

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARTHA DE MEDEIROS SILVA

**AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: uma revisão integrativa da
literatura**

CUITÉ/PB, 2014



MARTHA DE MEDEIROS SILVA

AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: uma revisão integrativa da literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, em cumprimento às exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité.

Orientadora: Prof^ª Ms. Bernadete de Lourdes André Gouveia

CUITÉ/ PB, 2014

UFCG BIBLIOTECA



Biblioteca Setorial do CES.

Julho de 2021.

Cuité - PB

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S586a Silva, Martha de Medeiros.

Autocuidado e prevenção do pé diabético: uma revisão integrativa da literatura. / Martha de Medeiros Silva. – Cuité: CES, 2014.

58 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFPG, 2014.

Orientadora: Bernadete de Lourdes André Gouveia.

1. Diabetes mellitus – tipo II. 2. Pé diabético - educação. 3. Qualidade de vida – diabético. I. Título.

CDU 616.379-008.64

MARTHA DE MEDEIROS SILVA

AUTOCAUIDADO E PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: uma revisão integrativa da literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, em cumprimento às exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité.

BANCA EXAMINADORA

Profª Msc. Bernadete de Lourdes André Gouveia

Curso de Enfermagem UAE/CES/UFCG

Orientadora

Prof. Dr. José Justino Filho

CES/UFCG

Membro interno

Prof. Msc. Lidiane Lima de Andrade

Curso de Enfermagem – UAE/CES/UFCG

Membro interno



Cuité/PB, 2014

UFCG/BIBLIOTECA

À minha pequena Maria Clara.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pelos dons da sabedoria, saúde, ciência, por me dar o discernimento na escolha dos caminhos que devo seguir, por ter me guiado durante todos esses anos até aqui e por seu imenso e incansável amor.

Aos meus pais **Maria das Graças** e **Manoel de Medeiros**, em especial a minha amada mãe, por ter me trazido ao mundo e me amado imensamente todos os dias desses 24 anos de vida. Obrigada por todo o orgulho que tem por mim, por ter cuidado da minha melhor parte, por não ter desistido de mim e, muito menos, por não ter me deixado que eu desistisse. Amo a ti!!!

A minha pequena filha **Maria Clara**, o motivo da minha mais serena e sincera felicidade, por ter me escolhido para ser sua mãe, pela compreensão da distância tão difícil desses seus primeiros aninhos. Eu renasci naquele 10 de fevereiro. Foi por você e para você que consegui chegar até aqui. Te amo!!!

Ao meu irmão **Lucas** por, apesar da pouca idade, ser meu espelho de dedicação, persistência e determinação. Me orgulho muito de você.

A minha avó **Marta** (*in memoriam*), pelo amor, cuidado e acolhimento que me deu nos meus primeiros anos (e por toda a vida), a quem eu dei e darei amor eterno. Muita saudade. Queria ti ter aqui para comemorarmos essa conquista. Obrigada pelas bênçãos, intercessões e pelos sonhos em que vem até mim.

A **Evinha** pela imensa ajuda que me deu, cuidando, amando e zelando por minha filha. Viajava tranquila porque tinha certeza que ela estava em boas mãos cuidadoras. Por todo o carinho e gentileza, muito obrigada!

Aos demais **familiares**, que agora passam todos na minha memória, cada um com sua particularidade. Vocês são especiais demais, perto ou distante, meu carinho sempre.

Ao meu amado **Galeguinho**, por ter vindo dar e mostrar um amor tão lindo, por ter ficado fiel e leal ao meu lado, me acompanhando nesse último ano e nesse período de apreensão, esperas e incertezas trazidas pelo trabalho. Esse TCC também é seu! Te amo com o que de mais puro e verdadeiro existe no meu peito. Sempre!!!

A minha orientadora **Bernadete de Lourdes** (Berninha), pelo acolhimento, ensinamentos, persistência e paciência. Alguém que aprendi a admirar e querer um bem enorme.

Aos professores **José Justino** e **Lidiane Andrade**, que compuseram a banca examinadora deste trabalho, pelas contribuições em enriquecedoras para o trabalho.

Ao colégio **Única/Objetivo**, pela base educacional fundamental para minha formação, e aos **amigos** que me deu e tenho o cuidado de levá-los para a vida.

A **enfermagem**, missão tão linda e árdua, porém que humaniza com amorização, dada aos escolhidos e destinados ao cuidar do ser humano, resgatando sua dignidade e autonomia. A dignidade que devolve a quem sofre me encanta e me faz uma pessoa melhor, capaz de enxergar o outro humanamente.

A **Universidade Federal de Campina Grande**, por ter me proporcionado a realização do sonho de ser acadêmica, federal e, agora, enfermeira.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

RESUMO

SILVA, Martha de Medeiros. **Autocuidado e prevenção do pé diabético: uma revisão integrativa da literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2014, 63p.

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas, sendo uma das principais causas de morbimortalidade, envolvendo algumas complicações, deixando o paciente vulnerável a complicações afetando os aspectos físicos, sociais, psicológicos. Dessa forma, é imprescindível uma atenção especial com o empenho dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, para que haja um controle e tratamento eficaz dessa patologia crônica que cresce em longa escala especialmente em países em desenvolvimento em virtude do estilo de vida adotado pela população. **OBJETIVO:** investigar a eficácia orientação dada pelo enfermeiro para o autocuidado no controle e prevenção do pé diabético aos indivíduos com Diabetes Mellitus. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados SciELO e LILACS, fazendo uso dos descritores “educação em pé diabético and enfermagem” e “diabetes mellitus tipo 2 and enfermagem”. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para selecionar os artigos: textos em língua portuguesa e espanhola, na íntegra, que enfocassem diabetes mellitus tipo 2, educação em pé diabético, qualidade de vida em pacientes com DM após amputações, no período de 2009 a 2013, sem acesso mediante pagamento. Os artigos com textos incompletos e com acesso restrito fizeram parte dos critérios de exclusão. A técnica de análise do conteúdo temática foi utilizada para analisar o material empírico. **RESULTADOS:** O estudo é constituído por uma amostra de 27 artigos completos, sendo 26 divulgados em idioma português e 1 em idioma espanhol, disponibilizados na base de dados citadas anteriormente. Mostrou que o ano de 2013 foi o que apresentou o maior quantitativo de artigos publicados (28%) e o método quantitativo foi o tipo de publicação mais presente na amostra (44%). A área de formação dos autores mais predominante nos artigos foi enfermagem (86%). A partir da análise do material surgiram três categorias: “**Intervenções educativas da enfermagem para o autocuidado com pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2**”, “**Conhecimento e comportamento dos indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 acerca do pé diabético**” e “**Qualidade de vida de pacientes com lesões e/ou amputação de membros inferiores**”. Conclui-se que a temática é de suma importância para a equipe de saúde, especialmente o enfermeiro, visto que é o profissional mais diretamente ligado ao cuidado desse paciente e sua conduta pode proporcionar uma melhor qualidade de vida para os pacientes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo II. Educação em pé diabético. Qualidade de vida. Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Martha de Medeiros. **Self-care and prevention of diabetic foot: an integrative literature review.** Work of Course Completion (Bachelor of Nursing) – Center for Education and Health. University of Campina Grande. Cuité – PB, 2014, 63p.

BACKGROUND: Diabetes Mellitus (DM) is a group of metabolic diseases, being a major cause of morbidity and mortality, involving some complications, leaving the patient vulnerable to complications affecting the physical, social, psychological aspects. Thus, it is essential to pay special attention to the commitment of health professionals, especially nurses, so there is a control and effective treatment of this chronic disease that grows in long range especially in developing countries because of the lifestyle adopted by the population. **OBJECTIVE:** To identify the efficacy guidance given by nurses for self-care in the control and prevention of diabetic individuals with Diabetes Mellitus foot. **METHODOLOGY:** This is an integrative literature review on the Virtual Health Library, in the SciELO and LILACS databases, making use of the descriptors "education diabetic foot" and "type 2 diabetes". The following inclusion criteria were used to select articles: texts in Portuguese and Spanish, in full, that focus on diabetes mellitus type 2, diabetic foot education, quality of life in patients with DM after amputations in the period 2009-2013 without access fee. Articles with incomplete texts and restricted access were part of the exclusion criteria. **RESULTS:** The technique of thematic content analysis was used to analyze the empirical material. The study consists of a complete sample of 27 articles, 26 published in Portuguese and one in Spanish language, available in the database mentioned above. Showed that the year 2013 was presented the largest quantity of published articles (28%) and the quantitative method was more the type of publication in the sample (44%). The area of training of most predominant authors in articles was nursing (86%). From the analysis of the material emerged three categories: "Educational interventions of nursing for self-care of patients with Type 2 Diabetes Mellitus", "Knowledge and behavior of individuals with type 2 diabetes about diabetic foot" and "Quality of life of patients with injuries and / or lower extremity amputation. "We conclude that the issue is of paramount importance to the health care team, especially nurses, as is the professional most directly linked to the care of this patient and his conduct can provide a better quality of life for patients.

Keywords: Diabetes Mellitus Type II. Education in diabetic foot. Quality of life. Nursing.



LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

GRÁFICO 1 - Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa referentes à modalidade de estudo.....	33
GRÁFICO 2 - Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa quanto à formação profissional dos pesquisadores	34
GRÁFICO 3 - Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa referente ao ano de publicação	35
QUADRO I - Intervenções educativas da enfermagem para o autocuidado com pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2	36
QUADRO II - Conhecimento e comportamento dos indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 acerca do pé diabético	41
QUADRO III - Qualidade de vida de pacientes com DM 2 que sofreram amputação de membro inferior.....	45

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Diabetes Mellitus	18
2.2 Classificação	19
2.3 Complicações	19
2.4 Neuropatia diabética	21
2.5 Pé diabético.....	22
2.6 Amputação de membros inferiores.....	24
2.7 Papel do enfermeiro.....	25
2.8 Educação em pé diabético	26
3. PERCURSO METODOLÓGICO	28
3.1 Tipo de pesquisa	29
3.2 Local da pesquisa	29
3.3 População e amostra	29
3.4 Coleta de dados	30
3.5 Análise de dados	30
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE	57
FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS	58

1. Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas, sendo a terceira principal causa de morbimortalidade, envolvendo algumas complicações, deixando o paciente vulnerável, por isso a necessidade de um enfoque especial para essa patologia por ser uma doença de grande abrangência em todo o mundo e problema crescente de saúde pública. (BRASIL, 2013; SILVA, HADDAD, ROSSANEIS, 2013; SILVA et al., 2012).

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde o DM é uma doença crônica não transmissível que ocorre quando o pâncreas não é capaz de produzir insulina suficiente ou quando o corpo não utiliza a eficazmente a insulina que produz. A insulina é um hormônio que regula o açúcar no sangue. O efeito do DM não controlado é a hiperglicemia (aumento de açúcar no sangue), que acabou por danificar seriamente vários sistemas orgânicos, especialmente os nervos e vasos sanguíneos (OMS, 2013).

A prevalência do DM está prevista para atingir 250 milhões em 2025, devido ao envelhecimento crescente, à obesidade, ao estilo de vida sedentário e as modificações nos padrões dietéticos. Pessoas com diabetes fazem mais consultas ao médico, são mais frequentemente hospitalizadas e têm menos acesso ao mercado de trabalho do que os indivíduos na faixa etária semelhante, porém sem diabetes. Vários estudos têm mostrado que entre 3 e 4% dos pacientes com diabetes utilizam 12 a 15% dos recursos assistenciais dos sistemas de saúde (BRASIL, 2001).

O DM acomete cerca de 7,6% da população brasileira entre 30 e 69 anos de idade. Cerca de 50% dos indivíduos desconhecem o diagnóstico e 24% dos já diagnosticados não fazem nenhum tipo de tratamento. Em países desenvolvidos as pessoas passam da idade da aposentadoria quando desenvolvem a doença, enquanto que em países em desenvolvimento, o grupo mais afetado está entre os 35 e 64 anos de idade. O percentual de mortes em países de baixa ou média renda chega aos 80% (OMS, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABÉTES, 2014).

