

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ**

CAMILA ALVES DE SOUZA

**AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO DE LESÕES NOS PÉS EM IDOSOS COM
DIABETES TIPO 2**

RIO DO SUL

2025

CAMILA ALVES DE SOUZA

AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO DE LESÕES NOS PÉS EM IDOSOS COM DIABETES TIPO 2

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Área das Ciências Biológicas Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI como requisito parcial para conclusão do curso.

Orientadora: Prof^a Vanessa Zink.

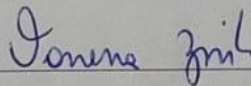
RIO DO SUL

2025

CAMILA ALVES DE SOUZA

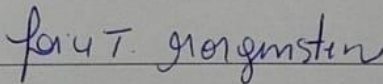
AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO DE LESÕES NOS PÉS EM IDOSOS COM DIABETES TIPO 2

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de graduação em Enfermagem da Área
das Ciências Biológicas Médica e da Saúde do
Centro Universitário para o Desenvolvimento
do Alto Vale do Itajaí, a ser apreciado pela
Banca Examinadora, formada por:

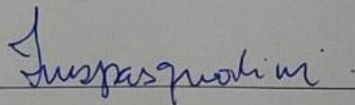


Orientadora: Prof^ª Mestre Vanessa Zink.

Banca Examinadora:



Professora Joice Teresinha Morgenstern.



Professora Iliane Medeiros Santos Pasqualini.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, proteção, força e pela superação dos desafios enfrentados ao longo desses cinco anos, bem como por colocar pessoas abençoadas e inspiradoras em meu caminho durante essa importante trajetória de graduação.

Aos meus pais, Edson Brás Alves de Souza e Marilene Alézio Alves de Souza, por serem exemplos de motivação, garra e determinação, e por me proporcionarem a oportunidade de realizar meus sonhos.

Ao meu companheiro, Clésar Sapelli Junior, pelo incentivo, paciência, carinho e por sonhar ao meu lado, com sonhos que vão além da graduação.

Às minhas amigas, Isadora Bento e Kássya Madalena Heinz Eifler, pelo apoio, por torcerem junto comigo, estarem ao meu lado me apoiando, incentivando e vencendo os desafios da graduação, como outros amigos e familiares que estiveram nesta jornada.

À minha orientadora, Prof.^a Vanessa Zink, por aceitar meu convite, pelas orientações, incentivos e por acreditar em mim, possibilitando a concretização desta conquista.

À UNIDAVI, à coordenação do curso de Enfermagem e professores que nos inspiram, por compartilharem seus conhecimentos e contribuírem para a formação de nós futuros enfermeiros.

Aos professores da banca, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições para a conclusão deste trabalho.

E aos idosos participantes da pesquisa, que compartilharam suas experiências, confiaram no estudo e disponibilizaram seu tempo para a realização deste trabalho.

RESUMO

O processo de envelhecimento está frequentemente associado ao surgimento de doenças crônicas, como o diabetes mellitus tipo 2, patologia que compromete significativamente a qualidade de vida dos indivíduos. Sabe-se, contudo, que as práticas de autocuidado são essenciais para prevenir o agravamento dessa comorbidade. O controle adequado do diabetes é necessário para que o idoso possa conviver com a doença e manter uma boa qualidade de vida. Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo investigar as práticas de autocuidado adotadas por idosos com diabetes mellitus tipo 2, com ênfase na prevenção de lesões nos pés, uma das complicações mais comuns dessa condição. A pesquisa busca compreender o nível de conhecimento desses pacientes sobre medidas preventivas, promovendo, assim, a melhoria da assistência e da educação em saúde. Para alcançar os objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, por meio de entrevistas com quinze idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2, vinculados às Unidades Básicas de Saúde com maior número de usuários cadastrados, em um município do Alto Vale do Itajaí. Para a análise do conteúdo, utilizou-se a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem como referencial teórico. Com base na análise e discussão dos dados coletados, emergiram quatro categorias e duas subcategorias, que abordaram as práticas de autocuidado realizadas pelos pacientes, os conhecimentos e hábitos de saúde, a identificação de comportamentos que prejudicam o controle da doença e as orientações recebidas dos profissionais de saúde. Constatou-se, ao longo do estudo, que o autocuidado praticado pelos idosos mostrou-se satisfatório no que se refere à adoção de medidas preventivas de lesões nos pés. Entretanto, observou-se que alguns indivíduos apresentaram dificuldades e déficits nas práticas de autocuidado, adotando condutas potencialmente prejudiciais a longo prazo, por não estarem alinhadas à prevenção de comprometimentos teciduais. Pretende-se, a partir deste estudo, incentivar a continuidade das ações voltadas à prevenção de lesões, por meio de orientações eficientes e estímulo ao autocuidado. Ressalta-se, ainda, a importância do acompanhamento contínuo da equipe de saúde, a fim de garantir orientações sistemáticas e monitoramento adequado, promovendo a manutenção e o aprimoramento das práticas de autocuidado.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Cuidados de Enfermagem; Autocuidado.

