	Sem religião	50,50	4,95	
	Aposentado	52,44	5,14	
renda	1 a 2 SM	48,75	2,63	0,38
	Nenhuma renda	52,25	4,77	

H₂ – Existe efeito significativo das variáveis clínicas da diabetes na Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés

No estudo do efeito das variáveis clínicas da diabetes sobre a variável **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés**, observou-se que o tempo de doença e se já examinou os pés mantiveram relação significativa, ou seja, quanto menos tempo de doença e o fato de ter examinado os pés expressaram melhor satisfação com os cuidados dos pés (cf. Tabela 19).

Tabela 19_ Resultados do teste *t* de Student das variáveis clínicas

		escore_cuidado_pes		p valor
		\bar{x}	dp	
tempo_doença	0 a 10 anos	52,47	5,17	0,03
	11 a 20 anos	49,44	2,40	
ja_examin_pes	Sim	54,78	4,29	0,03
	Não	50,67	4,59	
pe_ferimento	Sim	53,14	5,64	0,42
	Não	51,41	4,70	
ferim_procur_unidade	Sim	51,48	4,48	0,15
	Não	55,67	7,23	

H8 – Existe efeito significativo dos Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés na Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés

No estudo do efeito das variáveis dos Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés sobre a variável **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés**, observou-se que apenas a o ato de não passar creme hidratante e não andar descalço tem relação significativa, ou seja, essas categorias expressaram melhor satisfação com os cuidados dos pés (cf. Tabela 19).

Tabela 20_ Resultados do teste *t* de Student das variáveis comportamentos adequados com os pés

		escore_cuidado_pes		p valor
		\bar{x}	dp	
usa_pra_lavar	Sabonete de coco	51,80	1,92	0,82
	Sabonete comum	52,10	5,63	
	Sabonete neutro	48,00	1,41	
	Água	.	.	
	Outro	53,00	4,24	
usa_esfregar	Esponja vegetal normal	54,50	7,42	0,33
	Esponja vegetal macia	47,50	3,54	
	Esponja vegetal aspera	51,33	4,51	

	Esponja sintética	.	.	
	As próprias mãos	54,17	5,91	
	Outros	51,00	3,51	
usa_enxugar	Toalha normal	51,91	4,87	
	Toalha macia	49,33	1,53	0,69
	Toalha aspera	.	.	
	Pano de chão	.	.	
	Outro	53,33	7,51	
enxuga_inter	Sim	51,75	5,01	
	Não	51,79	6,07	0,97
	As vezes	52,25	1,67	
usa_hidratante	Sim	53,43	4,79	
	Não	51,45	4,95	0,36
	As vezes	.	.	
onde_passa_creme	Entre dedos e plantá pé	46,25	1,50	
	Em cima e planta pé	48,67	2,08	
	Em cima, planta e calcanhar	.	.	0,008
	Em cima, planta, entre dedos e calçado	.	.	
	Não passa	53,30	4,55	
remover_calos	Lima de papel e creme	50,75	2,75	
	Lima de metal e creme	51,00	,00	
	Pedra-pomes e creme	51,00	1,41	0,95
	Pedra normal e creme	52,75	4,72	
	Outros	53,50	5,09	
	Nunca teve	51,50	6,22	
calcado_aberto	Só em casa	52,30	6,18	
	Em casa e sair	50,81	3,76	0,19
	Só sair	53,33	2,08	
	Não usa	61,00	.	
estrut_calcado	Folgado	50,13	3,64	
	Apertado	55,60	2,70	0,16
	Justo	48,50	4,95	
	Macio e confortável	52,07	5,42	
mat_calcado	De pano	.	.	
	De couro	54,38	5,73	0,09
	Couro sintético	51,00	4,24	
aspec_interno	Sem costurra	52,33	4,36	
	Com costura	50,43	4,55	0,13
	Deixa marcas	.	.	
	Com e sem costura	55,75	5,91	

peridodo_compra	Pela manhã	52,00	3,89	
	Qualquer hora	51,50	6,38	
	Início tarde	50,50	2,65	0,37
	Final tarde	.	.	
verifica_dentro	Sim	52,00	4,67	
	Não	52,00	7,81	0,91
	As vezes	50,50	4,95	
usa_palmilha	Fechado	53,15	5,46	
	Aberto	.	.	
	Tanto faz	51,00	1,41	0,68
	Nenhum	50,86	4,62	
anda_descalco	Só em casa	50,21	3,26	
	Em casa e na rua	.	.	
	Na rua	.	.	0,04
	Nunca	53,38	5,55	
como_sao_meias	Claras com costura	50,57	5,00	
	Claras sem costura	52,75	4,03	
	Escuras com costura	50,00	2,83	
	Escuras e sem costura	.	.	0,90
	Escura e clara sem costura	56,00	.	
	Escuras e claras com costura	52,50	3,54	
	Não usa	52,21	5,65	
material_meias	algodão	52,86	6,11	
	Fio sintético	48,00	,00	0,39
	Não usa	51,50	3,32	
meias_elasticas	Sim, sem indicação	51,50	3,87	
	Sim, comm indicação	51,00	1,00	0,98
	Não	52,05	5,56	
	As vezes	52,50	2,12	
retira_cuticula	Sim	53,67	6,12	
	Não	51,52	4,58	0,59
	As vezes	.	.	
usa_cintaliga	Sim, sem indicação	49,50	4,36	
	Sim, com indicação	51,50	5,87	
	Não	51,44	2,92	0,25
	As vezes	55,60	4,34	
examina_pes	Diariamente	54,14	5,81	
	Semanalmente	51,60	5,41	
	Mensalmente	52,50	7,33	
	Trimestralmente	.	.	0,45

	Anualmente	47,00	2,83	
	Não examina	51,33	2,96	

H3 – Existe efeito significativo do relacionamento com a equipe **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés**

Para testar o efeito do relacionamento com a equipe sobre a variável **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés** foi utilizado o coeficiente de correlação *r* de *Pearson*, observando-se que não houve correlação estatisticamente significativa entre as variáveis ($r= 0,11$; $p= 0,55$).

H4 – Existe efeito significativo da satisfação com a consulta na **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés**

Para testar o efeito da variável satisfação com a consulta sobre a variável **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés** foi utilizado o coeficiente de correlação *r* de *Pearson*, observando-se que não houve correlação estatisticamente significativa entre as variáveis ($r= 0,29$; $p= 0,11$).

H5 – Existe efeito significativo da satisfação com o grupo de diabetes na **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés**

Para testar o efeito da variável satisfação com o grupo de diabetes sobre a variável **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés** foi utilizado o coeficiente de correlação *r* de *Pearson*, observando-se que houve correlação estatisticamente significativa entre as variáveis ($r= 0,42$; $p= 0,02$).

Tabela 21- Matriz de correlação entre desenvolvimento no grupo de diabetes, grupo de diabetes/unidade de saúde e escala de relacionamento com a equipe e a satisfação e expectativas acerca do cuidado com os pés, Arapiraca, AL, 2015.

Variáveis	escore _ cuidado _ pés	
	r	p
escore_desenvolvimento	0,24	0,19
escore_satis_grupo	0,42	0,02
escore_Relaciona_equipe	0,11	0,55

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é uma etapa fundamental num processo de investigação, dado permitir colocar em relevo os dados mais significativos que foram encontrados e confrontá-los com as teorias e modelos que dão suporte ao estudo em causa. É nesta fase que se discutem também as inferências tornadas possíveis após a aplicação dos testes estatísticos, constituindo-se um momento enriquecedor do conhecimento científico.

DISCUSSÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS

De seguida apresentamos a discussão da análise dos dados relativos às variáveis sócio-demográficas - Sexo, Idade, Estado civil, Nacionalidade, Zona de residência, Habilitações literárias, Raça/Cor, Religião, Renda familiar.