É uma doença de relevância mundial com altas taxas de morbimortalidade, perda da qualidade de vida e do grande número de complicações relacionadas a ela, reconhecidas por causa do aumento da expectativa de vida da população (IPONEMA; COSTA, 2011).

No Brasil, números mostram que dentre os adultos (idade igual ou maior a 18 anos), 5,6% se declararam ser afetados pelo diabetes (6% no sexo feminino e 5,2% no masculino). A percentagem de diabetes está diretamente relacionada com a idade e inversamente do nível de escolaridade. Ela aumenta progressivamente a partir da faixa etária compreendida entre 18 e

24 anos (0,6%) até a de mais que 65 anos (21,6%) e, dentro dessas mesmas faixas etárias, baixa escolaridade (igual ou menos que 8 anos de estudos) representa um papel negativo. Comparando as capitais dos estados e o Distrito Federal o menor percentual foi encontrado em Palma (TO), com 3% e o maior em Fortaleza (CE), com 7%. (OMS, 2012).

Na Paraíba são 3.766.528 habitantes com 199.626 diabéticos. Cerca de 5,3% da população do Estado da Paraíba é diabética. O DM está crescendo no estado, acompanhando a tendência Nacional. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde (SES), a doença foi responsável por 1.931 mortes em 2011 e 1.722 em 2012, enquanto em 2013 já foram registrados 1.277 óbitos. Em João Pessoa foram 445 óbitos em 2011, 377 em 2012 e 289 em 2013. Os pacientes diabéticos são atendidos e acompanhados nas Unidades de Saúde do Município e em caso de intercorrências em qualquer hospital público ou privado. Em mulheres, o percentual subiu de 5,7%, em 2011 para 6,4% em 2012. Mesmo com um aumento, a prevalência de homens que informaram ter a doença na Paraíba é de 5,4%, continuando inferior a das mulheres (SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA, 2014).

Como a patologia está associada a elevação no incidência de internações, os gastos com internações em 2011 por diabetes atingiram 87,9 milhões de reais. este índice aumentou de 131.734 em 2008 para 148.452 em 2010. Porém, em 2011, foi observada uma diminuição na taxa de internações em decorrência do DM. A diminuição de internações foi possibilitada pelo acesso universal gratuito aos medicamentos (OMS, 2012).

As principais complicações agudas do diabetes consistem em cetoacidose diabética, estado de hiperglicemia hiperosmolar e hipoglicemia. Todas são condições potencialmente fatais, que exigem reconhecimento e tratamentos imediatos (GUVEN; MATFIN; KUENZ, 2010).

Ainda segundo o mesmo autor, as complicações crônicas da doença são distúrbios da microcirculação, macrocirculação e pé diabético. O nível de hiperglicemia crônica constitui o fator concomitante estabelecido associado à complicações diabéticas.

Viver com diabetes pode representar um desafio tanto para a pessoa quanto para aqueles que estão próximos a ela, pois a condição de estar diabético e acometido das complicações, como pé diabético e amputação, afeta a vida como um todo, alterando drasticamente o cotidiano, exigindo mudança de comportamento, necessidade de autocuidado rigoroso e controle glicêmico para o mais próximo possível dos limites de tolerância, pois o

acompanhamento inadequado da doença ao longo dos anos representa grave ameaça a vida do indivíduo com Diabetes Mellitus (BATISTA; LUZ, 2012).

As ulcerações nos pés – pé diabético e a amputação não - traumática de membros inferiores, são as principais complicações do diabetes mellitus descompensado por tempo prolongado. De 50% a 70% das amputações não - traumática de extremidades inferiores são feitas em pessoas com Diabetes Mellitus. Até 50% destas amputações são tidas como evitáveis, desde que os pacientes sejam ensinados a tomar medidas preventivas com os pés e praticar diariamente os cuidados necessários (SMELTZER; BARE, 2009).

O impacto socioeconômico do pé diabético é grande, incluindo gastos com o tratamento, internações prolongadas e recorrentes, incapacitações e físicas e sociais, para o indivíduo, repercute em sua vida pessoal, afetando sua autoestima, autoimagem, além de seu papel na família e na sociedade, em ocorrendo amputação, pode acarretar em depressão (COELHO et al., 2009).

Ainda conforme o autor acima, a educação em saúde mostra-se como a grande mola para que os indivíduos com o DM possam cuidar e refletir a respeito das alterações nos membros inferiores. Na medida em que o sujeito passa a construir um conhecimento acerca da patologia, seja por informações científicas, pelo convívio com outros sujeitos ou por outras influências ambientais, ele também elabora seu plano de cuidados pessoal.

A educação deve ser dirigida tanto aos profissionais quanto aos próprios pacientes. O reconhecimento do pé em risco e de lesões iniciais é a responsabilidade mais importante dos profissionais de saúde. Infelizmente, o exame do pé é quase sempre negligenciado, apesar das claras diretrizes e recomendações. Exames incompletos dos pés são relatados em até 50% dos pacientes que se submetem a amputações. Além disso, um estudo demonstrou que 22 de 23 amputações abaixo do joelho foram realizadas em pacientes que nunca haviam recebido informações sobre cuidados terapêuticos ou medidas preventivas (BRASIL, 2001).

Dessa forma, as principais complicações, como as amputações de extremidades inferiores, seriam reduzidas e diminuiria o impacto previsto pela doença, mediante a promoção da saúde, de medicina preventiva e de uma atenção de melhor qualidade, ocasionando conseqüentemente melhor qualidade de vida para os pacientes (ASSUMPÇÃO et al., 2009).

Visto a necessidade de uma equipe multidisciplinar no acompanhamento aos indivíduos com diabetes, especialmente o indivíduo com pé diabético, surgiu o meu interesse

em pesquisar as orientações prestadas pelo enfermeiro enquanto integrante dessa equipe e profissional ativo na prestação do cuidado a pessoa com DM, bem como a conscientização desse grupo para seu autocuidado. É de extrema importância a realização de estudos como este para que se possa realizar uma avaliação da ocorrência e dos fatores de risco para amputações, possibilitando o estabelecimento de objetivos para controlar o Diabetes Mellitus. O estudo contribui para o entendimento da comunidade científica de que é possível prevenir complicações geradas pelo DM e que é de extrema importância a participação do paciente para que o cuidado seja eficaz e produza resultados positivos no sentido de uma qualidade de vida melhor.

Neste contexto, vale ressaltar a questão norteadora da pesquisa:

Qual eficácia da orientação prestada pelo enfermeiro para o autocuidado no controle e prevenção do pé diabético em indivíduos com o Diabetes Mellitus?

Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi: investigar a eficácia orientação prestada pelo enfermeiro para o autocuidado no controle e prevenção do pé diabético aos indivíduos com Diabetes Mellitus.

UFCG/BIBLIOTECA

2 Referencial Teórico

2.1 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico que tem várias causas, caracterizada por hiperglicemia crônica e deficiências no metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas, como resultado de alterações da secreção ou ação da insulina. Ao longo do tempo, a doença pode causar danos, disfunção e falha de vários órgãos. Uma dieta saudável, prática de atividade física regular, manutenção de peso corporal normal e não usar cigarros e bebida alcólica pode prevenir o Diabetes Mellitus tipo 2 ou retardar o seu aparecimento. Entre as complicações crônicas a mais grave e temida delas é o pé diabético que é causa frequente de amputações e acarreta comprometimento na produtividade e qualidade de vida dos pacientes (BONA et al., 2010; OMS, 2013).

O DM é uma doença crônica não transmissível e, para a maioria das pessoas, pode modificar de forma profunda a sua vida. As modificações estão relacionadas às atividades da vida diária, pois, desde o estabelecimento do diagnóstico, ocorrem sentimentos de angústia e desespero perante a percepção do pouco controle acerca de sua vida, diminuindo a potência para agir e pensar. Essa situação leva as pessoas à necessidade de cuidado integral de saúde, envolvendo os aspectos biológicos, culturais, sociais, econômicos, psicológicos, entre outros (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

A patologia se instala quando o pâncreas não é mais capaz de produzir insulina, ou quando o corpo não pode fazer bom uso da insulina que produz. A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas, que age como uma chave para permitir que a glicose passe da corrente sanguínea para as células do corpo para produzir energia. Todos os alimentos ricos em carboidratos são quebrados em glicose no sangue. A insulina ajuda a glicose a entrar nas células. Não ser capaz de produzir insulina ou usá-la de forma eficaz leva a níveis elevados de glicose no sangue, chamado de hiperglicemia (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

Segundo dados do Atlas de Diabetes da FID, na América do Sul e Central, em 2013 há 24,1 milhões de pessoas com DM com estimativas de que, em 2035, sejam acometidas 38,5 milhões de pessoas, o que representa um aumento de 60%. No Brasil são 11,9 milhões pessoas com a patologia instalada na faixa etária entre 20 e 79 anos, ocupando o 4º lugar no ranking dos países com maior número de pessoas afetadas pela doença, ficando atrás dos EUA, Índia e China. Em todo o mundo, hoje, são 381,8 milhões de indivíduos com DM. Para 2035, há estimativa que este número alcance 591,9 milhões, um aumento percentual de 55% .

2.2 Classificação

A apresentação do Diabetes Mellitus 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 à hiperglicemia grave e cetoacidose (BRASIL, 2013).

O termo “tipo 1” indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração desta é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição dessas células é geralmente causada por processo autoimune (tipo 1 autoimune ou tipo 1A), que pode ser detectado por autoanticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina. Em menor proporção, a causa é desconhecida (tipo 1 idiopático ou tipo 1B). A destruição das células beta em geral é rapidamente progressiva, ocorrendo principalmente em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), mas pode ocorrer também em adultos (BRASIL, 2013).

O Diabetes Mellitus tipo 2, uma doença crônica não transmissível, é também chamado de diabetes não insulino dependente ou diabetes do adulto e corresponde a 90% de todos os casos de diabetes. Ocorre geralmente em pessoas obesas com mais de 40 anos de idade, embora na atualidade se vê com maior frequência em jovens, em virtude dos maus hábitos alimentares, sedentarismo e estresse da vida urbana. Neste tipo de DM, encontra-se a presença de insulina, porém sua ação é dificultada pela obesidade, o que é conhecido como resistência insulínica, uma das causas de hiperglicemia. Por ser pouco sintomático a patologia, na maioria das vezes, permanece por muitos anos sem diagnóstico e sem tratamento o que favorece a ocorrência de suas complicações no sistema circulatório, envolvendo o coração e o cérebro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Segundo os dez dados sobre DM da OMS, 30 minutos de atividade física diária em intensidade moderada aliada a uma dieta saudável, pode reduzir em muito o risco do desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo 2 (OMS, 2013).

2.3 Complicações

Pessoas com diabetes têm um risco aumentado de desenvolver uma série de graves problemas de saúde. Níveis de glicemia altos podem levar a doenças graves que afetam o coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos, assim como a doença periodontal, além do

maior risco de infecções. Em quase todos os países de alta renda, o Diabetes Mellitus é a principal causa de doenças cardiovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputação, por isso a importância da manutenção da glicemia, da pressão arterial e colesterol em níveis normais ou aproximados desse para prevenir possíveis complicações futuras. De 50% a 80% de mortes prematuras em diversos países por decorrência do DM, se dão por complicações cardiovasculares (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013; OMS, 2013).

As complicações agudas do DM constituem as causas mais comuns de emergências médicas em decorrência de doenças metabólicas. A doença constitui um fator de risco significativo para as coronariopatias e acidente vascular encefálico, além de representar a principal causa de cegueira e doença renal crônica, bem como o principal fator contribuinte para as amputações não – traumáticas de membros inferiores. A combinação da falta de conscientização sobre a doença associada ao acesso escasso aos serviços de saúde e aos medicamentos essenciais, contribuem em muito para a chegada dessas complicações (GUVEM; MATFIN; KUENZI, 2012; OMS, 2013).

Em pesquisa de Bona et al. (2010), com relação às complicações crônicas associadas ao DM, constataram-se 24 perdas (35,8%) sendo a doença arterial periférica (DAP) responsável por 83,7% das complicações, a doença cerebrovascular (DCV), por 48,8%; a doença arterial coronariana (DAC) por 27,9%; a nefropatia em 20,9% e a neuropatia em 4,7%.