ABSTRACT

The onset of chronic diseases such as type 2 diabetes mellitus, which significantly compromises individuals' quality of life, is frequently associated with the ageing process. It is known, however, that self-care practices are essential to prevent the worsening of this comorbidity. For elderly people living with diabetes to enjoy a good quality of life, it is vital that their condition is managed properly. In this context, the present research aims to investigate the self-care practices adopted by elderly individuals with type 2 diabetes mellitus, with an emphasis on preventing foot injuries, one of the most common complications of this condition. The research seeks to understand the level of knowledge these patients have about preventive measures, thereby promoting the improvement of care and health education. To achieve the proposed objectives, a qualitative, exploratory and descriptive study was conducted through interviews with fifteen elderly patients with type 2 diabetes mellitus, who were registered in the Basic Health Units with the highest number of users in a city in the Alto Vale do Itajaí region. For the content analysis, Dorothea Orem's Self-Care Theory was used as the theoretical basis. Founded on the analysis and discussion of the collected data, four categories and two subcategories were identified, addressing the self-care practices carried out by the patients, their health knowledge and habits, the identification of behaviors that hinder disease control, and the guidance received from healthcare professionals. Throughout the study, it was found that the elderly's self-care practices were satisfactory in terms of adopting preventive measures for foot injuries. However, it was observed that some individuals exhibited difficulties and deficits in self-care practices, adopting potentially harmful long-term habits that were not aligned with the prevention of tissue impairments. The aim of this study is to encourage the ongoing implementation of injury prevention initiatives through efficient guidance and the promotion of self-care. The importance of continuous monitoring by the healthcare team is also emphasized, in order to ensure systematic guidance and adequate supervision, promoting the maintenance and improvement of self-care practices.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Nursing Care; Self-Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Seringa de insulina e caneta de insulina 21

Figura 2- Locais de injeção de insulina para diabetes, anterior e posterior respectivamente 22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágio pré-clínicos.....	18
Tabela 2- Formulações de insulinas disponíveis no Brasil.....	20
Tabela 3- Diagnóstico de diabetes da população adulta/idosa, por sexo, idade e anos de escolaridade	24

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM.....	15
Quadro 2- Medicamentos disponíveis no SUS para tratamento do DM2.....	23
Quadro 3- Sinais de alerta para risco de ulceração do pé em pessoas com DM.....	28
Quadro 4 - Autocuidado com os pés	28
Quadro 5- Identificação dos entrevistados	38
Quadro 6- Categorias e subcategorias para análise.....	41
Quadro 7- Periodicidade para solicitação de exames no DM2	45
Quadro 8- Planejamento da assistência ao diabético	62
Quadro 9- Orientações educacionais básicas para cuidados dos pés	63

