

Os cuidados essenciais com os pés: percepções de diabéticos ulcerados

Essential care with feet: perceptions of ulcerated diabetics

Fabírcia Salvador Bezerra¹, Fabíola Monteiro de Castro²,
Paula Jordana Silva dos Santos Cesconetto³, Carlos André Moura Arruda⁴,
Virgínia Oliveira Fernandes⁵, Marivaldo Loyola Aragão⁶, Jackeline Almeida Bezerra⁷,
Renan Magalhães Montenegro Júnior⁸

Resumo

Objetivo: Este manuscrito objetivou apreender a percepção dos pacientes com diabetes mellitus (DM) acerca dos cuidados essenciais com os pés. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou entrevista semiestruturada para a coleta de dados. Ocorreu no Centro de Saúde da Família Anastácio Magalhães em Fortaleza/Ceará e contou com oito entrevistados, sendo sete deles do sexo masculino, com idade média de 47 anos, seis com ensino fundamental incompleto, com amputações, aposentados ou recebendo ajuda de familiares. **Resultados:** Utilizou-se a técnica de Análise de Discurso. Alguns entrevistados afirmaram que não houve alteração em seus

sentimentos e emoções, da mesma forma que outros afirmaram que sim. Após a autoafirmação da doença, surgiram algumas curiosidades sobre as modificações ocorridas no dia a dia relacionadas à alimentação e ao cuidado com os pés. **Conclusão:** Considerou-se que as ações de promoção de saúde são essenciais para prevenção, controle e tratamento do DM, visando à difusão do conhecimento acerca da doença, consequências, complicações e importância no seu controle para melhorar a qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Complicações do diabetes. Pacientes. Percepção.

Abstract

Objective: This is a qualitative research, and to the acquisition of qualitative material we used semi-structured interviews. **Method:** It took place at Anastácio Magalhães Family Health Center in Fortaleza, state of Ceará - Brazil, counting seven interviewees, most of them male, about 47 years old, incomplete primary education, with amputations and retired or receiving support from family. **Results:** Through discourse analysis technique, some respondents reported no

1. Graduada em Fisioterapia. Mestre em Saúde Pública. Fisioterapeuta do Laboratório de Fisioterapia Metabólica e Pé Diabético. Universidade Federal do Ceará.
2. Graduada em Fisioterapia. Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Ceará.
3. Graduada em Fisioterapia. Universidade Federal do Ceará.
4. Graduado em Pedagogia. Mestre em Saúde Pública. Professor Adjunto I da Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará – FAECE.
5. Graduada em Medicina. Mestre em Saúde Pública. Médica Endocrinologista do Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC. Universidade Federal do Ceará.
6. Graduado em Medicina. Universidade Federal do Ceará.
7. Graduada em Fisioterapia.
8. Graduado em Medicina. Doutor em Clínica Médica. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará.

change in their feelings and emotions, similarly others have reported so. Following a self-assertion period regarding the disease, some curiosities arose over modifications on the daily routine. We consider that actions to promote health are essential to prevention, control and treatment of DM, intending to spread knowledge about the disease, its consequences, complications and importance of controlling it to improve quality of life.

Keywords: Diabetes Mellitus. Diabetes complications. Patients. Perceptions.

Introdução

O diabetes mellitus (DM) é um importante problema de saúde pública, estando associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida, a sobrevivência dos indivíduos e em que manifestações agudas e crônicas são motivos frequentes de hospitalização, acarretando elevados custos no tratamento destes pacientes¹.

No Brasil, a prevalência do DM varia de 7,6% a 7,9% na faixa etária de 30 a 69 anos². Estima-se que existam cinco milhões de brasileiros diabéticos³ e que em 2030 este número passará para 11 milhões, sendo que a metade dessa população desconhecerá o diagnóstico⁴. Haverá cerca de 200 milhões de diabéticos no mundo até 2025, mas a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que esse número aumente para 300 milhões⁵.

Os dados chamam a atenção no que diz respeito ao surgimento de complicações crônicas do DM, tais como microangiopatias (retinopatia e nefropatia), macroangiopatias (cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica) e complicações neuropáticas⁶. A neuropatia provoca a diminuição da sensibilidade dolorosa, térmica e pro-

prioceptiva nos diabéticos, tornando o pé vulnerável a traumatismos, ferimentos e suas conseqüências, tais como úlceras e/ou amputações⁷.