O aumento de patologias associadas cresce conforme há aumento de idade e tempo de diagnóstico. Hipertensão arterial sistêmica e cardiopatias são exemplos, sendo a hipertensão arterial mais comum em pessoas em DM, fato que contribui para o crescimento do risco de complicações microvasculares. A precocidade do diagnóstico aliado a adesão e disciplina do tratamento, é fundamental para prevenir o surgimento de complicações (CARVALHO; CARVALHO; MARTINS, 2010).

Outros fatores, segundo o autor acima citado, que podem interferir no autocuidado dessas pessoas constituem, por eles próprios, a idade avançada, o sexo e o estilo de vida, este último determinado pelas crenças e valores, além da condição econômica e de saúde no geral. O hábito de fumar e ingerir bebida alcoólica também são incluídos nos fatores de risco.

Quanto à comorbidades associadas, pesquisa realizada por Bortoleto et al. (2010) mostra que 96% das pessoas com DM desenvolveram hipertensão arterial, 67% insuficiência arterial periférica crônica grau IV, 45% tiveram acidente vascular encefálico e 15% dislipidemia. Estimativas da OMS dizem que a patologia pode, em 2030, tornar-se a 7º causa

de morte no mundo. Calcula-se que as mortes por DM aumentem mais de 50% nos próximos 10 anos (OMS, 2012).

2.4 Neuropatia Diabética

O Diabetes Mellitus pode causar danos ao sistema nervoso em todo o corpo quando a glicose no sangue e a pressão sanguínea é muito alta, podendo conduzir a problemas com a má digestão, a disfunção erétil e muitas outras funções. Algumas das áreas mais comumente afetadas são as extremidades do corpo, especialmente os pés. A lesão dos nervos nestas áreas é chamada a neuropatia periférica, e pode conduzir a dor, sensação de formiguelo e perda de sensibilidade. Este último é particularmente importante porque pode fazer as lesões passarem despercebidas, levando a infecções graves e possíveis amputações. O risco que pessoas com diabetes correm de amputação pode ser 25 vezes maior do que pessoas sem diabetes. No entanto, um tratamento completo pode prevenir muitas amputações relacionadas a doença (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013).

Neuropatia significa lesão de nervos, que pode ser mais geral ou mais específica, dependendo da doença. A neuropatia provocada pelo DM afeta os nervos sensoriais, motores e autônomos. Cada um dos componentes desta complicação contribui para as úlceras plantares associadas a doença e outras neuropatias distais (IRON, 2012).

Ainda conforme o auto supracitado, o comprometimento do sistema nervoso autônomo provoca perda da capacidade de transpirar e perda de controle de vasos sanguíneos do pé. O aumento do fluxo sanguíneo para o pé foi arrolado na reabsorção de osso, resultam na deformidade conhecida como pé Charcot.

No mundo acidental, o Diabetes Mellitus representa a principal causa de neuropatia periférica, e, como tal, as úlceras plantares constituem a principal e mais grave complicação crônica em indivíduos com essa patologia. O mecanismo das úlceras plantares são mecânicas, embora o DM também esteja associado à arteriopatia periférica. As úlceras neuropáticas ocorrem em áreas de sustentação de peso e cisalhamento, especialmente sob as cabeças metatarsianas e locais de anormalidades ósseas, como as faces dorsal, medial e lateral do pé, inclusive os artelhos. As feridas não são arredondadas e não são dolorosas (IRON, 2012).

As úlceras plantares são decorrentes da neuropatia de três sistemas, e a perda de qualquer um desses sistemas pode ser a principal responsável pela ulceração em relação aos outros dois em um determinado indivíduo. Aproximadamente 15% de todas as pessoas com

DM desenvolvem úlceras nos pés. Além disso 20% de todas as internações hospitalares acarretadas pelo Diabetes Mellitus são causadas por úlceras nos pés. Após os 65 anos de idade a pessoa com esta doença interna-se pelo menos 1 vez ao ano em decorrência de problemas com os pés, podendo conforme a necessidade e gravidade do quadro de ulceração em que o paciente se encontra, aumentar os dias de internação, colocando-o em situação maior de risco para desenvolver infecções, podendo assim piorar o estado de saúde, chegando até mesmo a amputação (IRON, 2012).

A prevalência da neuropatia periférica aumenta com a idade do indivíduo e a constância da doença descompensada pode alcançar até 50% em indivíduos diagnosticados há 25 anos (SMELTER; BARE, 2009). A neuropatia periférica e autonômica são as duas complicações mais comuns de ambos os tipos de diabetes. Até 50% dos pacientes com diabetes do tipo 2 é afetada. Conta-se com a informação ainda escassa sobre a patogênese de ambos os tipos de neuropatia.

A neuropatia do pé diabético provoca a perda da sensibilidade dolorosa gradual, tornando o indivíduo vulnerável a traumas, sendo esses, grandes fatores causadores de lesões em pessoas com esse tipo de problema. Também acarretam a atrofia da musculatura do pé, desencadeando deformidades como os dedos em garra e joanetes, a formação de calos (hiperceratose local) e a perda do tônus vascular. Quanto à doença vascular periférica, o paciente diabético pode apresentar angiopatia, sendo que a redução do fluxo sanguíneo consequente da angiopatia do pé diabético afeta os membros inferiores, causando agravos como: interrupção da marcha devido à dor; presença de dor mesmo em repouso; e em níveis mais graves, aparecimento de ulceração ou gangrena (MANHEZE; PEZZUTTO, 2011).

Algumas lesões, como paralisia aguda de nervos cranianos e amiotrofia diabética, têm sido atribuídas a infarto isquêmico do nervo periférico afetado. Acredita-se que as neuropatias sensoriais simétricas e motoras periféricas, assim como as neuropatias autonômicas, são muito mais comuns, são o resultado das complicações metabólicas. Muitos ensaios clínicos de longo prazo mostraram de maneira definitiva que a normalização das concentrações de glicose no sangue pode prevenir o aparecimento e progressão desta complicação (MASHARANI; GERMEN, 2012).

2.5 Pé Diabético

As pessoas com DM que têm risco para o desenvolvimento de lesões, devem ser conscientizadas de que os membros inferiores neuropáticos são sensíveis a qualquer tipo de trauma, seja mecânico, químico ou térmico, ou mesmo a cuidados inapropriados dos pés.

Portanto, há possibilidade de diminuir os riscos de adoecimento por pé diabético com ulcerações e amputações, por meio da identificação precoce dos fatores de risco em membros inferiores e interdigitais dos pés com promoção do processo educativo. As orientações sobre cuidados diários com os pés, tais como medidas simples, de higienização, inspeção diária e uso de calçados adequados em muito contribuem para a prevenção dessa complicação (KARINO; PACE, 2012).

Pé Diabético é o termo empregado para nomear as diversas alterações e complicações ocorridas, isoladamente ou em conjunto, nos pés e nos membros inferiores dos indivíduos acometidos pelo DM. O custo humano e financeiro dessa complicação para o seu controle ou prevenção, conscientização quanto à necessidade de um bom controle da doença e da implantação de medidas relativamente simples de assistência preventiva, de diagnóstico precoce e de tratamento mais resolutivo nos estágios iniciais da doença é imenso, tornando-se uma preocupação mundial (CAIAFA et al., 2011).

Para tanto, segundo o mesmo autor, é primordial a disseminação do conceito de que o pé diabético é caracterizado pela presença de pelo menos uma das seguintes alterações: neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas, que podem ocorrer no pé do indivíduo com DM. Essa visão se contrapõe, de forma decisiva, à visão corrente do membro em estágio terminal, necrosado e infectado, encontrado em todos os serviços de emergência, resultado da prevenção inexistente e de meses ou anos de atendimentos inespecíficos e falta de diagnóstico.

Os locais mais comuns de úlceras em pé diabético são: face plantar do hálux (30%) cabeça do primeiro metatarso (22%), dorso dos dígitos (13%), face plantar dos outros artelhos (10%), cabeça do quinto metatarso (9%), cabeça do segundo metatarso (6%), arco do pé (4%), cabeça do terceiro metatarso (2%), cabeça do quarto metatarso (2%) e calcanhar (1%) (IRON, 2012).

As deformidades, para o autor supracitado, do pé resultam em postura anormal e pontos de cisalhamento sobre o pé, manifestos inicialmente como calosidade, eritema, e evoluindo para hemorragia em cima da calosidade. As feridas que se desenvolvem abaixo do calo podem não ser vistas, levando a uma infecção extensa, com formação de túnel e osteomielite. Essa ferida pode não ser detectada até que o tecido sofra erosão em uma área visível do pé ou quando se observa sangue ou pus na meia.

Em pesquisa realizada em Fortaleza com uma amostra composta por 67 pessoas com o pé diabético, 16,4% não possuíam informações sobre fatores de risco no prontuário, 51

(91,1%) eram hipertensos, 26 (46,4%) tabagistas, 6 (10,7%) etilistas, 3 (5,4%) dislipidêmicos, 1 (1,8%) obeso e 1 (1,8%) sedentário, fatores esses que os colocam em maior risco de evoluir para uma amputação de membro inferior (BONA, 2010).

2.6 Amputação de Membros Inferiores

Os fatores de risco que interferem na progressão das complicações associados ao aparecimento de ulcerações dos membros inferiores, provenientes de insuficiência arterial, doenças neuropáticas, limitação na mobilidade articular, podem levar a amputações de extremidades de membros inferiores (KARINO; PACE, 2012).

Em pesquisa de Bortoleto et al. (2010), foi constatado que a maior incidência de amputação foi em pacientes com mais de 10 anos de diagnóstico, o que confirma que o tempo prolongado da doença configura-se como um dos principais fatores de risco amputações. Neste mesmo estudo foi visto que o tempo médio de internação no hospital foi de 14 dias, podendo variar de 3 até 50 dias, o que coloca o paciente em grande risco de desenvolver infecção o que colaboraria em muito para a evolução de uma nova amputação. Alguns desses pacientes permaneciam internados para realização de enxerto ou debridamento, ou por complicações pós-cirúrgicas.

Estudos mostraram que a prevalência de amputações associa-se, em regra, a condições relacionadas à pessoa. O número de habitantes no domicílio tem implicação direta sobre o controle da doença, no que se refere à alimentação e aos cuidados básicos de higiene e de calçados, uma vez que uma renda de até um salário mínimo, dividida por dois ou mais habitantes, independentemente da idade e da situação de saúde, não é suficiente para uma qualidade de vida digna. Outra variável que deve ser levada em consideração é a baixa escolaridade do indivíduo com DM, que impõe aos profissionais da atenção básica um desafio necessitando de um planejamento de estratégias diferenciadas e intensivas no tocante as orientações para o autocuidado, de modo a alcançar efetivamente a população alvo (SANTOS et al., 2013).

Viver com Diabetes Mellitus pode representar um desafio tanto para a pessoa que desenvolve a doença quanto para as pessoas próximas que são, em geral, seus cuidadores. Pois a condição de ter o DM e ser amputado afeta a vida de todos os envolvidos, por modificações difíceis e impactantes, especialmente para o indivíduo doente, já que exige cuidados essenciais para ter uma boa qualidade de vida, visto que a doença leva a morte.

Além do que, a dependência para a realização das suas atividades cotidianas, o afastamento da sua vida laboral, coloca a pessoa em total isolamento social. Quando surgem as complicações o medo assola muito mais, porque é sabido por todos, inclusive os mais leigos no assunto, que das complicações mais devastadores são as amputações (BATISTA; LUZ, 2010).

Quanto às expectativas pós-amputação os pacientes diabéticos expressam ideias de dependência para a execução das atividades diárias; o apego religioso e o medo de reviver uma nova amputação. Esse momento é marcado pela incerteza do futuro que se traduz pela dependência para a realização das atividades cotidianas que levam os indivíduos à necessidade de auxílio (LUCAS et al., 2010).

Com a perda de membros do corpo e as consequentes mudanças do cotidiano, esses indivíduos se veem em uma nova forma de viver e de aceitação da doença, das mudanças obrigatórias que ela traz. Isso faz com que muitas pessoas desenvolvam sentimentos de não aceitação da doença e do tratamento, recusa no uso da insulina e desistência da dieta. Ainda mais, a pessoa se vê no medo constante de uma nova ferida e uma nova amputação (BATISTA; LUZ, 2010).