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA	Associação Americana de Diabetes
AOS	Apneia Obstrutiva do Sono
APS	Atenção Primária de Saúde
CAD	Cetoacidose Diabética
DAP	Doença Arterial Periférica
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
DPP4	Dipeptidil Peptidase 4
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GLP-1	Peptídeo-1 Semelhante ao Glucagon
GJ	Glicemia Plasmática de Jejum
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1C	Hemoglobina Glicada
HGT	Hemoglicoteste/High Gran Tourisme
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MUC	Medicamento de Uso Contínuo
NPH	Neutral Protamine Hagedorn
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PSP	Perda da Sensibilidade Protetora
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SGLT2	Cotransportador de Sódio-Glicose tipo 2
SOP	Síndrome dos Ovários Policísticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TTGO	Teste de Tolerância à Glicose por Via Oral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIDAVI	Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 CONCEITO DE DIABETES	15
2.1.1 Diabetes Mellitus Tipo 1	17
2.1.2 Diabetes Mellitus Tipo 2	18
2.1.3 Insulino Dependente.....	19
2.1.4 Não Insulino Dependente	22
2.2 EPIDEMIOLOGIA DO DIABETES	24
2.3 EPIDEMIOLOGIA DE LESÕES CONSEQUENTES A DIABETES	26
2.4 PRINCIPAIS CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DE LESÕES	27
2.5 PAPEL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO COM PACIENTE DIABÉTICO E PREVENÇÃO DE LESÃO NOS PÉS.....	29
2.6 DOROTHEA OREM E A TEORIA DO AUTOCUIDADO	31
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
3.1 MODALIDADE DA PESQUISA	33
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	33
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO	34
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA.....	35
3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	35
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	36
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	37
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	38
4.2 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	40
4.2.1 PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO REALIZADA PELO PACIENTE.....	42

4.2.2 CONHECIMENTOS SOBRE CONSEQUÊNCIAS DA DIABETES.....	46
4.2.2.1 Cuidados para prevenção de complicações da diabetes.....	51
4.2.3 IDENTIFICAÇÃO DOS HÁBITOS QUE PIORAM A SAÚDE DOS IDOSOS	55
4.2.4 ORIENTAÇÕES RECEBIDAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
6 REFERÊNCIAS	66
ANEXOS	73
ANEXO I - Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa.	73
ANEXO II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-	77
APÊNDICE	81
APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA	81

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma das doenças crônicas mais prevalentes na população idosa e constitui um relevante problema de saúde pública, especialmente em virtude de suas complicações e do impacto que exerce sobre a qualidade de vida. O manejo adequado dessa condição depende, sobretudo, da adesão ao tratamento e da prática constante do autocuidado — compreendido como o conjunto de ações que o próprio indivíduo realiza para promover e manter a sua saúde.

Sabe-se que o controle efetivo do diabetes está intimamente relacionado à prevenção de agravos e complicações. Entre essas, as lesões nos pés se destacam pela gravidade e pela possibilidade de evoluírem para amputações, situações que poderiam ser evitadas com medidas simples de cuidado diário. Nesse sentido, torna-se imprescindível que o idoso compreenda a importância do autocuidado e seja protagonista na manutenção da própria saúde.

O autocuidado do portador de DM2 inclui hábitos saudáveis de alimentação, prática de atividades físicas, inspeção diária dos pés e adesão correta ao tratamento medicamentoso. A atenção contínua a esses aspectos reduz complicações, melhora o controle glicêmico e contribui para uma vida mais ativa e independente.

Este estudo justifica-se pela necessidade de fortalecer as ações de educação em saúde e intervenção precoce na Atenção Primária, incentivando comportamentos que previnam complicações e reforcem a autonomia do paciente idoso diabético. Além disso, o trabalho contribui para o campo da enfermagem, ao evidenciar o papel do enfermeiro como educador, orientador e promotor do autocuidado.

Como base teórica, optou-se pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, que reconhece o indivíduo como agente ativo no cuidado de si mesmo e considera o enfermeiro um facilitador desse processo. Essa abordagem sustenta a importância de capacitar o paciente para assumir responsabilidade sobre sua própria saúde. Dessa forma, as questões que orientam esta pesquisa são: Quais estratégias de autocuidado são adotadas pelos idosos com DM2 para prevenir lesões nos pés? Quais hábitos de vida influenciam no controle da doença e na prevenção de complicações?