A ulceração no “pé diabético” leva, frequentemente, à infecção e à amputação, elevando a morbidade e a mortalidade da população diabética. Embora a neuropatia e a isquemia sejam os primeiros fatores da formação das úlceras plantares, um fator iniciante como o estresse físico ou mecânico é, geralmente, o que ocorre antes da formação das úlceras⁸.

Os diabéticos possuem um risco em torno de 15% a mais que a população em geral de desenvolverem úlceras plantares, bem como de 15 a 40 vezes mais chances de sofrerem uma amputação em comparação aos pacientes não diabéticos. É nesse contexto que se evidencia a necessidade de um cuidado maior, tanto dos pacientes como dos profissionais de saúde envolvidos nesse processo⁹.

De 4 a 10% dos brasileiros diabéticos têm pé diabético. A cidade de Fortaleza, no Estado do Ceará, corrobora com esses dados com uma prevalência de 4,1%⁵. Os custos expressivos advindos do tratamento clínico ou cirúrgico, para a previdência social, além dos danos psicológicos e emocionais causados, reiteram a necessidade de adoção de medidas preventivas e educativas adequadas à realidade dos diabéticos para que possam ser adotadas, praticadas e incorporadas em seu cotidiano como uma tarefa necessária e eficaz. Assim, surgiu a seguinte inquietação: “Qual a percepção que os diabéticos ulcerados têm acerca dos cuidados essenciais com os pés?” Este artigo objetiva apreender a percepção de diabéticos ulcerados acompanhados por um serviço especializado no município de Fortaleza/CE, acerca dos cuidados essenciais com os pés.

Método

Dada a sua natureza, este estudo orientou-se pela tradição qualitativa, sendo esta uma pesquisa que “consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo”¹⁰.

A tradição qualitativa caracteriza-se pelas pesquisas “cujos objetos exigem respostas não traduzíveis em números, haja vista tomar como material a linguagem em suas várias formas de expressão”¹¹.

A presente pesquisa foi realizada no Centro de Saúde da Família Anastácio Magalhães (CSFAM) pertencente à área de abrangência da Secretaria Executiva Regional III (SER III), no município de Fortaleza/Ceará, por ser esta área de responsabilidade social da Universidade Federal do Ceará (UFC) e, também, por possuir um Laboratório de referência em atenção primária para diabetes, financiado e mantido com recursos da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) – Laboratório de Fisioterapia Metabólica e do Pé Diabético.

O levantamento dos pacientes ocorreu na área de abrangência do CSF Anastácio Magalhães. A base populacional foi definida a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/Ministério da Saúde específico para diabetes, onde 645 diabéticos são acompanhados no CSFAM, e não pela população diabética ulcerada deste mesmo Centro, pois não há dados fidedignos de quantos destes têm ou já tiveram úlceras plantares.

Em estudos que se orientam pela abordagem qualitativa, o tamanho amostral se constitui por sujeitos que possuem acúmulo subjetivo acerca do objeto em foco e, dessa forma:

[...] a amostra pode, às vezes, modificar-se consideravelmente, no decorrer do pro-

cesso, em relação ao delineamento de pesquisa. As estratégias de amostragem são, então, portadoras de uma parte razoavelmente grande de imprevisível”¹².

Dessa forma, foram incluídos neste estudo oito pacientes que possuíam úlceras ativas no momento da abordagem, selecionados por procurarem o serviço deste CSF entre maio a agosto de 2012. Todos os participantes estão adscritos no referido CSF, possuem diagnóstico médico para DM1 ou DM2, confirmado por exame de glicemia plasmática em jejum, diagnóstico de neuropatia periférica registrado em seu prontuário médico e com presença de pelo menos uma úlcera plantar ativa nos membros inferiores (MMII).

É importante destacar que não compuseram esta amostra os sujeitos com macroangiopatia, problemas reumatológicos, deformidades congênitas e/ou deficiência motora nos MMII decorrentes de outras patologias que não do diabetes.

Durante a consulta fisioterapêutica, o paciente foi arguido sobre a sua vontade ou não em participar do estudo. Caso aceitasse, para fins de apreensão do material qualitativo utilizamos a técnica de entrevista semiestruturada, por meio de um roteiro contendo perguntas abertas. Em si, as “entrevistas constituem uma porta de acesso às realidades sociais, apostando na capacidade de entrar em relação com as outras”¹³.