Além de morte, a inaptidão é uma seqüela frequente da amputação relacionada ao DM, que tem um impacto significativo em nível funcional, especialmente na população idosa, afetando a habilidade para executar as atividades de vida diárias (AVD) e comprometendo a qualidade de vida e a sobrevivência do indivíduo (LOPES; BRITO, 2009).

O cuidado relacionado, principalmente ao curativo, é referido pelos indivíduos como meio de prevenção para futuras amputações assim como para diminuir o sofrimento físico e psíquico. Nesta fase de pós-amputação, a melhora e a cura são os alvos destes pacientes que acreditam que realizando todos os cuidados estarão livres de passar por este processo outra vez (LUCAS et al., 2010).

2.7 Papel do Enfermeiro

O cuidado preventivo de enfermagem ao indivíduo com pé diabético envolve muitos níveis, mas começa pela identificação do paciente em risco, através de exame clínico detalhado, contemplando: avaliação estrutural, investigação de neuropatia e aferição dos pulsos distais. Uma vez identificado como paciente de risco, o cliente deve ser orientado em relação aos fatores de risco e manejo apropriado. O paciente de risco deve entender as implicações da perda da sensação protetora, a importância de monitorar os pés diariamente e o

cuidado adequado dos pés incluindo a pele e as unhas, além da seleção apropriada dos calçados. Um baixo grau de escolaridade e baixa renda podem comprometer o entendimento e a prática de ações preciosas para a saúde (SANTOS et al., 2011).

A atuação do enfermeiro junto à equipe de saúde é muito importante no sentido de orientar os pacientes com DM sobre os cuidados diários com os pés e a prevenção do aparecimento das úlceras (HIROTA; HADDAD; GUARIENTE, 2008).

O enfermeiro, enquanto educador em saúde deve utilizar ferramentas para a implantação de protocolos para atendimento aos clientes com DM, como a consulta de enfermagem com foco ao autocuidado, tendo como meta diminuir os índices de amputação de membros inferiores e assegurar a qualidade de vida a esta população (LUCAS et al., 2010).

2.8 Educação em Pé Diabético

Diante de uma patologia tão delicada, que precisa de um controle rigoroso para que sejam evitadas as complicações que são devastadoras na vida do indivíduo e, por conseguinte, das pessoas que estão ao seu redor lhe dando apoio e ajudando no tratamento e controle, é necessário o esclarecimento e educação continuada aos envolvidos nesta patologia. A pessoa com uma doença crônica como o DM necessita de informações e motivação para o autocuidado. Estímulos constantes são fundamentais e precisam saber que nos importamos com eles e com seu tratamento, resgatar o sadio para que o processo de cura se potencialize e apoiá-los quando estão hospitalizados e acompanhá-los ambulatorialmente. É sempre fácil acolher e acompanhar alguém com doença crônica, pois as queixas são sempre as mesmas e as orientações periodicamente transgredidas (KARINO; PACE, 2012).

A educação em saúde tem como um dos objetivos, mudar atitudes da pessoa para incorporar a informação recebida sobre os cuidados com os pés. Uma das intervenções educativas para o autocuidado em serviços de atenção primária, em relação aos pés, consiste no registro sistemático das informações. Essa intervenção permite que os outros membros da equipe multiprofissional acompanhem a avaliação dos pés realizada pelo enfermeiro, com vistas a assegurar a integralidade do cuidado em saúde (ANDRADE et al., 2010).

No Brasil, no âmbito das políticas públicas de atenção básica à saúde, onde é realizado o acompanhamento do indivíduo com DM, o Programa Nacional de Diabetes se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, tanto individualmente como coletivamente, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a

reabilitação e a manutenção da saúde. Nesse domínio de atenção cabe à equipe multiprofissional o atendimento a pessoa com Diabetes Mellitus, entretanto o desenvolvimento de atividades educativas e o estabelecimento de estratégias para favorecer adesão ao tratamento são de competência do profissional enfermeiro (CUBAS et al., 2013).

É neste cenário, em geral formado por pessoas mais próximas do cliente em termos de parentesco, que o paciente interage com seu cuidador para o enfrentamento da doença, que inclui o cuidado com os pés. Portanto, é importante envolver membros da família do paciente nos programas educativos para a prevenção das complicações nos pés. Não se trata de fornecer informações ao familiar do paciente com DM, mas de discuti-las e adequá-las às realidades e necessidades particulares e prepará-lo para lidar com um sujeito que vive o cotidiano de uma doença crônica (CISNEROS; GONÇALVES, 2011).

As medidas de prevenção do pé diabético só são valorizadas pelos pacientes somente após uma experiência de complicação ou perda (úlceras, insensibilidade nos pés ou amputação) ou a partir do compartilhamento da experiência alheia. A apresentação das complicações da doença para o paciente e seu familiar não deve ter uma conotação de sentença de morte para que esta conduta não tenha efeito negativo na motivação e adesão do paciente às medidas profiláticas (CISNEROS; GONÇALVES, 2011).

UFGG/BIBLIOTECA

3 Percurso Metodológico

3.1 Tipo de pesquisa

Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA, SILVA, CARVALHO; 2010).

Este método, ainda conforme os autores supra citados, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem.

3.2 Local da pesquisa

O cenário da pesquisa foi realizado na base de dados SciELO e LILACS na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

3.3 População e amostra

Segundo Gil (2008), a população abrange dados sobre o universo a ser estudado. Então, quando escolhemos uma população entendemos que a mesma seja uma representação do universo como um todo.

A população estabelecida para o estudo foi composta por 58 artigos encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde através das seguintes palavras-chave: “Diabetes and enfermagem”, “Pé diabético and enfermagem”, “Orientação em pé diabético and enfermagem” e “Autocuidado com pé diabético and enfermagem”. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: textos sobre pé diabético, orientação para o cuidado com o pé diabético e autocuidado com o pé diabético, no período de 2009 a 2013, textos em português e no idioma espanhol, na íntegra e sem acesso a pagamento. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: textos que não obedecessem aos objetivos. Dessa forma, foram selecionados artigos que respondessem a seguinte questão norteadora da pesquisa: Qual eficácia da orientação prestada pelo enfermeiro para o autocuidado no controle e prevenção

do pé diabético em indivíduos em o Diabetes Mellitus? Nesta perspectiva, a amostra da pesquisa foi composta por 27 artigos.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada na base de dados SciELO e LILACS na Biblioteca Virtual em Saúde nos meses de novembro e dezembro de 2013 e de janeiro a julho de 2014, através de através de um questionário (APÊNDICE A).

3.5 Análise de dados

A análise dos dados fez-se através da literatura pertinente. O método empregado foi a Análise de Conteúdo Temática (MINAYO et al., 2010).

São três as etapas desse processo de análise:

1) Pré-análise: que busca uma visão de conjunto, apreender as particularidades do conjunto do material a ser analisado, elaborar pressupostos iniciais que servirão de baliza para análise e a interpretação do material, escolher formas de classificação e determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise.

2) exploração do material: onde ocorre a transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase faz-se o recorte do texto em unidades de registro tal como foi estabelecido na pré-análise; depois, escolhem-se as regras de contagem e, posteriormente, realizam-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas que comandarão a especificação dos temas.

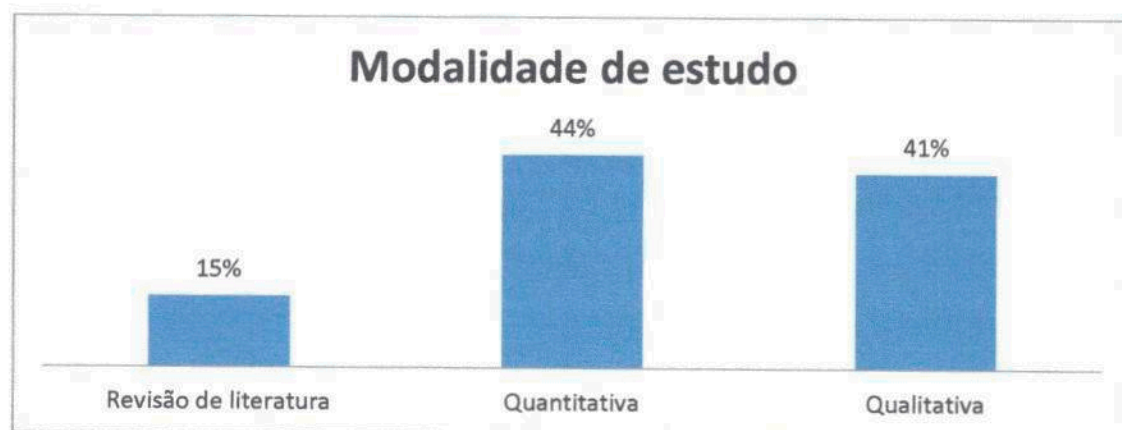
3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta etapa é elaborado uma síntese interpretativa através de uma redação que dialoga com os objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (MINAYO et al., 2010).

4 Resultados e discussão

Iniciada a busca pelos artigos científicos que iriam embasar a pesquisa, com dados consoantes aos objetivos da revisão integrativa, ou seja, identificar a eficácia orientação dada pelo enfermeiro para o autocuidado no controle e prevenção do pé diabético aos indivíduos com Diabetes Mellitus.

A amostra do estudo foi constituída por 27 publicações de textos completos, sendo um no idioma espanhol e 26 no idioma português, disponibilizados nas bases de dados LILACS e SciELO, da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Gráfico 1: Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa referentes a modalidade de estudo.



FONTE: Dados da pesquisa, 2014

Conforme os resultados no gráfico 1, pode-se observar que os estudos com abordagem quantitativa apresentaram o maior índice entre os estudos pesquisados sendo um total de doze artigos (44%), os artigos com abordagem qualitativa foram onze (41%), os artigos de revisão da literatura somaram quatro (15%). Neste cenário é possível verificar o crescente interesse pelo estudo científico do pé diabético, porém é necessário que haja mais empenho em pesquisas que enfoquem controle que o paciente pode fazer sobre a doença. Para que assim seja possível que os profissionais trabalhem mais fortemente para que o indivíduo desperte o interesse no seu autocuidado.

Gráfico 2: Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa quanto à formação profissional dos pesquisadores.



FONTE: Dados da pesquisa, 2014

Ao ser realizada a análise do gráfico 2, é possível observar que a maior parte dos pesquisadores dos estudos encontrados são enfermeiros, contando vinte e três (86%) artigos. Seguida da medicina com dois (7%) artigos e finalizando a fisioterapia com dois (7%) dos estudos encontrados. O maior percentual da área de enfermagem, se deve ao fato de que esses profissionais estão mais diretamente ligados ao controle e prevenção do Diabetes Mellitus e suas complicações, em especial o pé diabético foco principal desta pesquisa. Por outro lado há uma expressiva carência de pesquisas realizadas por outras áreas, tornando-se motivo de preocupação a falta de interesse dos demais profissionais da área da saúde com esse problema, que traz consigo complicações devastadoras para o indivíduo e saúde pública que arca com os gastos expressivos no tratamento dessa patologia (BATISTA et al., 2009).

Gráfico 3: Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa referente ao ano de publicação.



FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com os dados do gráfico 3, observa-se que em todos os anos compreendidos entre 2009 e 2013 houve publicações de estudos com o tema desta pesquisa. Observa-se que no ano de 2009 houve a publicação de seis (22%) dos artigos pesquisados, no ano de 2010 foram seis (22%) artigos, em 2011 foram seis (22%) artigos no ano seguinte, em 2012, apenas dois (8%) artigos e em 2013 sete (26%) estudos foram publicados, sendo este ano com o maior número de publicações entre os anos estabelecidos para o estudo. Apesar do baixo número de estudos publicados em 2012, apenas um, com o tema em estudo, pode-se observar que há um número considerável de pesquisas. O que mostra uma preocupação com o Diabetes Mellitus no país, visto os alarmantes números de incidência da patologia.