Com vistas a responder a essas perguntas, o estudo tem como objetivo geral identificar as práticas de autocuidado realizadas por idosos com Diabetes Mellitus tipo 2 voltadas à prevenção do pé diabético. Quanto aos objetivos específicos, busca-se: conhecer os hábitos de vida adotados pelos pacientes; compreender o nível de conhecimento sobre as medidas preventivas de lesões e ainda identificar fatores que interferem no controle da doença e nas práticas de autocuidado.

Para atingir esses objetivos, realizou-se uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, com idosos acompanhados na Atenção Primária de um município do Alto Vale do Itajaí, buscando compreender suas práticas, percepções e dificuldades no cuidado diário.

Entre as vantagens desta pesquisa, ressalta-se a chance de analisar as práticas de autocuidado dos participantes e de que maneira ocorre a prevenção de lesões entre os idosos. Ademais, a pesquisa pretende motivar a sobre a utilização de ferramentas de avaliação para idosos e estimular iniciativas focadas na prevenção de problemas, contribuindo para a melhoria contínua do seu autocuidado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste primeiro momento serão abordados alguns conceitos básicos sobre a diabetes, diferença entre tipo 1 e tipo 2, e insulino e não insulino dependente. A partir disso, conceitua-se sobre a epidemiologia do diabetes, com enfoque na população idosa, principais cuidados para a prevenção de lesões, papel da enfermeira e para posterior fundamentação da análise de dados, aborda-se a teorista Dorothea Orem e os conceitos sobre a Teoria do Autocuidado.

2.1 CONCEITO DE DIABETES

O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome do metabolismo, de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. A insulina é o hormônio produzido pelo pâncreas responsável pela manutenção do metabolismo da glicose. Sua falta provoca déficit na metabolização da glicose e, consequentemente, diabetes. Caracteriza-se por altas taxas de açúcar no sangue (hiperglicemia) de forma permanente (Brasil, 2024).

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

Quadro 1-Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM

Sinais de sintomas clássicos
Poliúria
Polidipsia
Perda inexplicada de peso
Polifagia

Sintomas menos específicos
Fadiga, fraqueza e letargia
Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto)
Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite
Complicações crônicas/doenças intercorrentes
Proteinúria
Neuropatia diabética (câimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores, mononeuropatia de nervo craniano)
Retinopatia diabética
Catarata
Doenças arteriosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica)
Infecções de repetição.

Fonte: Dados do autor com informações extraídas de Brasil, 2013.

Melanie Rodacki *et al.* (2024) afirma que o diagnóstico de diabetes mellitus (DM) deve ser estabelecido pela identificação de hiperglicemia. Para isto, podem ser usados a glicemia plasmática de jejum (GJ), o teste de tolerância à glicose por via oral (TTGO) e a hemoglobina glicada (HbA1c). O TTGO consiste em uma glicemia realizada após uma hora (TTGO-1h) ou duas horas (TTGO-2h) de uma sobrecarga de 75 gramas de glicose por via oral.

O controle glicêmico pode ser monitorado por glicemias de jejum, pré-prandial (antes das refeições), pós-prandial (após as refeições) e pela hemoglobina glicada (HbA1c). As glicemias são utilizadas para orientar o ajuste de dose da medicação empregada, uma vez que apontam os momentos no decorrer do dia em que ocorre falta ou excesso de sua ação. A HbA1c é o parâmetro utilizado para avaliar o controle glicêmico em médio e em longo prazos, pois reflete os níveis glicêmicos dos últimos dois/três meses (Brasil, 2013).

2.1.1 Diabetes Mellitus Tipo 1

A diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é causada por destruição das células β , geralmente autoimune, o que leva a uma deficiência grave da secreção de insulina. O DM1 pode ser diagnosticado em qualquer idade. Embora seja o tipo mais comum de DM em crianças e adolescentes, dados recentes indicam que atualmente há mais casos novos de DM1 diagnosticados na vida adulta do que na infância e adolescência. Pacientes com DM1 diagnosticados na vida adulta muitas vezes são erroneamente classificados como DM2. A apresentação clínica clássica do DM1 geralmente é abrupta, com maior propensão à cetose e cetoacidose, necessidade de insulino terapia plena desde o diagnóstico ou após curto período. Pacientes com diagnóstico na vida adulta podem apresentar uma forma mais lentamente progressiva da doença, com evolução clínica mais branda (Rodacki *et al*, 2023).