Em especial, a entrevista semiestruturada permite que o entrevistado discorra sobre as questões em foco, sem se prender à indagação formulada pelo pesquisador por meio de um roteiro¹⁴.

No tocante à análise e processamento do material produzido, orientamo-nos pela Análise de Discurso (AD).

A AD é vista como:

“[...] processo que tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação [...]”¹⁵.

Ao lado disso, e pensando na aproximação do processo saúde-doença por meio da interpretação da linguagem, a AD é uma possibilidade de captar o sentido não explícito no discurso, sendo este a compreensão do sujeito sobre determinado contexto sócio-histórico¹⁶. A partir da leitura exaustiva das falas dos entrevistados, procedeu-se com a identificação do contexto da produção do discurso a fim de codificá-las e, em seguida, identificaram-se as categorias que delas emergiram, como descrito pelos autores¹⁶, e que serão exploradas a seguir.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, respeitando a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, (BRASIL, 1996), sendo aprovado sob o nº de protocolo 296/11.

Resultados e Discussão

Caracterização dos sujeitos segundo as variáveis socioeconômicas e epidemiológicas

Entre os entrevistados, podemos destacar que a maioria era do sexo masculino (n=6), residentes em Fortaleza, Ceará, com idade média de 55 anos e renda familiar inferior a um salário mínimo, sendo que destes, três dos entrevistados afirmaram que viviam da ajuda financeira de familiares, possuíam, em média 6 anos de estudo e 16 anos de diagnóstico de DM. No momento da entrevista, todos apresentavam úlcera plantar ativa e história de, pelo menos, duas amputações prévias em decorrência do DM.

A rede interpretativa: o olhar do diabético

No que tange às categorias que emergiram das narrativas, destacamos as seguintes: a) Os sentimentos acerca da descoberta do Diabetes; b) O significado do pé; e, c) O cuidado com os pés. A seguir, será descrita cada categoria de acordo com o material apreendido neste estudo.

Os sentimentos acerca da descoberta do Diabetes

Nesta categoria mostraram-se os sentimentos descritos pelos entrevistados acerca da descoberta do DM em suas vidas. Muitos relataram que não houve alteração em seus sentimentos e emoções, enquanto outros afirmaram que sim. As narrativas abaixo descrevem tais divergências:

[...] eu não senti nada não. Eu fiquei deitado lá na maca no chão quando o doutor veio e disse: rapaz, você tá com Diabete e tem que fazer uma cirurgia no pé [...] Vamos ter que tirar o seu pé ou um pedaço do seu pé [...] (Entrevistado 01).

[...] Me deu uma tristeza muito grande porque eu não sabia o que tinha [...] emagreci de uma hora pra outra, só urinando e bebendo água sem saber o que era [...] Pensei que era aquela doença feia, aquela sabe, aquela (aids) (Entrevistado 02).

Fiquei muito assustado porque eu num conhecia, eu nem sabia nem o que era Diabetes (Entrevistado 06).

Não fiquei nada não, eu nem ligava não. Não tava nem aí [...] a gente não sente nada né, aí nem liga, mas olha num que deu (sic) (Entrevistado 07).

Esses sentimentos podem ser justificados pela ausência de conhecimento sobre o DM. Pesquisas revelam que os norte-americanos não consideram o diabetes como uma doença muito grave, principalmente, se comparada a doenças como o câncer, a aids e as doenças cardíacas¹⁷.

Estudos apontam reações comuns entre pacientes recém-diagnosticados, tais como: raiva, medo, esperança, tristeza, amor, revolta, depressão, solidariedade e determinação, por ser o DM uma condição que, independente da sua etiologia e faixa etária, causa profundas alterações bio-psicossociais. Esta nova forma de viver vai sendo construída aos poucos e nesse processo há espaço para diferentes influências, como amigos, familiares e profissionais de saúde¹⁸.

Apenas dois entrevistados afirmaram saber a definição do que seria Diabetes quando do seu diagnóstico, por ser esta uma doença comum entre seus familiares, como mostram as falas a seguir:

Não, eu sabia não. Já tinha ouvido falar, mas saber mesmo, sabia não (Entrevistado 01).