▪ Sexo

Relativamente ao ordenamento da amostra em função do sexo, constatamos que 36,7% dos participantes são do sexo masculino e 63,3 % do sexo feminino. Estes resultados

estão em acordo com os estudos de PALMEIRA; [et al.], (2012, p. 240-249), THOMAZELLI; [et al.], (2015, p.10-14.), SILVA; [et al.], (2015, p. 225-234) cujas amostras predominava o sexo feminino. No estudo de OLIVEIRA; [et al.], (2005) 77,1% da amostra era também do sexo feminino. Poderíamos dizer que tal evidência tem relação com a concepção de cuidado culturalmente atribuída às mulheres, e sua busca mais assídua por serviços de saúde.

- **Idade**

A faixa etária estudada oscilou entre os 42 e os 69 anos, com uma média de idades de 57,2 anos o que verificamos que os participantes são mais novos do que no estudo de AVEIRO; [et al.], (2015, p. 177-181) que apresentavam média de idade 71,9 anos. Já nos estudos de SOUSA; [et al.], (2015, p. 479-485) 65,9% eram na faixa etária de maiores de 60 anos. Já nos estudos de GAERTNER; [et al.], (2015, p. 44-53) a idade média dos entrevistados foi de 46,4 anos ($\pm 18,96$), variando entre 16 e 79 anos. A faixa etária predominante foi de 50 a 69 anos (40%) corroborando com os estudos realizados.

A média de idades das mulheres ($\bar{x} = 58,4$) é maior que a dos homens ($\bar{x} = 55,0$). Assim como no estudo de ROOS (2015, p.329-346), onde a idade média do sexo feminino foi de 59,8 e de 64,6 no sexo masculino.

- **Estado civil**

Analisando o estado civil, verificamos que a maioria das pessoas com diabetes são casados (60%), tal como evidencia o estudo de SANTOS (2015, p.186-96) constituindo estes 65,8% da amostra.

Constatamos que a maioria das pessoas diabéticas vive com companheiro (66,7%) e os restantes 33,3% vive sem companheiro, tal como SILVA (2015, p.52) apresenta no seu estudo no qual há uma maior prevalência de doentes com companheiro fixo (77%).

- **Zona de residência.**

A totalidade da amostra reside em meio rural, contrariando os resultados obtidos por PETERS (2015) no qual 48,9% dos indivíduos residiam na zona rural e 51,1% na zona urbana e por SILVA; (2015) em que 13% provinham do meio rural enquanto 87% provinham de meio urbano.

- **Habilitações literárias**

A maioria da amostra 83,3% refere não sabe ler e escrever e 16,7% tem como habilitações literárias o Ensino Básico, assim como no estudo de GASPAR; (2015) nos quais 47,50% da amostra estudada era analfabeta o que contrapõe ao estudo de AVEIRO; [et al.], (2015, p. 177-181) em que a maioria dos indivíduos possuía como habilitações literárias o ensino básico (65%).

- **Religião**

No que diz respeito à religião a maioria 60% dos indivíduos estudados afirmam-se como católicos. Assim como relata HODNIKI; (2015) no seu estudo cuja religião predominante era a católica seguida da evangélica. TREVIZANI; (2015) no seu estudo, também predominou a religião católica, 71,0%.

- **Renda**

Quanto a renda familiar a maioria dos participantes são aposentados (60%) e uma minoria (8) não tem nenhuma renda 26,7%. Assim como no estudo de DUARTE; [et al.], (2015) onde relata no tocante a renda (89%) referi contribuir de alguma forma para com o sustento da casa, em torno de 82% dos idosos ganhavam até 02 salários, sendo possivelmente o único rendimento para custeio de suas necessidades, uma vez que 83% dos idosos entrevistados não referiram ocupação com ganho adicional após aposentadoria. Assim como no estudo de HODNIKI; (2015) no qual grande parte era aposentados (55,1%), sendo a maioria de um a três salários mínimos (60,47%), indicando baixo nível socioeconômico do grupo estudado.

- **Nacionalidade**

A totalidade da amostra (100%) são de nacionalidade brasileira por ser o estudo realizado somente com pessoas de nacionalidade Brasileira.

- **Raça/cor**

Com relação a raça/cor, a raça parda foi predominante em 70% dos pacientes, com 20% de brancos e 10% de pretos, o que confirma com o estudo de GONÇALVES; (2015) no qual as raças não brancas representaram 56,60% dos entrevistados.

DISCUSSÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS

Neste sub-capítulo iremos comparar os resultados obtidos com os estudos encontrados acerca das variáveis clínicas - ***Tipo de diabetes - Tempo de Doença - Frequência da Unidade Básica - Exame dos Pés – Ferimentos - Recurso à Unidade.***

- **Tipo de diabetes**

O tipo de diabetes da amostra em estudo é a diabetes tipo 2 (100.00%). No estudo de GOMES; (2015) observou-se que o tipo de diabetes dos participantes tinha como maior concentração a do tipo 2, pois abrangeu 90,9% do total. SILVA; [et al.], (2015) no seu estudo relatou que 92,2% dos participantes tinham diabetes tipo 2.

- **Duração da diabetes**

Relativamente à duração da diabetes, verificamos que o tempo médio do diagnóstico da patologia é de 11,1 anos, com um mínimo de 5,0 ano e um máximo de 28. Nos estudos de SILVA; (2015) 60,9% dos participantes tinha de 0 a 10 anos de diabetes em uma média de duração da doença de 13,5 anos, Em contraposto ROSSI; (2013) descreveu no seu estudo que 45,1% encontram-se no primeiro período da doença, ou seja, entre um e cinco anos

A maioria das pessoas têm diabetes há menos de 10 anos (63,3%), seguidas daquelas que têm a doença entre 11 e 20 anos com 30%. SILVA, (2015) chegou à mesma conclusão dado que 60,9% dos indivíduos tinham entre 0 a 10 anos de diabetes e 21,7% entre 11 e 20 anos.

- **Exame dos pés**

O exame dos pés realizado pelos participantes da mostra revela que apenas 9 pessoas (30%) realiza exames nos pés enquanto que 21 (70%) não realizam. Assim como no estudo de SILVA; [et al.], (2015) o qual relata em relação aos cuidados com os pés que 98,3% dos indivíduos consideravam importante cuidar dos pés para prevenir o pé diabético, no entanto, 81% referiram não realizar exame dos pés pelo menos uma vez ao ano com o profissional de saúde

- **Ferimento nos pés**

A presença de ferimentos nos pés foi observada numa minoria da amostra, perfazendo um total de 7 (24,1%) participantes. A maioria dos participantes 22 (75,9%) não apresentava nenhum tipo de ferimento. GONÇALVES; (2015) apresentou um estudo sobre a prevalência de feridas em pacientes atendidos na atenção primária perfazendo um total de 53 acometidos de feridas nos pés. Contudo ARAÚJO; (2012) relatou no seu estudo composto por 235 participantes a presença de 5 (2%) com feridas nos pés.

- **Recurso à Unidade**

Quando foi perguntado aos participantes se procurariam a Unidade de Saúde caso apresentassem ferimentos nos pés 27 (90%) afirmaram que sim, enquanto que apenas 3 (10%) relataram que não. Não foi encontrado estudos sobre a procura das pessoas com diabetes com presença de ferimentos a Unidade de Saúde.

DISCUSSÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES NOBRES

Neste sub-capítulo iremos **discutir as variáveis independentes nobres:**

Diagnóstico comportamental - Comportamentos de Cuidados aos Pés; Relacionamento com a Equipe; Grau de Satisfação durante a Consulta de Diabetes; Satisfação com o Grupo de Diabetes

- ***Diagnóstico comportamental - Comportamentos de Cuidados aos Pés***

Em relação ao ***Diagnóstico comportamental - Comportamentos de Cuidados aos Pés***, o valor médio apresentado pelas pessoas com diabetes foi de 61,9, com um mínimo de

48 e um máximo de 77. Contraindo-se aos estudos de ROCHA; [et al.], (2009) acerca de comportamento de cuidados aos pés onde relata que foi baixo. A média encontrada foi de 12,9, sendo a pontuação mínima de 7,5 pontos e a máxima de 18 pontos. Importa assinalar que 36,4% dos sujeitos acertaram menos de 50% das questões.

Em relação aos comportamentos verifica-se que 46,7% dos diabéticos adoptam comportamentos adequados relativamente aos cuidados com os seus pés. Apenas 13,3% dos indivíduos diabéticos optam por cuidados razoavelmente adequados com os pés. Dos sujeitos inquiridos por ROCHA (2005, p.92), 36.40% acertaram em menos de 50% das questões referentes ao comportamento correcto com os cuidados com os pés.

A maioria dos diabéticos (46,7%) relata ter Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés, sendo secundada pelos que apresentam razoavel Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés (13,3%)

▪ **Diagnóstico Comportamental - Comportamentos de Cuidados aos Pés e Variáveis Sócio-demográficas**

Relativamente ao género, verificamos que os homens apresentam menor nível de **Comportamentos de Cuidados aos Pés** 54,5% ($\bar{x}=60,1$) do que as mulheres ($\bar{x}=63,0$). Após a aplicação do teste *t* de *student* verificamos sem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($t=1,08$; $p= 0,28$).

O estudo da variável idade revelou que as faixas etárias mais avançadas estão associadas a Comportamentos inadequados nos Cuidados aos Pés. Estes resultados corroboram com os estudos de SANTOS; [et al.], (2012), que verificou existir piores Comportamentos nos Cuidados aos Pés nos indivíduos com idades mais avançadas.

No nosso estudo verificamos que existe efeito estatisticamente significativo das habilitações literárias no Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés. Semelhante ao estudo de BRAGANÇA; [et al.], (2010) que observou a influência negativa da falta de habilitações literárias para o seguimento Comportamentos de Cuidados aos Pés o que concerne em um envolvimento e compromisso maior da equipe multidisciplinar frente a pessoa com diabetes e o cuidado com os pés traçando estratégias e habilidades educacionais a fim de alcançar o público envolvido de forma a disseminar informações que possam contribuir com a qualidade de vida dos usuários. .

No que concerne ao nível socio-económico verificamos que a uma baixa renda (60% proveniente da aposentadora e agricultura familiar) corresponde a níveis baixos de Comportamentos de Cuidados aos Pés facto que está de acordo com o estudo de MELO; [et

al.], (2011) em que mostra que as pessoas que mesmo possuindo renda fixa não conseguem realizar cuidados adequados com os pés, pois ,geralmente toda a família depende desse recurso para alimentação, habitação , medicamentos ,ficando em segundo plano necessidades importantes como calçados adequados, hidratantes

▪ **Comportamentos de Cuidados aos Pés e Variáveis Clínicas**

As pessoas cuja duração da diabetes apresentavam de 10 a 20 anos (30%) manifestaram baixos comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés, assim como, no estudo de FREITAS; [et al.], (2012) onde relata que o longo tempo de duração do DM, associado ao mau controle da glicemia, favorece a instalação e o desenvolvimento de complicações crônicas.

▪ **Comportamentos de Cuidados aos Pés e variáveis independentes nobres:**

Relacionamento com a Equipe no nosso estudo foi observado que a maioria (40,0 %) tem um bom **Relacionamento com a Equipe**, contudo um grupo significativo (36,7%) não tem um bom relacionamento com a equipe podendo ser um indicador negativo para um comportamento adequado no cuidado com os pés. SANTANA; (2012) em seu estudo refere o quanto é importante a participação da equipe no cuidados aos pés, observou a redução em até 80% das lesões dos participantes quanto da procura pelo serviço de saúde. Nos estudos de DIABETES, (2008) descreveu um aumento significativo acerca do conhecimento do cuidado aos pés quando os participantes fizeram parte do grupo de educação com os profissionais do serviço.

Grau de Satisfação durante a Consulta de Diabetes no nosso estudo verificamos que maioria (76,7%) encontra-se **muito satisfeito** com a consulta. Além disso, nenhum dos participantes se encontrava na condição de insatisfeito. BARROS; [et al.], (2008) relatou no seu estudo em relação à satisfação do usuário com o serviço, observou-se que as frequências mais elevadas de satisfação se referiam ao atendimento do pessoal (93,25%), do médico (92,85%). ISOTON, (2010) relata no seu estudo que os diabéticos consideraram a equipe profissional como sendo responsável pelo cuidado à saúde, a responsabilidade citada pelos diabéticos, tem um caráter assistencialista, que é de receber a atenção à saúde já pronta e que as práticas de saúde estão voltadas, principalmente, às consultas médicas.

Satisfação com o Grupo de Diabetes verificou-se que na mesma proporção, 40,0% estavam insatisfeitos e outros 40% estavam muito satisfeitos não havendo diferença. Estudiosos como ALMEIDA; [et al.], (2010) relatam em seu estudo que a maioria dos entrevistados referiu-se ao grupo como espaço de aprendizagem do cuidado com o diabetes. Estudos como DIABÉTICOS (2009) que investigam a satisfação destaca que o trabalho em grupo possibilita o alcance de resultados positivos na atenção ao indivíduo com diabetes mellitus.

DISCUSSÃO DA VARIÁVEL DEPENDENTE: SATISFAÇÃO E EXPECTATIVAS ACERCA DO CUIDADO COM OS PÉS

Em relação **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés**, o valor médio apresentado pelas pessoas com diabetes foi de 51,9, com um mínimo de 45 e um máximo de 64.

A maioria dos diabéticos (43,3%) relata está insatisfeito em relação a Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés, sendo secundada pelos que representam está bastante satisfeito em relação a Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés (36,7%)

▪ Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés e Variáveis Sociodemográficas

Relativamente ao género, verificamos que os homens apresentam 45,5% de insatisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés ($\bar{x}=52,6$) do que as mulheres ($\bar{x}=51,4$). Após a aplicação do teste *t* e *student* verificamos não existir diferenças entre os sexos estatisticamente significativas ($p=0,97$).

O estudo da variável idade revelou que as faixas etárias mais avançadas estão associadas a satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés 36,7%. Estes resultados estão em conformidade com o estudo realizado por, CARVALHO; [et al.], (2010) verificou existir pouca satisfação acerca do cuidado com os pés os quais apresentava média de idade 61,6 anos fato intimamente relacionado a Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés nos indivíduos com idades mais avançadas.

No nosso estudo verificamos que existe efeito estatisticamente significativo das habilitações literárias na Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés, BRAGANÇA; [et al.], (2010) concluiu que diante das limitações encontradas em relação as

habilitações literárias existem influências no processo de aprendizagem, visto que, é um fator de grande importância no processo de aprendizagem interferindo desta forma na Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés.

No que concerne ao nível socio-económico verificamos que a uma baixa renda corresponde níveis insatisfatórios acerca de Comportamentos de Cuidados aos Pés, facto que está de acordo com MARTIN; [et al.], (2011) que relata no seu estudo que a maioria dos participantes (63,4%) que apresentavam renda de 0 a 1 salário mínimo demonstrava estar concordante com a literatura como sendo um dos fatores sócio-demográficos a interferir os comportamentos de cuidados aos pés.