Mediante a análise qualitativa dos dados da pesquisa, surgiram as categorias para análise: **CATEGORIA I:** *Intervenções educativas da enfermagem para o autocuidado com pacientes com pé diabético;* **CATEGORIA II:** *Conhecimento e comportamento dos indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 acerca do pé diabético;* **CATEGORIA III:** *Qualidade de vida de pacientes com lesões e amputação de membros inferiores.* Nos quadros que seguem são mostradas as abordagens temáticas analisadas nesta pesquisa integrativa.

Quadro I: Artigos da categoria I – Intervenções educativas para o autocuidado em pacientes com pé diabético.

TÍTULO

CONCLUSÃO

EDUCAÇÃO EM PÉ DIABÉTICO (BATISTA et al., 2009).	<i>O consenso crescente de que programas coordenados que associam a educação específica para os pés, cuidados com a pele e as unhas, e sapatos terapêutico, podem reduzir de forma significativa a epidemia do pé diabético.</i>
AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS NEUROPÁTICAS EM PORTADORES DE DIABETES (CISNEROS, 2010)	<i>Embora com índices menores de recorrência de lesão e maior probabilidade de permanecer sem lesão, não foi evidenciada diferença estatística em decorrência da aplicação de programa de educação terapêutica associada a uso de calçados para proteção dos pés de pessoas com DM.</i>
DIABETES E RISCO DE PÉ DIABÉTICO: IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO (MANHEZE; PEZZUTTO, 2011)	<i>Para que o autocuidado seja incorporado pelo indivíduo com o DM, é necessário que ele e a família, ou o cuidador, tenham acesso às informações claras e precisas sobre a doença, além de habilidade e, especialmente, motivação. Tais atos são possíveis por meio de práticas educativas.</i>
AVALIAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NA PROMOÇÃO DO AUTOGERENCIAMENTO DOS CUIDADOS EM DIABETES MELLITUS TIPO 2 (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011)	<i>A prática educativa apresenta-se como a melhor maneira de conscientizar a pessoa com DM sobre a importância do autocuidado. É um momento no qual indivíduo e profissionais de saúde discutem todas as informações acerca da doença e do tratamento.</i>
EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA PARA DIABÉTICOS: OS CUIDADOS COM OS PÉS NA REALIDADE DE PACIENTES E FAMILIARES (CISNEROS; GONÇALVES, 2011).	<i>Foram identificados problemas relacionados à execução dos autocuidados dos pés que repetem a realidade da gestão da doença em si: a demanda do auxílio de terceiros. Assim, a filosofia do autocuidado cede espaço para uma rede de solidariedade que se forma em realidade no universo dos sujeitos.</i>
EFEITO DE DIFERENTES MODALIDADES DE EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO A PACIENTES COM DIABETES (GRILLO et al., 2013)	<i>A educação compõe uma parte importante no tratamento do DM, pois é por meio dela que os pacientes são capacitados para realizar o gerenciamento da sua doença. O processo de aprendizagem é complexo e sua efetividade dependerá de fatores que incluem comprometimento do paciente para o autocuidado, vontade de aprender, apoio familiar, vínculo com a equipe, situação financeira, influências culturais, além de crenças e atitudes em relação à saúde.</i>
PERCEPÇÕES DE PORTADORES DE DIABETES SOBRE A DOENÇA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013).	<i>Os usuários do Programa de Assistência aos Portadores de Diabetes [...] possuem uma boa percepção a respeito dos cuidados repassados pela equipe de enfermagem, isto nos reforça a importância do trabalho destes enfermeiros como educadores da saúde com intuito de promover uma melhor qualidade de vida para esses usuários.</i>

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

A **CATEGORIA I:** *Intervenções educativas para o autocuidado em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2* mostradas no Quadro 1, aborda a importância da educação para que o indivíduo com DM, possibilitando uma melhor qualidade de vida mesmo com as lesões, pois leva a uma diminuição no risco de amputações, compondo, dessa forma, a parte mais importante do cuidado a esses pacientes.

A educação em DM para pessoas com complicações de membros inferiores é um processo individualizado e contínuo que contempla avaliação, planejamento e ensino, que tem o objetivo de realizar a prevenção dos fatores de risco envolvidos na detecção precoce e prevenção do pé diabético (ANDRADE et al., 2010).

A educação voltada para a prevenção e o controle em DM apresenta um desafio tanto para os indivíduos quanto para os profissionais de saúde, com o objetivo de obter melhorias no autocuidado, associadas aos hábitos alimentares saudáveis, à adesão a prática de atividades físicas e à promoção da saúde (ANDRADE et al., 2010, TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

Para Batista (2009), o consenso crescente de que programas que aliam a educação específica para os pés, cuidados com a pele e as unhas, e sapatos terapêuticos, podem reduzir de forma significativa a epidemia de doenças do pé diabético. Os pacientes que evoluem com morbidades no pé podem ser facilmente identificados por meio de triagem simples e econômica, através da investigação da presença de neuropatia periférica e deformidades óbvias.

As práticas pedagógicas individuais e em grupo trazem a valorização da troca dialógica entre os profissionais de saúde e o indivíduo, o que também gera resultados positivos na promoção do autocuidado da doença. O atendimento individual permite conhecer o indivíduo, seus anseios, seus hábitos de vida, práticas de gerenciamento do cuidado e a forma de estabelecer o processo educativo. Orientações realizadas de acordo com as necessidades de cada indivíduo, fortalecem as ações educativas, dessa forma, os participantes exprimem satisfação na participação do programa. Essas ações educativas na promoção do autocuidado favorecem a modificação de condutas aprendidas no manejo da doença no decorrer do tempo de acompanhamento educacional das pessoas com DM (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

Para Freire (2011), nos caminhos estabelecidos por uma educação popular em saúde, cabe ao profissional-educador atuar em atividades pedagógicas comprometidas, que possa

ressaltar as dimensões da liberdade individual frente ao tratamento proposto e às consequências advindas de aceitá-lo ou rejeitá-lo.

Neste sentido, cabe tanto ao profissional como ao usuário, o reconhecimento do compromisso mútuo envolvido na afirmação ética das diferentes formas de cuidar de si. Dessa forma, os profissionais podem refletir criticamente sobre a postura, o papel e a atuação da equipe multiprofissional no contexto da educação em saúde, comumente desvinculada da escuta reflexiva e das demandas culturais e psicossociais que se interpõem à práxis cotidiana. Levando-os ao conhecimento de teorias e metodologias reconhecidamente eficazes para a educação em saúde (BORGES; PORTO, 2014).

A prevenção de úlceras em membros inferiores deve ser feita nos níveis: primário, onde é detectado previamente o pé diabético e é realizada educação do indivíduo quanto ao uso de calçados fechados e confortáveis à higiene e prevenção de traumas e lesões; nível secundário, onde é feito o cuidado das lesões ulceradas e correções de fatores causadores do problema, como o alívio de pontos de pressão, o tratamento de calosidades e deformidades; e terciário, com cuidados oferecidos por uma equipe multidisciplinar e tratamento intensivo hospitalar (MANHEZE; PEZZUTTO, 2011).

Sendo o enfermeiro integrante da equipe multidisciplinar responsável pelo acompanhamento, cuidado e informações ao paciente com Diabetes Mellitus, é importante o preparo e treinamento específico. A consulta de enfermagem tem importante papel na educação da pessoa/família/cuidador, motivando o autocontrole e a adesão ao tratamento. Ao proporcionar orientações ao paciente, é também promovida a prevenção, visto que há, dessa forma, um estímulo a disseminação de informações pelo próprio paciente. Assim, pode ocorrer uma diminuição no número de pessoas com DM poderia ser diminuído frente a um diagnóstico e tratamento precoce da doença e suas complicações (CHAVEZ; TEIXEIRA; SILVA, 2013; MANHEZE; PEZZUTTO, 2011).

É conhecimento de todos a importância da educação para o automonitoramento do DM para o direcionamento do tratamento, pois de acordo com os resultados obtidos desse autocuidado é que pode ser traçada uma nova conduta a respeito de medicações, alimentação e atividades físicas. A avaliação desses resultados feita pelo enfermeiro possibilita observar se o tratamento está sendo eficaz e se o paciente aderiu a ele. Esta ação é bem vista pela enfermagem, pois servem de parâmetro para, se necessário, encaminhar o cliente a uma nova avaliação médica (CHAVEZ; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Para que haja uma educação efetiva e eficaz dos pacientes, os enfermeiros têm que está em constante atualização. A sensibilização e envolvimento da equipe em discussões sobre o cotidiano, as informações atuais, os desafios de maior integração aos estilos de vida dos usuários e os desafios da construção do autogerenciamento de processos e condutas terapêuticas contribui significativamente para mudar a situação de vulnerabilidade que a doença impõe aos indivíduos, assim como reduzir ou dificultar suas complicações. Dessa forma, processo de Educação Permanente em Saúde contribui para melhorar a qualificação dos profissionais, uniformizar e sistematizar um atendimento ao usuário com diabetes em termos de integralidade, educação em saúde e desenvolvimento do autogerenciamento. As ações educativas devem ser disponibilizadas para todos os clientes e familiares, possibilitando a formação de vínculos com os profissionais e o serviço, podendo contribuir muito para o tratamento, além de informá-los sobre os cuidados com o DM em geral e com os pés, principalmente (BRAGANÇA et al., 2010; RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

Caso não sejam feitos investimentos em ações educativas, esse problema poderá se tornar cada vez mais crítico, com impacto nos custos do setor terciário de saúde, em função das complicações decorrentes (CARVALHO; CARVALHO; MARTINS, 2010).

Essas ações são possíveis por meio de práticas educativas. O programa deve contemplar estratégias de ensino-aprendizagem, troca de experiências, cultivo e fortalecimento da amizade e o apoio, terapias com lazer, na construção de um processo efetivo de cuidado (MANHEZE; PEZZUTO, 2011).

É através da educação que o indivíduo com Diabetes Mellitus é capacitado para a realização do autogerenciamento da doença, por esse motivo é que a educação continuada desses pacientes tem um papel tão importante no cuidado. Existe uma variedade de ações educativas já testadas em pacientes com DM, porém ainda não há um modelo universal a ser padronizado e reconhecido como eficaz para todos os indivíduos com a doença (GRILLO et al., 2013).

Ainda conforme os autores acima, educação compõe parte importante no tratamento e controle do DM. O processo de aprendizagem é complexo e sua efetividade dependerá de fatores que incluem comprometimento do paciente para o autocuidado, vontade de aprender, apoio familiar, vínculo com a equipe, situação financeira, influências culturais, além de crenças e atitudes em relação à saúde.

O cuidado com os pés envolve várias medidas que precisam da intervenção e colaboração tanto do paciente quanto do enfermeiro, pois possibilita a sensibilização do paciente para que possam desenvolver habilidades para o autoconhecimento e mudança no estilo de vida (MARTIN; RODRIGUES; CESARINO, 2011).

Quadro II: Artigos da categoria II: Conhecimento e comportamento dos indivíduos com DM 2 acerca do pé diabético.