[...] Conhecia porque o meu pai tinha. Era assim, que a pessoa não podia fazer extravagância (sic), não podia comer tudo que tem vontade, cuidar pra não perder as pernas, ficar cego, era isso aí. (Entrevistado 02).

Já sabia, já sabia [...] na minha família tem várias pessoa (sic) com diabete. Diabete é açúcar demais no sangue, é comer açúcar demais, tem gente que abusa né. (Entrevistado 07).

Mesmo com o desconhecimento de alguns entrevistados em relação à doença, todos quando questionados se tinham obtido da equipe de saúde informações sobre o que seria o Diabetes quando do seu diagnóstico, repassaram as orientações médicas recebidas, como expostas a seguir:

[...] ele só fez dizer o que era diabete sabe, que a diabete não tem cura, que eu tinha que me cuidar, que agora eu tinha que fazer a dieta, não comer mais doce, nem comida cheia de gordura [...] (Entrevistado 01).

Ele só fez dizer que eu tomasse cuidado, explicou tudo direitinho [...] disse

que a diabete é só fazer o tratamento, tomar o remédio direitinho que o Posto dá de graça e pra eu não beber, que beber é perigoso (risos) (Entrevistado 05).

O pouco do conhecimento e/ou entendimento sobre a doença e suas complicações podem estar relacionados à baixa escolaridade dos entrevistados. É imprescindível conhecer o grau de escolaridade do paciente para que se possa planejar a atuação de forma correta, ou seja, facilitar a sua compreensão em relação às informações sobre o diabetes. Às vezes, torna-se necessário adaptar métodos existentes para motivar o paciente ao autocuidado, visando a incorporação e reflexão crítica do conhecimento que já possui, mudando sua forma de lidar com a doença, vivendo assim de forma mais saudável¹⁹.

Nesse sentido, o atendimento em saúde deve incluir atividades educativas e também de suporte para apoiar a população no enfrentamento dos desafios inerentes ao tratamento do DM. Assim, “habilidades de comunicação, técnicas de mudança de comportamento, educação do paciente e aconselhamento são necessárias para auxiliar os pacientes com problemas crônicos”²⁰.

Convém ressaltar que o sucesso terapêutico depende também das orientações fornecidas aos pacientes no momento do diagnóstico do DM, pois essas são consideradas como o ponto de partida. Assim, é importante o acompanhamento de uma equipe multiprofissional a fim de proporcionar eficácia terapêutica²¹.

Mesmo não havendo ainda um consenso quanto ao modelo educativo recomendado, reconhece-se que, quanto maior for o conhecimento por parte do paciente, menor será o risco de ulceração e amputação²¹.

Quando surgiram as primeiras curiosidades dos participantes acerca do que é ser diabético e à medida que essas eram elucidadas pelos profissionais de saúde, principalmente, o médico, os entrevistados expuseram como a doença modificou suas vidas:

[...] ele passou essa dieta e coisas de cereal pra mim (sic) usar e leite desnatado, disse que não era pra comer gordura nem comer doce, né. Mas essas coisas são caras demais, eu faço o que eu posso, mas nem sempre dá (Entrevistado 02).

[...] comecei a descobrir que tem que se cuidar pra sobreviver [...] e eu quero porque quero ver meus netos sabe. A diabetes é um bicho danado, a gente não sente nada e ela acabando com a gente por dentro (Entrevistado 04).

[...] não era pra comer nada reimoso (sic), parar de comer doce e tapioca, eu nem sabia que tapioca fazia mal [...] o ruim é não comer mais o que a gente gosta [...] todo mundo comendo e você olhando, é chato [...] (Entrevistado 01).

O diabetes mellitus é a doença crônica de maior impacto psicossocial na vida do paciente e de seus familiares, pois interfere em importantes mecanismos de satisfação de desejos e necessidades. Dentre eles, destacam-se aqueles vinculados à ingestão de alimentos²².

A terapia nutricional proporciona melhoras significativas no quadro clínico do portador de diabetes, sendo essencial para um tratamento bem-sucedido. Porém, exige persistência dos profissionais de saúde e dedicação diária dos pacientes¹⁷. Daí a importância desses profissionais em salientar as orientações relacionadas ao estilo de vida saudável, baseada em alimentação equilibrada, prática de exercícios físicos e a realização de exames

periódicos nos familiares dos portadores de DM, a fim de detectar precocemente a doença e prevenir suas complicações²³.