- **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés e Variáveis Clínicas**

Quanto ao tempo de duração da diabetes verificamos que as pessoas manifestaram níveis semelhantes de Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés, independente do tempo de diagnóstico pois diante das análises haviam pacientes com pouco tempo da doença que não possuía nenhum cuidado diferenciado e pacientes com mais e 10 anos de diagnóstico que tinham a mesma conduta de não ter o devido cuidado com os pés sentindo-se igualmente satisfeitos. SANTOS; [et al.], (2015) em seus estudos também identificou que a população de portadores de diabetes cerca de 51% tinha mais de 10 anos de diagnóstico da doença e mesmo assim não havia nenhuma associação acerca de mudança de comportamento ocasionando alguma satisfação ou expectativa positiva no cuidado com os pés.

- **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés e variáveis independentes nobres:**

No nosso estudo verificamos que há influência acerca da satisfação e expectativas do cuidado com os pés e o **Relacionamento com a equipe**. Na população estudada 40% referiu ter bom relacionamento por conseguinte tendo cuidados adequados com os pés, enquanto, que um número significativo 36% com mau relacionamento apresentaram comportamento inadequados.

BARROS; [et al.], (2008) relatou haver diversos fatores que podem estar relacionados à satisfação e expectativas, dentre eles os relativos ao serviço de saúde e a equipe. A questão da satisfação do usuário mostra-se como fator influente na adesão ao tratamento, que as principais dimensões para a caracterização da insatisfação foram o

relacionamento interpessoal e a organização do serviço, revelando que os pacientes satisfeitos valorizam a cordialidade e a habilidade técnica dos profissionais.

Quanto a variável **Grau de Satisfação na Consulta** de Diabetes verificamos que 23,3% dos participantes estava “**Razoavelmente Satisfeitos**” com a Consulta, mas a maioria (76, 7%) encontra-se “**muito satisfeito com a consulta**”, mostrando assim que nenhum 0% dos participantes se encontrava “**insatisfeito**”. Tal condição extrai como fator positivo o cuidados com os pés refletindo em expectativas favoráveis junto à pessoa com diabetes.

Relativamente ao gênero, verifica-se que a maioria de ambos os sexos está muito satisfeito com a consulta, com 63,3 % para os indivíduos do sexo masculino e 84,2 % para os do sexo feminino, entretanto sem diferenças estatisticamente significativas. CHAVES; [et al.], (2012) relatou no seu estudo que se refere ao grau de satisfação dos utentes sobre a consulta de diabetes que 43,6% dos participantes estão “muito satisfeito”, 16,9% “satisfeito” e 39,5% “pouco satisfeito” 46,2% dos indivíduos do sexo feminino estão “pouco satisfeito” e 49,5% dos indivíduos do sexo masculinos diz-se “satisfeito”.

Em relação a variável **Satisfação com o Grupo de Diabetes** verificamos que 40, 0% do participantes estavam insastifeitos, 20% razoavelmente satisfeitos e os outros 40% estavam muito satisfeitos, comprovando a eficácia do trabalho educativo desenvolvido em grupo.

SCHALLV; (2009) evidenciou no seu estudo que houve aumento estatisticamente significativo no conhecimento dos pacientes sobre o gerenciamento da doença após seis meses de grupo ($p = 0,017$). Apesar do conhecimento inicial já apresentar um escore maior do que o mínimo de oito pontos ($9,2 \pm 2,8$), tal escore aumentou para $10,6 \pm 2,3$, aproximadamente 76% do escore total de 14 pontos do teste de conhecimentos. Apenas na educação em grupo a diferença apresentou significância estatística ($p= 0,012$), ocasionando assim em termos de educação em grupo os melhores resultados.

CONCLUSÕES

A análise dos resultados permitiu-nos constatar que entre as variáveis sócio-demográficas, a idade, a zona de residência, as habilitações literárias e a renda somente as habilitações literárias e o tempo de doença estão associados com a satisfação e expectativas acerca do cuidado com os pés das pessoas com diabetes tipo 2.

Em relação às variáveis clínicas abordadas no nosso estudo, inferimos que:

As variáveis **Tipo de diabetes - Tempo de Doença - Frequência da Unidade Básica - Exame dos Pés – Ferimentos - Recurso à Unidade** observou-se que o tempo de doença e se já examinou os pés mantiveram relação significativa, ou seja, quanto menos tempo de doença e o fato de ter examinado os pés expressaram melhor satisfação com os cuidados dos pés.

Inferimos também que dentro das variáveis **independentes nobres** estudadas, só **Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés e Satisfação com o grupo de diabetes** tiveram associação com a **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés**.

Destas, a variável **Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés** foi a que exerceu maior influência na variável dependente **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés**. Desta forma podemos inferir que quanto maior o índice de comportamentos adequados maior é a satisfação e expectativa acerca dos cuidados com os pés.

Pelo facto de considerarmos ser um contributo positivo para a temática em questão, gostaríamos ainda de realçar, as seguintes conclusões do nosso estudo:

- os Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés revelaram-se que os homens apresentam um valor médio de 60,1 pontos e as mulheres de 63,0 pontos, correspondendo aos indivíduos do sexo feminino um melhor nível de comportamentos, entretanto sem diferenças estatisticamente significativas ($t= 1,08$; $p= 0,28$).

- observámos que existe uma discrepância entre os cuidados com os pés e os comportamentos que adoptam na realidade. Destacamos o facto de apenas 40% dos diabéticos opta por cuidados adequados;

- a Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés a maioria (43,3%) encontra-se insatisfeito sobre a Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés, contudo um grupo significativo (36,7%) está muito satisfeito.

Esperamos que o nosso estudo possa vir a ter implicações educacionais no sentido de fomentar comportamentos preventivos relativamente às patologias do pé. Neste âmbito e

no sentido de promover e/ou manter Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés nestes doentes, consideramos de extrema importância a existência de uma equipa multidisciplinar para o atendimento do doente com diabetes.

Com este atendimento pretende-se promover a educação do diabético, preservar bons cuidados ao pé, promover a identificação e intervenção precoces nas alterações patológicas ao nível dos pés, consciencialização dos diabéticos para o estado de saúde real dos seus pés, apelar para comportamentos preventivos relativamente ao pé diabético e promover a adesão ao tratamento. Todas estas intervenções devem abranger a família, por forma a que as mesmas sejam implicadas no quotidiano do tratamento da doença.

Em síntese, gostaríamos de referenciar que apesar de algumas limitações esperamos ter fornecido um contributo positivo no que se refere ao estudo da relação entre comportamento das pessoas com diabetes face aos cuidados com os seus pés e a **Satisfação e Expectativas acerca do Cuidado com os Pés**. Consideramos que atingimos os objetivos a que nos propusemos, na medida em que nos possibilitou conhecer o grau de satisfação e expectativas acerca dos cuidados com os pés dos participantes da pesquisa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ACADEMIA das ciências de Lisboa; Fundação Calouste Gulbenkian – **Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa**. Lisboa: Verbo, 2001.

AGUILAR, Patrícia I.G. – Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. Ribeirão Preto/SP: [s.n.], 2004. 197f, [p.49-50]. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção ao título de Doutor em Enfermagem.

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MORAES, Marco António Alves – Modelo De Avaliação Físico-Funcional Da Coluna Vertebral. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. [Em linha]. Vol 9, n.º 2, (Março/Abril), 2001. [Consult. 21 de Fevereiro de 2007]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000200010&script=sci_arttext>.

ALMEIDA, Ana; LOUSADA, Ângela; PINTO, Maria José; LOPES, Susana – Cuidados de enfermagem com o pé-diabético. Ecos de Enfermagem. Porto. Ano XXXII, n.º 213 – 314 (Janeiro/Abril 2000), p. 16-18.

ALMEIDA, S. P., & SOARES, S. M. (2010). Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – **Guia Clínico Prático da Diabetes – Padrões de Assistência Médica na Diabetes**. 2006.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes – 2013. *Diabetes Care*. 2013; 36(1): S11–66

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais**. 4.^a ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

ANDRADE, Fernanda Mendes; PEREIRA, Luís C. Ferreira – Intervenção do enfermeiro na prevenção do pé diabético. Sinais Vitais. Coimbra. N.º 56 (Setembro 2004), p. 36-40.