TÍTULO	CONCLUSÕES
COMPORTAMENTO E CONHECIMENTO: FUNDAMENTOS PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO (ROCHA; ZANETTI; SANTOS, 2009).	<i>O conhecimento adquirido sobre a doença e os cuidados essenciais com os pés não garante a adoção e a manutenção de comportamentos adequados, contudo pode predispor à busca de saúde, o que nos incentiva a manter o processo educativo.</i>
CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS DIABÉTICOS ACERCA DAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LESÕES DE MEMBROS INFERIORES (MORAIS et al., 2009).	<i>[...] conhecimento detido por esta população sobre os aspectos e implicações que abrangem esta patologia é insuficiente para manter um controle eficaz. Esta falta de informação torna-os susceptíveis a riscos que poderiam ser evitados através da adoção das medidas preventivas.</i>
APLICAÇÃO DOS CUIDADOS COM OS PÉS ENTRE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS (CARVALHO; CARVALHO; MARTINS, 2010).	<i>Os indivíduos com DM apresentam falhas na aplicação das medidas preventivas do pé diabético, podendo incorrer em aumento do risco de complicações e incapacidades, com prejuízos para a qualidade de vida.</i>
AValiação DAS PRÁTICAS PREVENTIVAS DO PÉ DIABÉTICO (BRAGANÇA et al., 2010).	<i>Grande parte da população tem conhecimento sobre as práticas preventivas do pé diabético. A unidade de saúde tem papel importante nas atividades de promoção de saúde e prevenção deste agravo e que é necessária, para o desenvolvimento das ações, a co-responsabilidade da população, principalmente no que concerne ao autocuidado.</i>
PACIENTES COM DIABETES MELLITUS: CUIDADOS E PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (ANDRADE et al., 2010)	<i>A maioria das pessoas com DM não realizam exames dos pés desde que foram diagnosticadas com a doença. Essa postura demonstra a falta de cuidado com o controle das complicações trazidas pela doença.</i>
CONHECIMENTO DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS SOBRE O CUIDADO COM OS PÉS (MARTIN, RODRIGUES, CASARINO; 2011)	<i>Com adoção de medidas preventivas do pé diabético é possibilitado que as pessoas façam uso de meias, corte de unhas, calçados adequados de forma correta.</i>
AUTOCUIDADO DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS QUE POSSUEM	<i>Os dados sugeriram que o acompanhamento contínuo dessas pessoas, no cuidado das úlceras, pode contribuir às atividades de autocuidado; a presença das úlceras limita a prática da atividade</i>

COMPLICAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES (GOMIDES et al., 2013)	<i>física.</i>
PÉ DIABÉTICO: ORIENTAÇÕES E CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PREVENTIVOS (CUBAS et al., 2013)	<i>A orientação acerca dos cuidados necessários para que pessoas com DM tenham conhecimento e adotem condutas para evitar o aparecimento das lesões.</i>
PERCEPCOES DE PORTADORES DE DIABETES SOBRE A DOENÇA: CONTRIBUICOES DA ENFERMAGEM (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013).	<i>Os usuários do Programa de Assistência aos Portadores de Diabetes [...] possuem uma boa percepção a respeito dos cuidados repassados pela equipe de enfermagem, isto nos reforça a importância do trabalho destes enfermeiros como educadores da saúde com intuito de promover uma melhor qualidade de vida para esses usuários.</i>
PESSOAS COM DIABETES TIPO 2 MELLITUS E SUAS CAPACIDADE DE AGÊNCIA DE AUTOCUIDADO, CARTAGENA (LIAN, 2012).	<i>O apoio social recebido pelos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e as práticas de higiene pessoal e meio ambiente, o conhecimento ea adesão à dieta, permitir que os pacientes uma boa capacidade de gerência autocuidado.</i>
CRENÇAS NO AUTOCUIDADO EM DIABETES – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE. 2009).	<i>Para orientarmos o autocuidado aos diabeticos precisamos conhecer suas crenças e, além disso, fazê-lo conhecer como podem ser decisivas na forma como aprendem a se cuidar.</i>
PERCEPÇÃO DO APOIO SOCIAL PELA PESSOA COM DIABETES MELLITUS E ÚLCERAS NOS PÉS (FIGUEIRA et al, 2012)	<i>Os familiares representaram a principal fonte de apoio referida por 26 (86,7%) indivíduos, seguida dos profissionais da saúde lreferida por oito (26,7%) das pessoas.</i>

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

A **CATEGORIA II:** Conhecimento e comportamento de indivíduos com DM 2 acerca do pé diabético mostrada no Quadro 2, traz a luz o conhecimento dos clientes sobre a patologia, do autocuidado com as lesões e a prevenção de agravos.

Bragança et al. (2010), afirmam que o paciente com Diabetes Mellitus pode contribuir com o autocuidado na prevenção de úlceras nos pés, e, assim, prevenir e/ou reduzir o número de amputações decorrentes das lesões.

Grande parte das pessoas tem conhecimento sobre as práticas de prevenção do pé diabético, porém, muitos não aderem à prática do cuidado continuado. Os grupos de educação em diabetes contribuem em muito para o conhecimento e adoção de práticas de autogerenciamento. A maioria das pessoas envolvidas em grupos realiza a higiene diária dos pés, usam calçados adequados e não tem o hábito de retirar cutículas (ANDRADE et al., 2010; BRAGANÇA et al., 2010).

Conforme Chaves, Teixeira e Silva (2013), os pacientes com DM compreendem que a automonitorização da glicemia é importante para que o controle da doença possa ser

efetivado. Atitudes simples, tais como, verificar os pés, cuidar dos ferimentos e reeducação alimentar, evitarão possíveis complicações a saúde do cliente, passando a ter constante vigilância sobre o seu corpo e sua saúde. Gomides et al. (2013), afirmam que o auto cuidado dos pacientes com DM é realizado mais com relação a terapia medicamentosa e em menor proporção para a prática de educação física. Úlceras e/ou lesões em extremidades de membros inferiores são fatores que limitam a prática de atividade física.

A maioria das pessoas que participam de grupos de educação tem uma boa percepção a respeito da patologia e adquirem bons hábitos após a consulta com o enfermeiro. Os participantes de grupos têm uma percepção de amparo e cuidado por sua saúde e também por sua doença. O cliente começa a se cuidar impulsionado pelo medo de perder sua saúde ou uma parte do corpo, tem medo das limitações, da dependência de terceiros e da perda da capacidade de cuidar de si mesmo, obrigando-se a prática do autocuidado. A pessoa com DM tem uma percepção que a doença agora faz parte do seu mundo e necessita conhecer os controles necessários para manter uma boa qualidade de vida, mas alguns insistem em não abandonar hábitos adquiridos quando não tinham a doença instalada (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Em estudo de Andrade et al. (2010), comprovou-se que de uma amostra de 51 pessoas participantes de grupo de educação em saúde, 55% referiram nunca ter feito exame de pés desde o diagnóstico do Diabetes Mellitus, 90% disseram realizar a higiene diária dos pés, 20% faziam o exame diário dos pés, 45% usavam hidratante, 35% cortavam as unhas em linha reta, 43% usavam lixas, 55% usavam calçados adequados, 39% usavam meias de algodão e 51% retiravam a cutícula. Quanto à percepção acerca da relação entre controle glicêmico e aparecimento de complicações, 90% dos participantes afirmaram que o mau controle pode favorecer o aparecimento das complicações.

Quanto aos comportamentos inadequados da pessoa com pé diabético, Rocha, Zanetti e Santos (2009), descreveram que em uma amostra de 55 pessoas, 98,2% usavam calçado aberto, 89,1% usavam calçados com ou sem costura, 83,6% cortavam as unhas de maneira inadequada, 80% usavam meias com costura e escuras, 78,2% não hidratavam os pés diariamente, 69,1% retiravam cutículas, 63,3% não tinham o hábito de examinar os pés diariamente e 63,6% hidratavam os pés entre os dedos. Como fatores de risco, mostraram que 70,9% apresentavam hipertensão arterial, 49% dislipidemia, 24% obesidade e 31% doença vascular periférica.

Os autores acima citados mostraram que os indivíduos verificam os calçados antes de usá-los, reconhecem a importância da lavagem diária dos pés, de enxugar os espaços interdigitais, sabem da importância de não andar descalço, sabem que os pés devem ser examinados diariamente e que as unhas devem ser cortadas em linha reta. Porém há conhecimentos errados em relação aos cuidados essenciais, por exemplo, não mencionaram a hidratação dos pés diariamente, desconhecem o horário de comprar os calçados e o tipo de sabonete ideal para lavagem dos pés, fugindo assim de um comportamento necessário a promoção da saúde e prevenção de agravos nos membros inferiores atingidos por neuropatia diabética.

Portanto, o conhecimento detido por esta população sobre a patologia é insuficiente para manter um controle eficaz. A falta de informação torna-os susceptíveis a riscos que poderiam ser evitados através da adoção das medidas preventivas. Enfoca também a necessidade de mais incentivo à educação para o autogerenciamento de sua doença (MORAIS et al., 2009).

O conhecimento da enfermidade é um aspecto bastante relevante para a conservação do peso, porque desta forma, os pacientes mantêm um consumo de alimentos suficiente para a manutenção do peso e mudança de hábitos para conservação da saúde (LÍAN et al., 2012).

Estudo de Bragança et al. (2010), mostrou em uma amostra de 100 pessoas acometidas pelo DM, um grande percentual (20%) era de analfabetos. Em virtude das limitações encontradas e, sendo este, um fator de risco no autocuidado, cabe aos profissionais criar estratégias educacionais para atender a esta população, sendo facilitadores no processo de autogerenciamento. Também foi mostrado que, deste grupo, 10% eram tabagistas, 7% etilistas e 64% afirmaram não fazer nenhum tipo de exercício físico.

Pessoas que têm DM apresentam comportamentos falhos na aplicação das medidas preventivas para o pé diabético, podendo incorrer em aumento de risco de complicações e incapacidades, com prejuízos para qualidade de vida. Igualmente em risco de complicações do Diabetes Mellitus, estão aqueles que não têm nenhuma ou adotam poucas medidas de autocuidado. O manejo dos pés é complexo e exige um acompanhamento ambulatorial e intensa colaboração e responsabilidade dos pacientes e dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento para que possa ser identificado quais as possíveis causas para a não-adesão às práticas preventivas, como falta de conhecimento. Caso contrário, pode favorecer o aumento de complicações a longo prazo, aumentando o risco e o custo do tratamento (CARVALHO; CARVALHO; MARTINS, 2010; GOMIDES et al., 2013).

De grande relevância para o cuidado ao paciente é a percepção que o mesmo tem do apoio social que se forma no cuidado a ele quando da impossibilidade de cuidar-se sozinho. Os familiares representam a principal fonte de apoio seguida dos profissionais que o acompanham em ambulatório e em grupos de educação e tratamento. Figueira et al. (2012), dizem ainda que o estado civil não tem relação com um maior apoio percebido e que também não há relação entre a presença de úlcera nos pés e a percepção social. Porém existe uma correlação significativa entre o apoio social e o controle da glicemia plasmática de jejum, elemento fundamental no controle metabólico. As relações sociais podem promover e proteger a saúde do indivíduo com o pé diabético.

Outro ponto importante a ser levado em consideração em relação aos conhecimentos e comportamentos das pessoas com Diabetes Mellitus, são as crenças trazidas por sua cultura. As complicações acarretadas pelo DM só poderão ser reduzidas resgatando experiências, conhecimento, sistemas de valores, participação ativa e crenças que norteia as atitudes dos pacientes em relação a sua saúde. A concepção de saúde e o modo como cada pessoa enfrenta a doença surgem a partir das experiências pessoais e, essas, trazem uma vínculo direto com as crenças e valores com que as pessoas foram formadas. A busca por práticas populares pode indicar uma resistência cultural e um apelo a formas terapêuticas que fazem mais sentido em função da proximidade sociocultural, já que o conhecimento sobre ervas é difundido pela cultura popular, pelas práticas populares e pelo aconselhamento de pessoas, curandeiros e religiosos (BATISTA; LUZ, 2012; XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Quadro III: artigos da categoria III: Qualidade de vida de pacientes com DM 2 que sofreram amputação de membro inferior.