O significado do pé

Os pacientes, conforme mencionados nesta categoria, relataram o quanto os pés são importantes para a locomoção, inserção social, autoimagem, permitindo assim, uma interação com o ambiente ao redor, tornando-os independentes, capazes de executar movimentos e tarefas, como mostram as narrativas abaixo:

Pelo amor de Deus, tem toda importância do mundo, minha perna, mesmo cortada, é minha, minha perna que serve ainda, me ajuda muito ainda (Entrevistado 07).

A importância que tem? É tudo! Eu caminho com eles. Sem os pés tem que usar outras coisas que dificulta mais ainda, mesmo que seja dormente, mas caminho sem ajuda dos outros [...] Aí dá pra ver que o meu pé não tá completo, mas é uma beleza pra mim. Eu caminho tranquilo mesmo só com esse pedaço (Entrevistado 04).

Muita importância pra tudo, como eu ia andar? Fazer minhas coisas? Só dependendo do povo? Não! (exaltação do participante), não quero depender de ninguém não! (Entrevistado 05).

Fica evidente na fala dos entrevistados o valor atribuído aos pés, a sua importância para locomoção. Ou seja, o caminhar representa uma relação de autonomia e independência perante o ambiente em que o paciente está inserido, sentimentos estes inerentes ao ser humano, seja ele diabético ou não. Sete dos entrevistados falaram que para a manutenção diária dos cuidados com os pés, necessitavam da ajuda de terceiros, pois não tinham condições de fazer sozinhos, seja por medo, insegurança, seja por dificuldades físicas, como demonstram os diálogos a seguir:

Ela sempre faz, ela (esposa) sempre passa creme nos meus pés, corta as unhas, ela cuida direito de mim, mas sei que dô (sic) trabalho, porque ela tem as coisas dela pra fazer também, a casa [...] (Entrevistado 04).

[...] É que às vezes a gente sozinho pode não fazer direito. Eu faço todo dia, faço tudo, mas preciso de ajuda às vezes, às vezes tenho medo de fazer sozinho, de me cortar, me ferir né, aí tenho que pedir (Entrevistado 06).

[...] o meu pai me ajuda muito, ele que faz essas coisas pra mim, cuida de mim até hoje, dô trabalho né (sic)? Mas sei não, não sei porque isso aconteceu comigo (silêncio) (Entrevistado 08).

Desta forma, sete dos entrevistados relataram que possuíam apoio familiar nos cuidados essenciais com a doença, especificamente, aqueles relacionados à alimentação e as idas às consultas médicas e de enfermagem:

[...] se eu quiser ir ao hospital ou alguma coisa assim ele (marido) ajuda e minhas filhas também ajudam, tem problema não, graças a Deus (Entrevistado 02).

Ajuda, ajuda. Minha mulher me ajuda muito, ela sempre faz a dieta, tudo direitinho, me acompanha nos médicos, escuta tudo pra depois fazer em casa, porque eu não lembro sozinho, ela é que sabe das coisas (Entrevistado 03).

[...] É isso aí, ela (a esposa) faz a comida direitim (sic) [...] e me lembra dos remédios, das consultas [...] posso reclamar não, tenho muita ajuda pra aguentar isso, graças a Deus né (Entrevistado 06).

Esta participação de terceiros no controle do diabetes parece ter uma influência positiva na adesão ao tratamento. Estudos demonstraram que os pacientes que tiveram apoio adequado de familiares e amigos aderiram melhor às recomendações de autocuidados²⁴.

A estreita influência da família no processo de enfrentamento do DM também é um fator que deve ser considerado nas intervenções direcionadas às pessoas acometidas. A tendência, quando uma pessoa participa de um processo educativo em DM, é de que o conhecimento obtido alcance também a família, favorecendo a adoção de hábitos saudáveis, tanto da parte do paciente quanto de sua rede familiar. Esse processo pode influenciar de forma positiva a adesão ao tratamento e controle glicêmico²⁵.

Como aspecto essencial ao processo de viver dos pacientes com DM, o apoio de pessoas próximas, de instituições e de entidades favorece a assimilação e a acomodação das mudanças na rotina de vida diária. Fala-se de apoio emocional, prático, material e/ou financeiro e o aconselhamento. Assim, diferentes apoios acabam estabelecendo formas variadas de conexão ou interconexão, formando verdadeiras redes sociais que ajudam às pessoas a conviverem melhor com sua doença²⁶.