ANDRADE, N. H. S. D., SASSO-MENDES, K. D., FARIA, H. T. G., MARTINS, T. A., SANTOS, M. A. D., TEIXEIRA, C. R. D. S., & ZANETTI, M. L. (2010). Pacientes com diabetes mellitus: cuidados e prevenção do pé diabético em atenção primária à saúde. *Rev. enferm. UERJ*, 18(4), 616-621.

ARAÚJO, M. M. D., & ALENCAR, A. M. P. G. (2012). Pé de risco para o desenvolvimento de ulcerações e amputações em diabéticos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 10(2).

ASSIS COSTA, J., BALGA, R. S. M., (2011). Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programa de saúde. *Cien Saude Colet*, 16(3), 2001-2009.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL – **Recomendações 2003: Do grupo de estudo da diabetes da APMCG na Diabetes tipo 2 para a prática clínica diária em cuidados de saúde primários**, 2003.

ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL – **Viver com a diabetes**. 2.^a ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.

ATHAYDE, André Ganho Pereira; FERREIRA, Andreia Catarina Várzeas – Nível de conhecimentos preventivos de ulcera do pé diabético e auto-cuidado. Revista de Educação e Formação em Enfermagem. Coimbra. Nº 11 (Março 2004), p. 43-48.

AVEIRO, M., SANTIAGO, L. M., FERREIRA, P. L., & SIMÕES, J. A. (2015). Estudo de Fiabilidade da Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes: Versão Breve. *Acta Med Port*, 28(2), 177-181.

BABYLON – Psicotropico [em linha]. [s.l]: [s.n], 2007. [Consult. 22 de Março de 2007] Disponível em WWW: <URL: <http://www.babylon.com/definition/Psicof%C3%A1rma co/Spanish>>.

BALLONE, G. J. – Relatório sobre a saúde no mundo [em linha]. Genève: Organização Panamericana da Saúde – Organização Mundial de Saúde – ONU, World Health Report – WHO, 2002. [Consult. 17 de Dezembro de 2006]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>>.

BAPTISTA-SILVA, José Carlos Costa – Isquémia [em linha]. S. Paulo: [s.n.], 2004 [Consult. 27 de Março de 2007]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.bapbaptista.com/Definicao%20isquemia.pdf>>.

BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth A. – **O essencial sobre o tratamento de feridas – princípios práticos**. Loures: Lusodidacta, 2004.

BARROS, A. C. M., ROCHA, M. B., & Helena, E. T. S. (2008). Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. *Arq Catarin Med*, 37(1), 54-62.

BENEDETTO, Kátia Monteiro de; [et al.] – Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor fantasma [em linha]. São Paulo: [s.n.], 2002 [Consult. 22 de Fevereiro de 2007]. Disponível em WWW:<URL:http://www.amputadosvencedores.com.br/pos_amputacao.htm>.

BEYERS, Marjorie; DUDAS, Susan – **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Tratado de Prática Clínica**. 2.^a ed. Vol 1. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989.

BITTENCOURT, Zélia Zilda Lourenço de Camargo – Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés e representações sociais em portadores de patologias crónicas: Estudo de um grupo de renais crónicos transplantados. Campinas: [s.n.], 2003. 156f, [p.42-43] Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Doutor em Saúde Colectiva.

BOA SAÚDE – Onicomicose [em linha]. [s.l.]: Bibliomed, 2005 [Consult. 27 de Março de 2007]. Disponível em WWW:<URL:<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=4723&LibCatID5&fromomyes>>.

BOAVIDA, José Manuel – Como evitar a insuficiência renal. Revista trimestral de Diabetes da Associação Protectora dos Diabéticos Portugal. Lisboa. N.º 11 (Abril/Junho, 1999), p.12.

BOLANDER, Verolyn Barnes – **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. 3.^a ed. Lisboa: Lusodidacta, 1998.

BORTOLETTO MSS, VIUDE DF, HADDAD MCL, KARINO ME. Caracterização dos portadores de diabetes submetidos a amputação de membros inferiores em Londrina, Estado do Paraná. *Acta Sci Health Sci*. 2012;32(2):205-13.

BOULTON, A.J.M. et al. Exame dos pés e Avaliação de risco abrangente: um relatório da Força-Tarefa da Atenção Grupo Pé Interesse da American Diabetes Association com o endosso pela Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos. *Diabetes Care*, Alexandria, v.31, p.1679-1685, 2008.

BRAGANÇA, C. M., GOMES, I. C., FONSECA, M. R. C. C., COLMANETTI, M. N. D. S., VIEIRA, M. G., & SOUZA, M. D. F. M. D. (2010). Avaliação das práticas preventivas do pé diabético. *J Health Sci Inst*, 28(2), 159-63.

BRASILEIRO, José Lacerda [et al.] – Pé diabético: aspectos clínicos. *J Vasc Br* [em linha]. Vol. 4, n.º 1 (2005). [Consult. 19 de Dezembro de 2006]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.jvascbr.com.br/05-04-01/05-04-01-11/05-040111.pdf+P%C3%A9+diab%C3%A9tico:+aspectos+cl%C3%ADnicos&hl=ptPT&gl=pt&ct=clnk&cd=1>>

CAETANO, Eduardo – **O internamento em Hospitais: Elementos Tecnológicos**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

Caiafa, J. S., Castro, A. A., Fidelis, C., Santos, V. P., Silva, E. S. D., & Sitrângulo Jr, C. J. (2011). Atenção integral ao portador de pé diabético. *Jornal Vasculiar Brasileiro*, 10(4), 1-32.

CALDEIRA, Jorge – Autovigilância e autocontrolo. Phatos – Formação Médica Contínua em cuidados Primários. Lisboa. Ano XVII, n.º 8 (Setembro 2001), p.13.

CALDEIRA, Jorge – Diabetes. Pathos: formação médica contínua em cuidados primários. Lisboa. ANO XVIII, n.º 7 (Julho/Agosto 2002), p. 3-9.

CALDEIRA, Jorge – Educação – Pathos: formação médica contínua em cuidados primários. Lisboa. Ano XVII, n.º 8 (Setembro 2001), p19 - 21.

CALDEIRA, Jorge; DUARTE, Rui; ANDRÉ, Odette – Autovigilância e autocontrolo. Pathos. Lisboa. Ano XVII, n.º 8 (Setembro 2001), p.13-18.

CALSOLARI, Maria Regina [et al.] – Análise retrospectiva dos pés de pacientes diabéticos do ambulatório de diabetes da Santa Casa de Belo Horizonte, MG. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia [em linha]. Vol. 46, n.º 2. Abril (2002). [Consult. 19 de Dezembro de 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S000427302002000200010&script=sci_artt ext>.

CAMPANA, Álvaro Óscar; [et al.] – **Investigação científica na área médica**. São Paulo: Manole, 2001.

CAMPOS, G. W. D. S., BONFIM, J. R. D. A., MINAYO, M. C. D. S., AKERMAN, M., DRUMOND JÚNIOR, M., & CARVALHO, Y. M. D. (2013). Tratado de saúde coletiva. In *Tratado de saúde coletiva*. Hucitec.

CANAVARRO, [et al.] – Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação da Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés na Infecção VIH da O.M.S. (WHOQOL-HIV; WHOOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: Apresentação de um Projecto. Psiquiatria Clínica, 2003.

CANAVARRO, Maria Cristina; VAZ SERRA, Adriano – Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés [em linha]. Coimbra: [s.n.], 2006. [Consult. 8 de Janeiro de 2007]. Disponível em WWW<URL: <http://www.fpce.uc.pt/cientificas/whoqol/paginas/projecto.htm>>.