TÍTULO	CONCLUSÕES
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PÉ DIABÉTICO PARA PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 (COELHO; SILVA; PADILHA, 2009)	<i>Movidos pelas representações de alteração e ameaças os sujeitos buscam no cuidado uma esperança de não desenvolver a doença do pé ou controlar a situação. Quando o não cuidado ocorre, surge o sentimento de culpa por terem conhecimentos e não se cuidarem.</i>
CARACTERIZAÇÃO DOS PORTADORES DE DIABETES SUBMETIDOS À AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES EM LONDRINA, ESTADO DO PARANÁ (BORTOLETTO	<i>A maioria das pessoas com DM é do sexo masculino, com idade média de 60 anos, aposentados, conhecem o diagnóstico da doença antes de possíveis internações.</i>

<i>et al, 2010)</i>	
VIVÊNCIAS DE PESSOAS COM DIABETES E AMPUTAÇÃO DE MEMBROS (BATISTA; LUZ, 2012)	<i>O Ser-pessoa-com-diabetes-e-amputações de membros significa vivenciar um cotidiano permeado por dificuldades, limitações e restrições impostas pela situação; sofrer pela dependência de outras pessoas, pela solidão imposta pelo isolamento social [...] Porem pode significar, desenvolvimento de outras habilidades e a busca por novas formas de viver a partir da atual realidade de Ser diabético e amputado.</i>
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS E PÉ ULCERADO (ALMEIDA et al., 2013)	<i>Os pacientes com Diabetes Mellitus que têm pé ulcerado apresentam alterações na qualidade de vida, repercutindo nos domínios físico, social e psicoemocional.</i>
ADESÃO À DIETA E AO EXERCÍCIO FÍSICO DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2011)	<i>Por mais que tenham conhecimento que adoção de hábitos saudáveis e vida, ainda é grande a quantidade de pessoas que não aderem à atividades físicas e dietas, itens importantes no controle do Diabetes Mellitus.</i>
EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA PARA DIABÉTICOS: OS CUIDADOS COM OS PÉS NA REALIDADE DE PACIENTES E FAMILIARES (CISNEROS; GONÇALVES, 2011)	<i>Conhecer a prática de realização de atividades preventivas de complicações, contribui muito para uma educação terapêutica mais eficaz.</i>
PERCEPÇÃO DO APOIO SOCIAL PELA PESSOA COM DIABETES MELLITUS E ÚLCERAS NOS PÉS (FIGUEIRA et al., 2012)	<i>De acordo com a percepção dos pacientes, os familiares representaram a principal fonte de apoio referida por 26 (86,7%) indivíduos, seguida dos profissionais da saúde referida por oito (26,7%) das pessoas.</i>
MEU CORPO DEPENDENTE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PACIENTES DIABÉTICOS (SILVA ET al., 2010)	<i>A representação que os sujeitos possuem de seus corpos agora é de incapazes, inúteis, pois já não são produtivos como antes, não podendo ser encaixados no universo social imaginado por eles. Estes indivíduos se tornaram dependentes de familiares, amigos e pessoas próximas a eles, assim como também de objetos (muletas, cadeira de rodas) para sua locomoção.</i>

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

A **CATEGORIA III: Qualidade de vida de pacientes com DM 2 que sofreram amputação de membro inferior**, mostrada no quadro 2, aborda estudos que enfocam as representações que a amputação e o não cuidado com as lesões acarretam na vida do indivíduo e dos que compõe sua rede de solidariedade.

Ser diabético e amputado representa, para muitos indivíduos, ter seu cotidiano alterado pela perda de um membro e mostram dificuldades, limitações e restrições. Com isso surge o isolamento social e familiar e o sofrimento trazido pela dependência de terceiros e das

dificuldades para realizar atividades, que antes faziam com autonomia, independência e tranquilidade, agora eles têm que adaptar-se a novas rotinas, inclusão de novos hábitos, limites e obrigações. Essas modificações no dia a dia são de grande dimensão, impactantes e significam uma vivência difícil com tristeza, angústia e sofrimento, por já não poderem desenvolver suas atividades diárias, por não terem lazer do modo como desejam. A solidão se dá em virtude da acomodação que a perda do membro traz consigo, porque gostariam de participar ativamente da vida social, familiar e comunitária. Algumas pessoas, porém, passam a olhar o mundo de forma a buscar outros sentidos e buscam desenvolver novas habilidades que a sua nova condição lhe impõe. Elas fazem o que é recomendado para viver bem mesmo com uma doença crônica de complicações graves (BATISTA; LUZ, 2012; SILVA et al., 2010).

Conforme Bortoletto et al. (2010), em uma amostra com pacientes que passaram por amputações não-traumáticas por causa de complicações nos membros inferiores, a maioria (60%) foram amputações de coxa, revelando uma necessidade de um cuidado após a cirurgia para evitar amputações mais altas, e dedos, seguidos do terço superior da perna, região metatársica, articulação do joelho e osso calcâneo. Essas cirurgias diminuem significativamente a qualidade de vida das pessoas tanto por causa do fator físico como psicológico que acarreta. Também há aumento nos gastos públicos e institucionais com as internações, visto que o tempo médio de internação é de 14 dias.

Os pacientes relacionam a doença do pé, principalmente à locomoção, e sempre que são indagados sobre as principais preocupações com o DM mencionam o pé, e principalmente, quando já apresentam alterações, pois o fato de caminhar significa liberdade e autonomia. Na percepção social, quanto às complicações com os membros inferiores, há muito forte as experiências de vida embasadas, nas relações sociais que fazem parte de suas vidas (COELHO, SILVA, PADILHA, 2009).

Confirme os autores supracitados, o cuidado com os pés é visto como imprescindível para uma melhor qualidade de vida no futuro, já que se trata de uma doença crônica. As pessoas que apresentam alterações em membros inferiores são vistas como descuidadas e culpadas pela situação. Surgindo julgamentos da sociedade e, muitas vezes, dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento, chegando até mesmo a desistir do tratamento justificando que o cliente não segue o que foi prescrito. Assim, junta ao sofrimento físico e emocional, o sentimento de culpa, afetando a autoestima e, conseqüentemente, a qualidade de vida desses indivíduos. Os enfermeiros podem estabelecer através desta condição de vida da

pessoa com DM, uma relação de compreensão e motivadora do autocuidado, proporcionando um conhecimento maior da patologia.

Quando precisam se submeter à amputação, as pessoas ficam com sinais que as 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 perda de uma parte do corpo é decorrente de alguma patologia o impacto causado pela intervenção cirúrgica é significativo, pois este enfrenta dificuldades em decorrência das alterações da imagem corporal em virtude das mudanças acarretadas. Logo a amputação reflete de maneira negativa na autoimagem desse grupo social, levando a um processo doloroso de readaptação na sociedade. (SILVA et al., 2010).

Na rotina diária que se cria para o cuidado adequado a ser prestado, forma-se uma rede de solidariedade, em geral formada por familiares próximos e em segundo lugar por profissionais de saúde, na percepção dos pacientes. O cuidado prestado por terceiros parece ter uma influência positiva na adesão ao tratamento. Porém a participação da família é, por um lado, positiva e desejável e por outro um ponto de conflitos, pois ameaça a liberdade dos pacientes e impõem regras, especialmente, de alimentação e medicação (CISNEROS; GONÇALVES, 2011; FIGUEIRA et al., 2012).

Estudo realizado por Almeida et al. (2013), revelou que pacientes com pé ulcerado têm alterações em sua capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade aspectos sociais, aspectos emocionais, e saúde. Portanto, há uma necessidade de redirecionar a atenção à saúde dos pacientes com DM e pé diabético para que sejam identificados nos serviços de saúde fatores contribuintes para diminuição da qualidade de vida dessas pessoas.

Entre os fatores que contribuem muito para uma boa qualidade de vida é a adesão à dieta e exercícios físicos. Contudo há uma baixa adesão dessas práticas, principalmente entre adultos de baixa escolaridade e renda. Em contraposição a isso, as pessoas com DM desejam ter o controle de sua vida e da doença, mas por mais que tenha conhecimento que o desenvolvimento de práticas saudáveis de vida ajudam no controle do Diabetes Mellitus tipo 2, podem recusar a adoção delas. Nesta perspectiva, o enfermeiro auxilia esses pacientes a aderirem a um melhor estilo de vida (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2011).

5 Considerações Finais

Compuseram a amostra 27 artigos e para encontrá-los foi feita uma busca *on line* em periódicos nas bases de dados LILACS e SciELO, em buscas na Biblioteca Virtual de Saúde, especialmente na área de enfermagem. Foram encontrados 58 artigos devidamente publicados entre os anos de 2009 até 2013, desse quantitativo retirou-se a amostra.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento elaborado pela pesquisadora, que permitiu informações sobre a identificação dos artigos, autores, bases de dados, ano e origem da publicação.

Dentre os estudos selecionados, os que tinham abordagem quantitativa apresentaram o maior índice em um total de doze artigos (44%), os artigos com abordagem qualitativa foram onze (41%), os artigos de revisão da literatura somaram quatro (15%).

Quanto à área de formação dos pesquisadores, foi possível observar que a maior parte são enfermeiros, contados vinte e três (86%) artigos. Seguida da medicina com dois (7%) artigos e finalizando a fisioterapia com dois (7%) dos estudos encontrados. O maior percentual da área de enfermagem, se deve ao fato de que esses profissionais estão mais diretamente ligados ao controle e prevenção do Diabetes Mellitus e suas complicações, em especial o pé diabético foco principal desta pesquisa.

Com relação ao ano de publicação das pesquisas, em todos os anos compreendidos entre 2009 e 2014 houve publicações de artigos com o tema desta pesquisa. Observa-se que no ano de 2009 houve a publicação de seis (22%) dos artigos pesquisados, no ano de 2010 foram seis (22%) artigos, em 2011 foram seis (22%) artigos no ano seguinte, em 2012, apenas dois (8%) artigos e em 2013 sete (28%) estudos foram publicados, sendo este ano com o maior número de publicações entre os anos estabelecidos para o estudo.

No segundo momento da análise, identificaram-se três categorias temáticas: **“Intervenções educativas da enfermagem para o autocuidado com pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2”**, **“Conhecimento e comportamento dos indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 a cerca do pé diabético”** e **“Qualidade de vida de pacientes com lesões e/ou amputação de membros inferiores”**.

A categoria I, **Intervenções educativas da enfermagem para o autocuidado com pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2**, trouxe importantes contribuições no que abrange essa temática. Os estudos enfocaram a importância da formação de grupos de educação em saúde pela equipe multiprofissional, especialmente os enfermeiros, para possibilitar autocuidado do paciente acometido pelo Diabetes Mellitus e é através dessas práticas educativas o profissional pode avaliar a adesão ao tratamento ou não. Além de ser um

momento em que é possibilitado o contato profissional/família, vínculo de extrema importância no cuidado. É necessário ressaltar que o processo de educação não é fácil, pois lida com vários fatores, entre eles, a aceitação ou não do paciente para a capacitação do autogerenciamento. Porém, essa é a principal forma que o indivíduo tem para manter a autonomia sobre sua vida e doença e, para a equipe de saúde, para evitar complicações mais graves nos membros inferiores.

A categoria II, aborda o **“Conhecimento e comportamento dos indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 acerca do pé diabético”**, aqui foi proporcionado o conhecimento e compreensão de como os pacientes interagem e qual é seu conhecimento sobre a doença. Apenas através desse conhecimento o paciente pode contribuir para o autocuidado com do pé diabético, porém é muito pouco o conhecimento que ele tem para que possa realizar um cuidado eficaz. Comportamentos falhos com relação a patologia aumenta significativamente o risco de complicações maiores, surgindo a necessidade de receber ajuda para o tratamento das ulcerações, nesse cenário a família exerce papel fundamental do apoio e cuidado ao paciente. Outro ponto importante na adesão correta ao controle das lesões, são as crenças arraigadas pelas pessoas. A busca por práticas populares pode indicar uma resistência cultural e um apelo a formas terapêuticas que fazem mais sentido em função da proximidade sociocultural.

A categoria III, **Qualidade de vida e representações sociais de pacientes com DM 2 que sofreram amputação de membro inferior**, apresentou-se de suma importância para este estudo, pois através dele podemos compreender como o indivíduo se vê e percebe como é visto diante da sociedade em sua volta. Ser uma pessoa com DM e com amputações muda drasticamente o cotidiano e a forma como lida com as pessoas em sua volta.

Com as alterações trazidas para seu cotidiano, surgem o isolamento familiar e social, além das perdas físicas, as limitações e o sofrimento com a dependência de terceiros, tornam muito maior o sofrimento. Para evitar que novas lesões e consequentes amputações aconteçam, os indivíduos fazem a adesão ao cuidado da lesão. Quando não o fazem com empenho e disciplina e novas perdas acontecem, o paciente se culpa por não ter se cuidado corretamente e, por vezes, até mesmo os profissionais querem cuidado correto da ferida. Assim, a pessoa passa a sofrer julgamentos sociais pelas perdas e possíveis descuidos com os ferimentos que lhe acometeram, passando também, por abandono do acompanhamento pelo enfermeiro. O profissional justificando que o cliente é negligente e não faz um como agravo do Diabetes Mellitus. Dessa forma os clientes passam a se culpar e levar a vida com a doença como um martírio que pode levá-lo até a morte.