Às vezes, o envolvimento da família pode criar um espaço para conflitos. Considerando que a doença impõe restrições, sobretudo interdições alimentares, é preciso que os membros da família compreendam que esta tarefa pode não ser tão fácil para o paciente, exigindo assim paciência recíproca²⁷.

Quanto aos cuidados essenciais com os pés, há uma dualidade de sentimentos nos entrevistados. Todos afirmaram a importância do controle glicêmico para a saúde, visto que a perda da sensibilidade protetora plantar pode evoluir para problemas mais sérios como as fissuras, úlceras e amputações. Porém, ter que cuidar dos pés várias vezes ao dia, todos os dias, é trabalhoso, cansativo e, segundo um participante, humilhante, já que necessitava da ajuda de terceiros:

É trabalhoso assim pra pessoa, a gente tem que se humilhar pros outros pra fazer os cuidados, eu não gosto não, queria fazer sozinho, mas não consigo, tem que ficar pedindo, e todo mundo tem suas coisas pra fazer, tem trabalho, seus menino (sic), as coisas da casa (Entrevistado 01).

[...] é trabalhoso pra quem tá (sic) me auxiliando no tratamento, mas pra mim, eu não acho não, porque tem que fazer mesmo né, tem que cuidar mesmo (Entrevistado 02).

[...] É isso aí, tem que fazer mesmo já que sabe que é diabético, se eu não toma (sic) cuidado com as coisas, pior pra mim mesmo, vou perdendo os pedaços, né não? (Entrevistado 04).

Outros fatores podem interferir no autocuidado dessas pessoas, tais como a idade avançada, o sexo e o estilo de vida, sendo este último determinado pelas crenças e valores pessoais, além da condição econômica e de saúde no geral²⁸.

Mas possuir conhecimento nem sempre se traduz na adoção de ações de autocuidado para a prevenção de problemas relacionados aos pés. Isto aponta para a necessidade de considerarmos as particularidades de cada sujeito e sua interação com o meio ambiente para o delineamento das intervenções educativas²⁹.

O cuidado com os pés

A execução dos cuidados com os pés não se resume na manifestação do conhecimento, mas na conscientização, ancorada na prática existente na mente dos sujeitos sociais, que tornam essas imagens em realidade³⁰.

Com relação a essa categoria temática, expressaremos a seguir os cuidados que os pacientes afirmaram ter com os seus pés:

Rapaz, o doutor disse que quando eu tomasse banho, eu enxugasse bem os pés pra poder num (sic) ficar molhado, pra não acontecer como esse outro, sabe, que eu perdi, aí eu faço isso ó (sic), enxugo bem direitinho, tenho até uma toalha só pra isso, porque ele falou (médico) que tinha quer ter [...] (Entrevistado 01).

Limpeza diária, enxugar, cortar as unhas, quem corta é minha filha e eu tenho medo quando ela vai cortar porque não pode cortar os cantos [...] tenho muito cuidado com os cantos das unhas pra não incravá (sic) [...] e passo creme, hidratante né? Quando o pé tá cinza (ressecado) (sic) [...] (Entrevistado 03).

Uso um calçado que um espinho não fure, uma ponta de pau. Que assim é dormente e às vezes faz um ferimento grande e a gente não sente. [...] Isso aí é ter cuidado com os pés [...] Tem que ter quando for cortar as unhas pra não cortar a carne né, que às vezes quando corta a carne vira um ferimento grande [...] tento não me machucar, me furar (Entrevistado 04).

[...] se tiver alguma pomada ou algum remédio eu boto pra sarar logo. Passar uma gaze quando for pra rua, pra não entrar sujera (sic) na ferida né, e tem mais [...] é lixar as unhas quadrado, passar o óleo que a gente pega aqui (Posto), mas só a noite (Entrevistado 06).

Diante da complexidade dessa categoria, dividiremos em duas subcategorias que se referem às facilidades e às dificuldades enfrentadas pelos participantes frente aos cuidados essenciais com os seus pés.