CARPENTER – Imagem corporal [em linha]. Toronto: [s.n.], 2006. [Consult. 29 de Janeiro de 2007]. Disponível em WWW <URL: http://www.sheenasplace.org/uploads/factsheets/fact_bodyimage_PORT.pdf>.

CARVALHO, R. D. P., CARVALHO, C. D. P., & MARTINS, D. A. (2010). Aplicação dos cuidados com os pés entre portadores de diabetes mellitus. *Cogitare Enfermagem*, 15(1).

CASTRO, Jorge Manuel F.; PIMENTA, Vitória Matos – O pé diabético: um pé em risco. Sinais vitais. Coimbra. N.º 44 (Setembro 2002), p. 49-54.

CAVALCANTI, Ana Maria. Autocuidado apoiado: caderno de exercícios. Curitiba: Secretaria Municipal da saúde, 2012

CAZARINI, R. P., ZANETTI, M. L., RIBEIRO, K. P., PACE, A. E., & FOSS, M. C. (2002). Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 35(2), 142-150.

CHAVES, C., DUARTE, J., ALMEIDA, D., VIDAL, M., CORREIA, S., & MATEUS, T. (2012). Satisfação dos utentes na consulta de enfermagem da diabetes.

CORREIA, João Nunes – Prevalência da diabetes mellitus no mundo. *Diabetes*. Lisboa. N.º 31 (Abril/Junho 2004), p.6.

COSSON, I. C. Oliveira; NEY-OLIVEIRA, Fabrizio; ADAN, L. Fernando – Avaliação do conhecimento de medidas preventivas do pé diabético em pacientes de Rio Branco, Acre. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia* [em linha]. Vol. 49, n.º 4, Agosto (2005). [Consult. 19 de Dezembro de 2006]. Disponível em WWW: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302005000400013>.

COSTA, Filipa Alves; GUERREIRO, José Pedro; DUGGAN, Catherine – Um exame à Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés dependente da diabetes (ADDQoL) em Portugal: avaliação da validade e fiabilidade. *Pharmacy Practice* [em linha]. Vol. 4, n.º 3 (2006). [Consult. 19 de Dezembro de 2006]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.pharmacypractice.Org/vol04/pdf/123-128-pt.pdf>>.

COSTA, J. Almeida; MELO, A. Sampaio – **Dicionário da Língua Portuguesa**. 7.^a ed. Porto: Porto Editora, 1996.

COUTO, António de Jesus – Modelo de Crenças na Saúde e a Teoria do Comportamento Planeamento na Educação para a Saúde – Referência. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem*. Lisboa. N.º 1 (Setembro 1998), p. 5 – 9.

COUTO, Laura Maria da Silva Lemos; CAMARNEIRO, Ana Paula Forte – Desafios na diabetes. *Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau, 2002.

CULLETON, John L. – Prevenção das complicações do pé diabético: o controlo estrito da glicemia e a informação dos doentes são os elementos fundamentais. *Postgraduate Medicine*. Lisboa. Vol. 14, n.º 2 (Setembro 2000), p. 12-17.

CURCIO R, Lima MHM, TORRES HC. Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em insulinoterapia. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(3):552-7.

CZEPIELEWSKI, M. A. – Diabetes [em linha]. [s.l]: ABC da Saúde, 2006. [Consult. 3 de Janeiro de 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?127>.

D'HAINAUT – **Conceitos e Métodos de Estatística: uma variável a uma dimensão**. Vol. 1. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

DANTAS; [et al.] – Sintomas de Conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. Revista brasileira de Psiquiatria [Em linha]. Vol. 21, n.º 3, Julho/Setembro (1999). [Consult. 20 de Janeiro de 2006]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000300007>.

DESPACHO N.º12566-A/2003 – Criação da Comissão de Coordenação do Programa de Controlo da Diabetes Mellitus. D.R.II Série. 148(2003-06-30),p.9760(2).

DIABETES, P. D. E. E. (2008). Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes1. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(2).

DIABÉTICOS, F. T. E. G. (2009). Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. *Rev Esc Enferm USP*, 43(3), 558-65.

DICIONÁRIO DE LINGUA PORTUGUESA, Porto: Porto Editora, 2003.

DINARES, João – Breve História da Diabetes. Diabetes. Lisboa. N.º 8 (Julho/Setembro 1998), p. 34-35.

DINIS, Ana Paula – Insulinas: Tipos e Administração [em linha]. [s.l]: [s.n], 2006. [Consult. 29 de Março de 2007] Disponível em WWW: <URL: http://www.forumenfermagem.org/component/option,com_magazine/func,show_article/id,63/>.

DIOGO M.J.D.E. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. Rev Latino- am Enfermagem 2008; 5(1): 59-64.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2013-2014/SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES; [organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

DUARTE; Rui; [et al.] – **Diabetologia Clínica**. 3.^a ed. Lisboa: Lidel, 2002.

DUNCAN, B. B. et al. Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

DURTE, E., Marques, A., LEAL, M., MELO, G. P., & SILVA, C. (2015). Idosos diabéticos Autopercepção do estado geral de saúde. *CIAIQ2015*, 1.

EBERT, Michael H.; LOOSEN, Peter T.; NURCOMBE, Barry – **Psiquiatria: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FALE, Rui Miguel – As complicações do pé diabético. Medicina e saúde. Lisboa. Ano 9, n.º 105 (Julho 2006), p. 42-46.

FARINHA, João Pires – A Diabetes, a Educação e a Comunidade – Diabetes: Viver em Equilíbrio. Lisboa. N.º 20 (Julho/Setembro 2001), p. 4.

FARINHA, João Pires – Comemoramos o 79º aniversário da nossa APDP. Diabetes: viver em equilíbrio. Lisboa. Nº 35 (Abril/Junho 2005), p. 3-5.

FENPROF – Lei de Bases do Sistema Educativo [em linha]. Lisboa: [s.n], 2003. [Consult. 20 de Janeiro de 2007] Disponível em WWW: <URL: <http://www.fenprof.pt/?aba=27&cat=84&doc=1174&mid=115>>.

FERREIRA, Ana Francisca Barros – Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário da saúde dos pés FHSQ (Foot Health Status Questionnaire). [em linha] São Paulo: [s.n.], 2005. 100f. Dissertação de mestrado. [Consult. 12 de Janeiro de 2006]. Disponível em WWW: <URL: <http://dedalus.usp.br:4500/ALEPH/por/USP/USP/DEDALUS/FINDA?FIND=nusp&VALUE=4880111>>.

FIGUEROLA, Daniel – **Diabetes**. 3.^a ed., Barcelona: Masson, 1997.

FORTIN, Marie-Fabienne – O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999.

FREITAS, C. F., & PACE, A. E. (2012). Causas referidas para o desenvolvimento de úlceras em pés de pessoas com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*, 25(2), 218-24.

FREITAS, Mário – Saúde: urbano vs rural. Diário de TRÁS-OS-MONTES [em linha]. Trás-os-Montes: [s.n.], 1998. [Consult. 19 de Abril de 2007]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.diariodetrasosmontes.com/cronicas/cronicas.php3?id=229&linkCro=1>>.

FREITAS, Otília; VARANDA, Estela – Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés em idosos residentes em Lar. Sinais Vitais. Coimbra. N.º 17 (Março 1998), p. 39-43.

FUNDAÇÃO SCHERING – O que é a pele? [em linha]. Brasil: [s.n.], [s.d.]. [Consult. 25 de Março de 2007]. Disponível em WWW: < URL: http://www.schering.com.br/website/saude_dermatologia_oqueeapele.asp>.

GASPAR, V. C. A. (2015). Perfil epidemiológico dos utentes consumidores da rede de cuidados continuados integrados do distrito de Bragança (Doctoral dissertation).

GAERTNER, F., SCHNEIDER, A., SPANEVELLO, S., & COLET, C. (2015). PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO USO DE INSULINA POR PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO I E TIPO II. *Revista Contexto & Saúde*, 14(27), 44-53.