O diagnóstico de DM1 é feito pela presença de sinais e sintomas inequívocos de insulinopenia, como polidipsia, poliúria, perda de peso inexplicada e noctúria. O diagnóstico de DM1, pode ser realizado na presença de cetoacidose diabética, que pode cursar com náuseas, vômitos, sonolência, torpor e coma podendo levar ao óbito. Os exames laboratoriais para confirmação do diagnóstico de DM1 incluem: glicemia aleatória >200 mg/dL, glicemia de jejum >126 mg/dL, hemoglobina glicada $>6,5\%$ e glicemia 2 horas após ingestão oral de 75 g de glicose >200 mg/dL (Melo; Almeida-Pittito; Pedrosa, 2023).

Ainda de acordo, o diagnóstico em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à atenção primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico. Além disso, a Atenção Primária de Saúde (APS) deve integrar a Rede de Atenção à Saúde, como a unidade ordenadora do seguimento dos pacientes, independente da complexidade do seu tratamento e necessidade de especialistas. Portanto, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) DM1 visa orientar profissionais da atenção primária à saúde, médicos especialistas, pacientes, cuidadores e familiares quanto ao diagnóstico, tratamento e monitoramento do DM1 no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao diagnóstico do DM1, os indivíduos apresentam insulinopenia e, portanto, encontram-se altamente propensos a evoluírem para a cetoacidose diabética (CAD), uma condição potencialmente grave, caracterizada por aumento de corpos cetônicos, acidose metabólica, hiperglicemia e distúrbios hidroeletrólíticos que resultam da diminuição acentuada

da insulinemia e do subsequente aumento de substâncias contra reguladores, como catecolaminas, glucagon, cortisol e hormônio do crescimento (Silva Junior *et al.*, 2023).

2.1.2 Diabetes Mellitus Tipo 2

De acordo com o Brasil (2024) O diabetes melito tipo 2 (DM2) ocorre por perda progressiva de secreção adequada de insulina, geralmente secundária à resistência insulínica e à síndrome metabólica, além de deficiência parcial de secreção de insulina pelas células β pancreáticas, e por alterações na secreção de incretinas. Esta condição clínica é caracterizada por hiperglicemia crônica e corresponde a 90 a 95% de todos os casos de diabetes melito (DM).

Os principais fatores de risco para DM2 consistem em idade maior que 45 anos de idade, sobrepeso ou obesidade, sedentarismo, síndrome dos ovários policísticos (SOP), pré-diabete, diabetes gestacional prévia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, história familiar de DM em parentes de primeiro grau, apneia obstrutiva do sono (AOS) e etnia negra, indígena, hispânica/latina e asiática. Ainda, condições psiquiátricas, como depressão, ansiedade e distúrbios alimentares, estão consistentemente associadas à má adesão ao tratamento medicamentoso, controle glicêmico inadequado e desenvolvimento de complicações do DM2 (Brasil, 2024).

Tabela 1- Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágio pré-clínicos

Categoria	Glicemia em jejum*	TTG: duas horas após 75g de glicose	Glicemia casual **	Hemoglobina glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<110	<140	<200	
Glicemia alterada	>110 e <126	≥140 e <200		
Tolerância diminuída à glicose				
Diabetes mellitus	≥ 126	≥200	200 (com sintomas clássicos***)	>6,5%

Fonte: Dados de Brasil (2013) com informações extraídas e adaptadas de Sociedade de Diabetes, 2009; World Health Organization, 2006.