Aspectos facilitadores do cuidado com os pés

Com relação a essa subcategoria, podemos destacar que os aspectos que facilitam os cuidados essenciais com os pés, sob a ótica dos sujeitos desse estudo, referem-se à disponibilidade nos postos

de saúde de remédios específicos para o tratamento, ao apoio familiar e à orientação médica, como descrita nas narrativas a seguir:

O que torna mais fácil cuidar dos pés? é só eu poder trabalhar e se eu não trabalho fico desimpaciente (sic) em casa, me sinto inútil, sem serventia nenhuma [...] só atrapalhando, é bom é trabalhar, mas agora não posso (Entrevistado 04).

[...] minha filha você sabe que meu dinheiro é pouco e o doutor (sic) passou um óleo que é quarenta e tantos reais? Comé (sic) que pode? Não tinha como eu comprar! Aí eu consegui de graça num outro Posto e tô (sic) bem melhor [...] (Entrevistado 06).

Acho que é alguém pra me ajudar, é difícil demais pra mim sozinho (silêncio) eu acho que é isso, alguém pra me ajudar com as coisas (tratamento) (Entrevistado 7).

Notamos nesta fala do sujeito 4, a importância dada ao trabalho. Com o trabalho ou com uma ocupação com alguma atividade específica, as pessoas mantêm um vínculo externo, ou seja, novas amizades, com compromissos, responsabilidades, o que lhes dá a sensação que se mantém no mundo de forma produtiva, sem a percepção de dependência. Manter-se produtivo e ativo influencia de forma positiva um viver saudável com DM²⁶.

O discurso do sujeito 7 retrata que o diabético que vive sozinho pode não ter o cuidado adequado com a saúde, e, ao morar com algum familiar, este pode contribuir para o autocuidado desse cliente. Por isso, recomenda-se que o profissional que lida com tais indivíduos aproxime e oriente a família do diabético, para lhe proporcionar um cuidado adequado com a saúde³¹.

Aspectos que dificultam o cuidado com os pés

Diante dessa subcategoria, podemos evidenciar que a falta de calçados adequados, condições socioeconômicas desfavoráveis e a falta de medicamentos nos postos de saúde são aspectos que dificultam o cuidado com os pés. Mas, há quem afirme que não possui dificuldade nos cuidados essenciais, no entanto, ressaltamos que todos os sujeitos participantes apresentavam, no momento da entrevista, úlcera ativa ou amputação de MMII recente, isso aponta que há uma desarmonia entre o discurso e a realidade.

[...] Tem sim, é não ter dinheiro pra comprar remédios [...] porque não tem o remédio (Posto de Saúde) e aí tem que comprar né e pra quem ganha pouquinho tudo é caro e faz falta né (Entrevistado 01).

[...] Hoje não tem nada que dificulte não, eu me cuido direito (Entrevistado 03).

Primeiramente é o remédio que às vezes falta (Posto de Saúde), agora não porque graças a Deus eu tô (sic) tendo acesso na farmácia, mas e quando não tinha? Ouxe (sic) tinha que pedir dinheiro por aí (Entrevistado 06).

O fato das complicações surgirem tardiamente dificulta o reconhecimento da seriedade da doença por parte dos pacientes diabéticos e, conseqüentemente, a implementação de modificações no seu estilo de vida. É importante que os profissionais de saúde compreendam que esse eventual descompasso entre conhecimento e comportamento não deve ser interpretado como um obstáculo intransponível, mas sim como um dos desafios fundamentais que precisam ser enfrentados²⁹.

Considerações Finais

As dificuldades apontadas pelos entrevistados, acerca dos cuidados essenciais com os pés, foram a falta de medicamento para o tratamento do diabetes nos postos de saúde e as condições socioeconômicas desfavoráveis, já que a maioria dos entrevistados sobrevive de aposentadorias ou da ajuda de familiares próximos.

Destacamos a importância das ações básicas direcionadas aos cuidados com o diabetes e, particularmente, a prevenção de lesões nos membros inferiores resultantes do seu mau controle e de práticas inadequadas aplicadas aos pés e unhas, sendo assim pertinente melhorar o conhecimento dos participantes sobre os cuidados essenciais com seus pés para um efetivo controle da doença.

O fato das complicações surgirem tardiamente dificulta o reconhecimento da seriedade da doença, muitas vezes, apenas após consequências irreversíveis, como amputações e cegueira, é que se modifica a consciência que o paciente tem sobre sua condição de saúde.