GIL, G.P; HADDAD, M.C.L; GUARIENTE, M.H.D.M. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. *Semina cienc biol saúde*. Jul/dez 2008; 29 (2): 141-54.

GRUPO DE TRABALHO SOBRE PÉ DIABÉTICO. Consenso internacional sobre o pé diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

GOMES, M. S. D. M. (2015). Influência do grupo educativo sobre a qualidade de vida dos idosos diabéticos de uma unidade básica de saúde do DF.

GOMIDES DS et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. Acta Paul Enferm. 2013; (3): 289-293

GONÇALVES, Aguinaldo; VILARTA, Roberto – **Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés e Actividade Física: Explorando teorias e práticas**. São Paulo: Manole, 2004.

GONÇALVES, R. Q. (2015). Prevalência de feridas em pacientes atendidos em uma rede primária de saúde.

GOUVEIA, J. C. F. Pé Diabético [em linha]. Pampilhosa da Serra: [s.n.], 2004. [Consult. 3 de Janeiro de 2007]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.gaif.net/dicas2.htm>>.

GRANDE ENCICLOPÉDIA UNIVERSAL. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.

GRUPO DE ESTUDOS PARA A COMPORTAMENTOS ADEQUADOS NOS CUIDADOS AOS PÉS – Versão em português dos instrumentos de avaliação de Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés (WHOQOL) [em linha]. [s.l.]: Rio Grande do Sul, 1998. [Consult. 31 de Janeiro de 2007]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>>.

GUSMÃO, Paulo David – Problemas comuns no pé [em linha]. [s.l.]: Instituto de Ortopedia e Fisioterapia, [s.d.] [Consult. 27 de Março de 2007]. Disponível em WWW:<URL:http://www.iof.com.br/int_default.php?p=artigos/art_pe>.

HODNIKI, P. P. Percepção do ambiente para a prática de atividade física de lazer e caminhada como forma de deslocamento pelas pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

HORTA, Cláudia; PINTO, Sara – Pé diabético: prioridade, conhecer a entidade; objectivo, prevenir a amputação. Nursing. Lisboa. Ano 16, n.º 184 (Janeiro 2004), p. 33-40.

HOSPITAL DE EGAS MONIZ – Alterações electrolíticas [em linha]. Lisboa: Medicina 1-A – Hospital de Egas Moniz, [s.d.]. [Consult. 22 de Abril de 2007]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.serve-med.org/textos/Alteras%20E7%F5es%20Electro1%EDticas.pdf>>.

HOTTOIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie-Hélène – Dicionário da Bioética. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.

IMPERATORI, Emílio – **Mais De 1001 Conceitos Para Melhorar a Qualidade Dos Serviços De Saúde: Glossário**. Lisboa: Edinova. 1999.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Factsheets**. Disponível em <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-country-factsheets>>. Acesso em 06 Dez. 2014.

ISOTON, M. D. (2010). Percepção dos usuários diabéticos da estratégia de saúde da família Araçá I acerca do autocuidado.

JALENQUES; [et al.] – Prevalence of anxiety and depressive symptoms in patients with tipe 1 and 2 diabetes – Revue medicale de la suisse romande. Vol. 113, n.º 8 (Agosto) 1993, p. 639 -646.

LARIJANI, B., BAYAT, M. K., GORGANI, M. K., BANDARIAN, F., AKHONDZADEH, S., & SADJADI, S. A. (2009). Association between depression and diabetes. *German J Psychiatry*, 7(3), 62-65.

LEONG, King Sun; WESTON, Philip – Diabetes Ilustrada. Londres: Current Medical Literature Ltd, 2002.

LE BRETON. *Adeus ao Corpo: Antropologia e Sociedade*. Campinas: Papius; 2003.

HOUAISS, A. Dicionário houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2004.

LE GOFF, J. Uma história dramática. In: Le Goff J. *As doenças têm história*. Rio de Janeiro: Terramar; 2009.

ORGUISSO, T. *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. Barueri: Manole; 2008.

LOBIONDO–WOOD, Geri; HABER, Judith – **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização**. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, C. F – Pé Diabético [em linha]. Brasil: [s.n.], Maio, 2003. [Consult. 3 de Janeiro de 2007]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.lava.med.br/livro /pdf/cicerodiabetico.PDF](http://www.lava.med.br/livro/pdf/cicerodiabetico.PDF)>.

LOPES, J. M., FUKUSHIMA, R. L. M., INOUE, K., PAVARINI, S. C. I., & ORLANDI, F. D. S. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. *Acta paul enferm*, 230-6.

MARINHO, Mónia Andreia Carvalho; GOMES, Eládio Artur de Oliveira – Pé diabético. Sinais Vitais. Coimbra. N.º 62 (Setembro 2005), p. 32-35.

MARTIN, V. T., RODRIGUES, C. D. S., & CESARINO, C. B. (2011). Conhecimento do paciente com diabetes mellitus sobre o cuidado com os pés. *Rev. enferm. UERJ*, 19(4), 621-625.

MATEUS, C. M. B. – Pé Diabético: uma revisão [em linha]. Pinheiro: [s.n.], 2005. [Consult. 3 de Janeiro de 2007]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.gaif.net/artigos/SegartigorevisFev2005.pdf>>.

MATOS, Pedro – Complicações Cardíacas Da Diabetes. Revista Trimestral de Diabetes da Associação Protectora dos Diabéticos Portugal. N.º 11 (Abril/Junho 1999), p. 13 – 17.

MAYERSON, Adam B.; INZUCCHI, Sílvio E. – Terapêutica da diabetes mellitus tipo 2: uma abordagem baseada na fisiopatologia. Postgraduate Medicine. Lisboa. Vol. 20, n.º 2 (Setembro 2003), p. 58-69.

MELO, E. M., TELES, M. S., TELES, R. S., BARBOSA, I. V., STUDART, R. M. B., & OLIVEIRA, M. M. D. (2011). Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. *Revista de enfermagem Referência*, (5), 37-44.

MINAYO, M. C. (1992). de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*, 19, 51-66.

MINAYO, M. C. S. (2010). O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde (13a ed.). São Paulo: Hucitec.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa amputada / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. 1. Reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Caderno de Atenção Básica, n. 35)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009**: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.

MENDES, E. V. (2011). As redes de atenção à saúde. *Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde*, 549.

MODENEZE, Dênis Marcelo – Resumo em português: Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés e Diabetes: limitações físicas e culturais de um grupo específico [em linha]. [s.l.]: Universia Brasil, S.A., 2004 [Consult. 28 de Abril de 2007]. Disponível em WWW: < URL:http://www.universia.com.br/html/materia/materia_daja.html>.

NUCCI, Nely Aparecida Guernelli – Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés e Câncer: um estudo compreensivo. Ribeirão Preto/SP: [s.n.], 2003. 225f, [p.39] Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, ciências e Letras de Ribeirão Preto USP – Departamento de Psicologia e Educação.

NUNES, Maria Madalena Jesus Cunha – Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés e diabetes: influência das variáveis psicossociais. Coimbra: [s.n.], 1999. 306f, [38,67-70,73,84,85]. Dissertação de Mestrado em Sócio – Psicologia da Saúde, apresentada ao Instituto Superior de Altos Estudos Miguel Torga, Coimbra. Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal.

OLIVEIRA, José – Caracterização de Alguns Aspectos da Educação dos Diabéticos de Fátima e do Contexto em que Esta se Efectuou. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Lisboa. Vol. 16, nº 13 (Maio/Junho 2000), p. 201.

OLIVEIRA, Rui – O pé diabético. Diabetes. Lisboa. N.º 22 (Janeiro/Março 2002), p.11.