Nesse sentido as orientações e práticas educativas demonstram serem importantes e necessárias para que o paciente e seu cuidador possam fazer um cuidado eficaz das lesões ocasionadas pelo DM, além de ser um dever profissional de quem faz o acompanhamento nos vários níveis de atenção à saúde. As complicações trazidas pela doença são devastadoras para vida e cotidiano de quem é acometido. Portanto, cabe aos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, criar métodos e práticas de atenção mais eficazes e permanentes, que despertem o interesse e a atenção dos indivíduos para que possam autogerenciar patologia e suas complicações, devolvendo a dignidade e autonomia as pessoas que sofrem em decorrência do Diabetes Mellitus.

UFG/BIBLIOTECA

Referências

ALMEIDA, S. A. A. et al. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado.** Rev. Bras. Cir. Plást. 2013. v. 28, n. 1, pp. 142 – 146. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/24.pdf> >. Acesso em: 24 mai 2014.

ANDRADE, N. H. S. et al. **Pacientes com diabetes mellitus: cuidados e prevenção do pé diabético em atenção primária à saúde.** Rev. enferm. 2010. v. 18, n. 4. Pp. 616-21. Disponível em: Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):616-21. pp.617

ASSUMPÇÃO, E. C. et al. **Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família.** J Vasc Bras. 2009, v. 8, n. 2, pp. 133 – 138. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n2/a06v8n2.pdf> >. Acesso em: 15 fev. 2014.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Disponível em: <<http://www.idf.org/node/26454?language=es> >. Acesso em: 02 jun. 2014.

BATISTA, N. N. L. A. L.; LUZ, M. H. B. A. **Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros.** Revista Bras Enfer. 2012, v. 65, n. 2. Pp. 244-250. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-646389>. Acesso em: 11 dez. 2013.

BATISTA, F; PINZUR, M; MONTEIRO, A; TAIRA, R. **Educação em pé diabético.** 2009. v. 7, n. 1, pp. 24 – 27. Disponível em: < http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1057-einsteinv7n1p24_7.pdf >. Acesso em: 14 mai 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica – n. 16.** Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; 2006. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF >. Acesso em: 29 nov. 2014.

BONA, S. F. et al. **Prevalência do pé diabético nos pacientes atendidos na emergência de um hospital público terciário de Fortaleza.** Rev Bras Clin Med. 2010, V. 8. PP. 1-5. Disponível em: <http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/19.pdf>. acesso em: 26 maio 2014.

BORGES, S. A. C, PORTO, P. N. **Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde.** Saúde debate. 2014. v.38, n.101. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200338 Acesso em: 19 jun 2014.

BORTOLETTO, M. S. S. et al. **Caracterização dos portadores de diabetes submetidos à amputação de membros inferiores em Londrina, Estado do Paraná.** Acta Scientiarum Health Sciences. 2010. V. 32, n. 2, pp: 205 – 213. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/rt/context/7754/0/181?defineTerm=>> > Acesso em: 22 mai 2014.

CAIAFA, J. S. et al. **Atenção integral ao portador de Pé Diabético.** J Vasc Bras. 2011, v. 10, n. 4, Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492011000600001>. Acesso em: 13 dez. 2013.

CARVALHO, R. D. P.; CARVALHO, C. D. P.; MARTINS, D. A. **Aplicação dos cuidados com os pés entre portadores de diabetes mellitus.** 2010. V. 15, n. 1, pp. 106 – 109. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17180/11315> >. acesso em: 14 mai 2014.

CHAVEZ, M. O; TEIXEIRA, M. R. F; SILVA, S. E. D. **Percepção de portadores de diabetes sobre a doença:** contribuições da Enfermagem. 2013. V. 66, n. 2, pp. 215 – 221. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/10.pdf> >. acesso em: 20 abr 2014.

CISNEROS, L. L. **Avaliação de um programa para prevenção de úlceras neuropáticas em portadores de diabetes.** 2010. v. 14, n. 1, pp. 31 – 37. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000100006 >. Acesso em: 14 mai 2014.

CISNEROS, L. L; GONÇALVES, L. A. O. **Educação terapêutica para diabéticos:** os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. Rev. Ciência e saúde coletiva. 2011, v. 16. N.1, pp. 1505-14. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700086>. Acesso em: 16 jun 2014.

CUBAS, M. R. et al. **Pé diabético:** orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. Fisioter. Mov. 2013, v. 26, n. 3, pp. 647-55. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n3/a19v26n3.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

COELHO, M. S. et al. **Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2.** Rev. Esc Enfermagem USP. 2009, v. 43, n. 1, pp. 65 – 71. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100008 >. Acesso em: 13 de jul. 2014.

FIGUEIRA, A. L. G. *et al.* **Percepção do apoio social pela pessoa com Diabetes Mellitus e úlceras nos pés.** Acta Paul Enfer. 2012. v. 15, n. (especial), pp. 20 – 26. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_04.pdf > acesso em: 13 mar 2014.

FREITAS, L. R. S; GARCIA, L. P. **Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008.** Epidemiol. Serv. Saúde. 2012; v. 21; n. 1; pp. 7 – 20. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 fev. 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GRILLO, A. F. F. **Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes.** Rev. Assoc. Med. Bras. 2013, n. 59; v. 4; pp. 400 – 405. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302013000400021&script=sci_arttext> . acesso em: 15 mai 2014.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. et al. **Adesão a dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus.** Texto Contexto Enfer. 2011. V. 20, n. 2, pp. 272 – 279. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a08v20n2.pdf> >. Acesso em: 23 jun 2014.

GOMIDES, D. S. **Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores.** 2013. V. 26. N. 3. Pp. 289 – 93. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/14.pdf>>. Acesso em: 14 abr 2014.

GUVEN, S; MATFIN, G; KUENZI, J. A. **Diabetes mellitus e síndrome metabólica** in PORTH, C. M; MATFIN, G. **Fisiologia.** Guanabara koogan. 2010. v. 2; n. 8.

HIROTA, C. M. O; HADDAD, M. C. L; GUARIENTE, M. H. D. M. **Pé diabético: o papel do enfermeiro no contexto das inovações terapêuticas.** Cienc cuid saude.2008, v. 7; n. 1; pp.114-120. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4955/3218>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2013: Regional & Country Facctsheets.** Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2013-regional-countryfactsheets>>.

Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. **IDF Diabetes Atlas.** Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas/downloads>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

KARINO, M. E; PACE, A. E. **Risco para complicações em pés de trabalhadores portadores de diabetes mellitus.** Cienc Cuid Saude. 2012, 11(suplem.). pp.183-190. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17074/pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

LIAN, A. H. et al. **Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena.** 2012. V. 30, n. 2, pp. 39 – 46. Disponível em: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista2012-2/03%20Avances%20Enfermeria%2030_2%20feb%2025%2013.pdf>. Acesso em: 13 abr 2014.

LOPES, F. M; BRITO; L. L. **Fatores associados ao estado funcional de idosos com amputação por diabetes.** Rev. Baiana de Saúde Pública. 2009; v. 33; n. 3; pp. 402 – 415. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a008.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2014.

LUCAS. L. P. P. et al. **A percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em relação à amputação.** Rev. Eletr. Enf. [internet]. 2010. V. 12; n. 13; pp. 535 – 538. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/pdf/v12n3a17.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2014.

MANHEZE, A. I. B; PEZZUTTO, T. M. **Diabetes e risco de pé diabético: importância do autocuidado.** Cuidarte enfermagem. 2011, v. 5; n. 2; pp. 137 – 143. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22460&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MAITRA, A. **O sistema endócrino** in KUNAY, V. et al Robins, patologia básica. Elsevier. 2008. 8 ed. Pp. 846 – 860.

MASHARANI, U; GERMAN, M. S. Hormonas pancreáticas y diabetes mellitus in GARDNER, D. G; SHOBACK, D. Greenspan Endocrinología básica y clínica. Mcgraw-hill/interamericana editores, s.a. 2012. 9 ed. Pp. 573 – 644.

MORAIS, G. F. C. et al. **Conhecimento e práticas dos diabéticos acerca das medidas preventivas para lesões de membros inferiores.** 2009. v. 33, n. 3, pp. 361 - 371. Disponível em: < <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/219> >. Acesso em: 14 abr 2014.

OLIVEIRA, K. C. S; ZANETTI, M. L. **Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde.** Rev Esc Enferm USP. 2011, v. 45, n. 4, pp. 862-868. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400010&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 fev. 2014.

OCHOA-VIGO, K. et al. **Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético.** Acta Paul Enferm. 2006; v. 19; n. 3; pp. 296-303. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1002006000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 jan. 2014.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Programa de Diabetes de La OMS.** Disponível em: <<http://www.who.int/diabetes/es/>>. Acesso em 02 jun. 2014.

ROCHA, M. R.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. **Comportamento e conhecimento: fundamentos para a prevenção do pé diabético.** 2009. V. 22, n. 1, pp. 17 – 23. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a03v22n1.pdf> >. Acesso em: 20 abr 2014.

RODRIGUES, A. C. S; VIEIRA, G. L. C; TORRES, H. C. **A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus.** Rev Esc Enferm USP. 2010, V. 44, N. 2, pp. 531 – 137. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/41.pdf> >. Acesso em: 14 mai 2014

SANTOS, V. P; SILVEIRA, D. R; CAFFARO, R. A. **Fatores de risco para amputações maiores primárias em pacientes diabéticos.** São Paulo Med. J. [online]. 2006, v.124, n.2, pp. 66-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151631802006000200004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 fev 2014.

SANTOS, I. C. R. V. et al. **Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético.** 2013. Rev. Ciência e saúde coletiva. v. 18, n. 10, pp. 3007-14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a25.pdf>>. Acesso em: 16 jun 2014.

SILVA, S. E. D. et al. **Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabético.** Rev Bras Enferm. 2010. V. 63, n. 3, pp: 404 – 409. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a09v63n3.pdf> > Acesso em: 22 mai 2014.

SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA, 2014. Disponível em: <<http://www.paraiba.pb.gov.br/79952/governo-leva-acoes-de-saude-a-populacao-da-capital-no-dia-mundial-do-diabetes.html>> Acesso em: 21 fev. 2014.

SILVA, C. L. et al. **Características de lesões de pé diabético e suas complicações.** Ver. Rene. 2012, v. 13, n. 2, pp. 445 – 453. Disponível em: <

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/228>>. Acesso em: 16 fev. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/tudo-sobre-diabetes>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

SPICHLER, D. MIRANDA JR. F. SPICHLER E. S. FRANCO L. J. **Amputações maiores de membros inferiores por doença arterial periférica e diabetes melito no município do Rio de Janeiro.** *Jornal Vasc Bras.* 2004. v. 3, n. 2, pp.111-22. Disponível em: <http://jornalvascularbrasileiro.com.br/04-03-02/04-03-02-111/04-03-02-111.pdf>. Acesso em: 26 fev 2014.

SMELTER, S. C; BARE B. G. **Brunner & Saundarth:** tratado de enfermagem medico-cirurgico. 11 ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

TORRES, H. C; PEREIRA, F. R. L; ALEXANDRE, L. R. **Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2.** *Rev. Esc. Enf. USP.* 2011. v. 45, n. 5, pp. 1077 – 82. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500007> acesso em: 16 mai 2014.

VIVIANE, T. M.; RODRIGUES, C. D. S.; CASARINO, C. B. **CONHECIMENTO DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS SOBRE O CUIDADO COM OS PÉS.** 2011. *Rev. Enferm.* V. 19, n. 4, pp. 621 – 625. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a20.pdf>>. Acesso em: 21 abr 2014.

XAVIER, A. T. F; BITTAR; D. B; ATAÍDE, M. B. C. **crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática.** 2009. V. 18. N. 1. Pp. 124 – 130. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a15.pdf>> Acesso em: 13 mar 2014.



UFGG/BIBLIOTECA

Apêndice

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Instrumento de coleta de dados	
Modalidade metodológica do estudo _____	
1) Dados do pesquisador principal	
Profissão: () Enfermeiro(a) () Médico(a) () Outros: _____	
Titulação: () Mestre () Doutor(a) () Especialista () Graduação () Outros: _____	
2) Dados da publicação	
Título trabalho: _____	do
Ano da publicação: _____	
Resumo da Pesquisa: _____ _____ _____ _____	