Ações de promoção de saúde são de suma importância para prevenção, controle e tratamento do diabetes mellitus, visando à difusão do conhecimento acerca da doença, suas consequências e complicações, bem como os cuidados adequados que podem melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, a autoestima dos diabéticos, principalmente entre os ulcerados e/ou amputados.

Tornou-se uma limitação para o nosso estudo, o fato de apenas 8 ulcerados terem procurado o CSFAM no período da análise, haja vista a dificuldade de transporte e acesso dos diabéticos ulcerados ao Centro de Saúde.

Referências

1. Forti A. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2002;1(1).
2. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(supl.1): S29 - S36
3. Azevedo AP, Papelbaum M, D'Elia F. Diabetes e transtornos alimentares: uma associação de alto risco; *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(supl. 3): S77 - S80.
4. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(2):377-85.
5. Diabetes-SBD. Consenso Brasileiro sobre Diabetes: Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Consenso_atual_2002.pdf.
6. Oliveira JEPMA. Diabetes Mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu; 2004.
7. Almeida C, Balhau AP, Alves CP, Neves J, Mendes M, Pinheiro LF, et al. Pé Diabético, Recomendações para o diagnóstico, profilaxia e tratamento. Sociedade Portuguesa de Cirurgia. 2006.
8. Pedrosa HC, Nery E, Sena F, Novaes C, Feldkircher T, Dias M, et al. O desafio do projeto salvando o pé diabético. *Terapia em Diabetes*. 1998;4(19):1-10.
9. Frykberg RG, Armstrong D, Giurini J, Edwards A, Kravette M, Kravitz S, et al. Diabetic foot disorders: A clinical practice guideline: Data Trace Publishing Company; 2000.
10. Lincoln Y, Denzin NK. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Art. 2006.
11. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):575-86.
12. Pires A, Poupart J. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Lapemère

- A, Mayer R, Pires AP, (organizadores). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Editora Vozes. 2008:154-211.
13. Poupart J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In Poupart J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes. 2008;215-53
 14. Minayo MCS, Souza E. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004. Saúde em Debate. 2008;46.
 15. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm. 2006;15(4):679-84.
 16. Macedo LC, Muller Larocca L, Nolasco Chaves MM, Azevedo Mazza VD. Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2008; 12(26):649-57.
 17. Escott-Stump S. Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento. 6. ed. São Paulo. Editora: Manole 2011.
 18. Santos Filho CV, Rodrigues WHC, Santos RB. Papéis de autocuidado-subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. Esc Anna Nery. 2008;12(1):125-9.
 19. Barbui EC, Cocco MIM. Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(1):97-103.
 20. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Organização mundial da Saúde Brasília; 2003.
 21. Pace AE, Foss MC, Vigo KO, Hayashida M. Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus: Rev Bras Enferm 2002; 55(5):514-21.
 22. Snoek FJ. Breaking the barriers to optimal glycaemic control--what physicians need to know from patients' perspectives. Int J Clin Pract Supplement. 2002 (129):80-4.
 23. Ceolin J, De Biase L. Conhecimento dos diabéticos a respeito da doença e da realização do autocuidado. Perspectiva 2011; 35(129): 143-156.
 24. Wang C-Y, Fenske MM. Self-care of adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus: influence of family and friends. The Diabetes Educator. 1996;22(5):465-70.
 25. Zanetti ML, Marília V, Oltolini Biagg MVB, dos Santos MA. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. Rev Bras de Enferm. 2008;61(2):186-92.
 26. Francioni FF, Silva DGVD. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. Texto Contexto Enferm 2007;16(1):105-11.
 27. Cisneros LL, Gonçalves LAO. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. Ciênc Saúde Colet. 2011;16(Suppl 1):1505-1514.
 28. Ochoa-Vigo K, Torquato MTDCG, Silvério IADS, Queiroz FAD, Pace AE. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. Acta Paul Enferm. 2006;19(3):296-303.
 29. Rocha RM, Zanetti ML, Santos MAD. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. Acta Paul Enferm. 2009;22(1):17-23.
 30. Coelho MS, da Silva DMGV, de Souza Padilha MI. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(1):65-71.
 31. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Consenso Internacional sobre pé diabético. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal Brasília; 2001.

Endereço para correspondência:

Fabírcia Salvador Bezerra
Rua Bento Albuquerque, 1300, apt. 1502
Cocó - Fortaleza - Ceará - Brasil
CEP 60.192-055
E-mail: fabriciasb@hotmail.com