OLIVEIRA ARAÚJO, L., SOUZA, E., de OLIVEIRA MARIANO, J., MOREIRA, R. C., PREZOTTO, K. H., MARCON, S. S., & FERNANDES, C. A. M. (2015). Risco para desenvolvimento do diabetes mellitus em usuários da atenção primária a saúde: um estudo transversal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 77-83.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2010.

ORTIZ, M. C. A., ZANETTI, M. L. Diabetes mellitus: fatores de risco em uma instituição de ensino na área da saúde. Revista latino-americana de Enfermagem [em linha]. Vol.8, n.º 6 (2007) [Consult. 3 de Janeiro de 2007]. Disponível em WWW: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692000000600019>.

PEREIRA, F. G. F., DIÓGENES, M. A. R., FREIRE, D. F., MENESES, M. S., FRANCA XAVIER, A. T., & de ATAÍDE, M. B. C. (2014). Abordagem clínica de enfermagem na prevenção do pé diabético. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 26(4), 498-504.

PALMEIRA, C. S., & PINTO, S. R. (2015). Perfil epidemiológico de pacientes com Diabetes Mellitus em Salvador, Bahia, Brasil (2002-2012). *Revista Baiana de Enfermagem*, 29(3), 240.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de Dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS**. 4.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

PHIPPS, Wilma J; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**. 1.ª ed. Vol. 2. Lisboa: Lusodidacta, 1999.

PING ZHANG et al. Economic impact of Diabetes. In: INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). *Diabetes Atlas*. 4th ed. Disponível em http://www.idf.org/sites/default/files/Economic_impact_of_Diabetes.pdf. Acesso em 07 Dez. 2014.

PITTA, Guilherme Benjamim Brandão [et al.]. Avaliação epidemiológica de pacientes com pé diabético no Hospital Escola José Carneiro e Unidade de Emergência Armando Lages [em linha]. [s.l.]: LAVA, 2003. [Consult. 19 de Dezembro de 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.lava.med.br/iniciacao_cientifica/Pe_Dibetico_Artigo.doc>.

PONTE, Clarisse Mourão Melo; [et al.] – Projecto Sala de Espera: Uma proposta para a educação em diabetes [em linha]. [s.l.]: [s.n.], 2006. [Consult. 10 de Abril de 2007]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.unifor.br/notitia/file/1021.pdf>>.

REVISTA DIABETES – Factos sobre a diabetes no Mundo. Diabetes. Lisboa. Nº 32 (Julho/Agosto/Setembro 2004). p 14-15

ROCHA, R. M., ZANETTI, M. L., & SANTOS, M. A. D. (2009). Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta Paul Enferm*, 22(1), 17-23.

ROCHA, Roseanne Montargil – Pé Diabético: Factores comportamentais para a sua prevenção. São Paulo: [s.n.], 2005. 160f, [39 – 43, 66, 73 – 89 – 107]. Tese de Doutoramento em Enfermagem Fundamental, apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e especializada, da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em WWW:<URL:<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-08122005-090107/>>.

ROOS, A. C., BAPTISTA, D. R., & de MIRANDA, R. C. (2015). Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 10(2), 329-346.

ROSA, R. S. Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131-134, 2008.

ROSSI, V. E. C. (2013). • Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Ciência et Praxis*, 2(3), 41-46.

SANTANA NETA, A. O. (2012). Abordagem da Equipe de Saúde na Prevenção do Pé Diabético.

SANTOS, A.L, CECÍLIO, H. P. M., TESTON, E. F., DE ARRUDA, G. O., PETERNELLA, F. M. N., & MARCON, S. S. (2015). Complicações microvasculares em diabéticos tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3).

SANTOS, Célia Samarina Vilaça de Brito; RIBEIRO, José Luís Pais – A Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés do doente oncológico: Revisão da bibliografia. Referência. N.º 7 (Novembro 2001) p. 5-16.

SANTOS, H. D. C. D., RONSONI, M. F., COLOMBO, B. D. S., OLIVEIRA, C. D. S. S., HOHL, A., CORAL, M. H. C., & SANDE-LEE, S. V. D. (2015). Escores de neuropatia periférica em diabéticos. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd*, 13(1).

SANTOS, I. C. R. V., NUNES, É. N. D. S., MELO, C. A., & FARIAS, D. G. (2012). Amputações por pé diabético e fatores sociais: implicações para cuidados preventivos de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 12(4).

SCHALLV, V. T. (2009). Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev Saúde Pública*, 43(2), 291-8.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009**: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília: 2010.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2013.

SILVA, D. H. M. (2015). Caracterização dos portadores de Diabetes Mellitus internados em um hospital universitário do Distrito Federal.

SILVA, Isabel; [et al.] – Comportamentos adequados nos Cuidados aos Pés e complicações crônicas. Análise Psicológica [em linha]. Vol. 21, n.º 2, Abril (2003). [Consult. 19 de

Dezembro de 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n2/v 21n2a05.pdf>.

SILVA, P. L., REZENDE, M. P., FERREIRA, L., & SILVEIRA, F. C. O. (2015). Cuidados com os pés: o conhecimento de indivíduos com diabetes mellitus cadastrados no programa saúde da família. *Enfermería Global*, (37), 52.

SINGH, N., ARMSTRONG, D. G., & LIPSKY, B. A. (2005). Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *Jama*, 293(2), 217-228.

SILVA, Paulo – Dedos do pé em garra [em linha]. [s.l.]: [s.n.], [s.d.] [Consult. 29 de Março de 2007]. Disponível em WWW: <URL:http://calcadodesportivo.batcave.net/footpain/dornospes/dedos_em_garra.htm>.

SOUZA, Diba Maria Sebba Tosta de et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera crônica. *Acta Paul. Enferm.* v. 26, n. 3, p. 283-288, mar./jun. 2013. Disponível em: <http://www.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=26&ano=2013&numero=3&item=13#end>. Acesso em: 05 mai. 2014.

SOUSA, J. T. D., MACÊDO, S. F. D., MOURA, J. R. A., SILVA, A. R. V. D., VIEIRA, E. E. S., & REIS, A. D. S. D. (2015). Autocuidado e parâmetros clínicos em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 16(4), 479-485.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, BRENDA G. – **Tratado de enfermagem médico - cirúrgica**. 10.^a ed., Vol 2. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2005.

SOUSA, Mariana Amaral. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus e feridas crônicas/Mariana Amaral Sousa. 2014. 47f.

CONTROL, T. D., & GROUP, C. D. R. (1995). Effect of intensive therapy on the development and progression of diabetic nephropathy in the Diabetes Control and Complications Trial. *Kidney International*, 47(6), 1703-1720.

THOMAZELLI¹, F. C. S., MACHADO, C. B., & DOLÇAN, K. S. (2015). Análise do risco de pé diabético em um ambulatório interdisciplinar de diabetes. *Revista da AMRIGS*, 59(1), 10-14.

TREVIZANI, F. A. *Atividades de autocuidado de idosos com diabetes mellitus tipo 2* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

TRENTINI, Mercedes. Condições Crônicas e cuidados inovadores em saúde / Mercedes Trentini, Lygia Paim, Denise Guerreiro. – São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

TRIOLA, Mário F.; [et al.] – **Introdução à Estatística**. 7.^a ed.. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1999.

TUCKMAN, Bruce W. – **Manual de investigação em educação: como conceber e realizar o processo de investigação em educação**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

VERÓNICA, Ada – Apoio Familiar Facilita Reconstrução de Hábitos. Diabetes, Nós Cuidamos [em linha]. [s.l.]: [s.n.], [s.d.]. [Consult 11 de Janeiro de 2007]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.diabetesnoscuidamos.com.br/agindo/detail.asp? Id=11. htm>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus na its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 2011.

ZAGGURY, L. Et al (2010). Tratamento Atual do Diabetes. – Itapevi, São Paulo, 2010, p.360-369.

ANEXOS