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

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

*** Os sintomas de DM incluem poliúria, polidipsia e polifagia.

Brasil (2024) relata que as complicações relacionadas ao DM2, resultantes do controle inadequado da condição, podem ser classificadas em agudas e crônicas. Dentre as complicações agudas, destacam-se a hipoglicemia ou a descompensação hiperglicêmica aguda, que pode resultar em complicações mais graves como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. As complicações crônicas da DM2 incluem as desordens microvasculares devido a alterações patológicas nos capilares, como a doença renal do diabetes (DRD), neuropatia diabética e retinopatia diabética, e as alterações macrovasculares que atingem o coração (infarto agudo do miocárdio), o cérebro (acidente vascular cerebral) e os membros inferiores (doença vascular periférica).

2.1.3 Insulino Dependente

O tratamento do DM tipo 1, além da terapia não farmacológica, exige sempre a administração de insulina, a qual deve ser prescrita em esquema intensivo, de três a quatro doses de insulina/ dia, divididas em insulina basal e insulina prandial, cujas doses são ajustadas de acordo com as glicemias capilares, realizadas ao menos três vezes ao dia. Esse esquema reduz a incidência de complicações microvasculares [GRADE B] e macrovasculares [GRADE C] em comparação com o tratamento convencional de duas doses de insulina/dia (*The Diabetes Control and Complications Research Trial Group, 1993 apud Brasil, 2013*).

Brutsaert (2023b) afirma que a insulina está disponível em quatro formas principais, divididas pela velocidade de início e duração da ação:

- A **insulina de ação rápida** inclui as insulinas lispro, asparte e glulisina. Esses tipos de insulina são os mais rápidos que existem, e atingem o pico da atividade no prazo de aproximadamente uma hora e continuam a atuar por três a cinco horas. As insulinas de ação rápida são injetadas no início de uma refeição ou até 15 minutos antes.
- A **insulina de ação curta**, como a insulina regular, começa a agir com mais lentidão e dura mais tempo que a insulina de ação rápida. A insulina regular alcança sua

atividade máxima no período de 2 a 4 horas e seu efeito dura de 6 a 8 horas. Ela é injetada 30 minutos antes da refeição.

- A **insulina de ação intermediária**, como a insulina isofana (às vezes chamada de protamina neutra de Hagedorn ou Neutral Protamine Hagedorn (NPH)) ou insulina U-500, começa a agir no prazo de trinta minutos a duas horas, atinge o pico da atividade no prazo de quatro a doze horas e tem efeito por 13 a 26 horas, dependendo de qual insulina de ação intermediária está sendo utilizada. Esse tipo de insulina pode ser usado pela manhã, para fornecer cobertura na primeira parte do dia, ou ao entardecer, para fornecer a cobertura necessária durante a noite.
- A **insulina de ação prolongada**, como a insulina glargina, a insulina detemir, a insulina glargina U-300 ou a insulina degludec, tem um efeito mínimo durante as primeiras horas, mas oferece cobertura por 20 a 40 horas, dependendo de qual tipo está sendo utilizado.

Tabela 2- Formulações de insulinas disponíveis no Brasil

TIPO	NOME	INÍCIO	PICO	DURAÇÃO
Insulinas Basais				
Insulina intermediária	NPH	2-4h	4-10h	10-18h
Análogo de ação longa	Glargina U100	2-4h	-	20-24h
Análogo de ação intermediária	Detemir	1-3h	6-8h	18-22h
Análogo de ação ultra-loga	Glargina U300	6h	-	36h
	Degludeca	<4h	-	42h
TIPO	NOME	INÍCIO	PICO	DURAÇÃO
Insulinas Prandiais				
Insulina rápida	Regular (Humulin R/Novolin R)	30-60 min	2-3h	5-8h
Análogo de ação ultra-rápida	Asparte (Novorapid)	5-15 min	30 min-2h	3-5h
	Lispro (Humalog)			

TIPO	NOME	INÍCIO	PICO	DURAÇÃO
Insulinas Prandiais				
	Glulisina (Apidra)			
	Fast Aspartate (Fiasp)	2-5 min	1-3h	5h
	Inalada (Afrezza)	imediatO	10-20 min	1-2h

Fonte: Adaptado de Silva Junior *et al.* (2023).

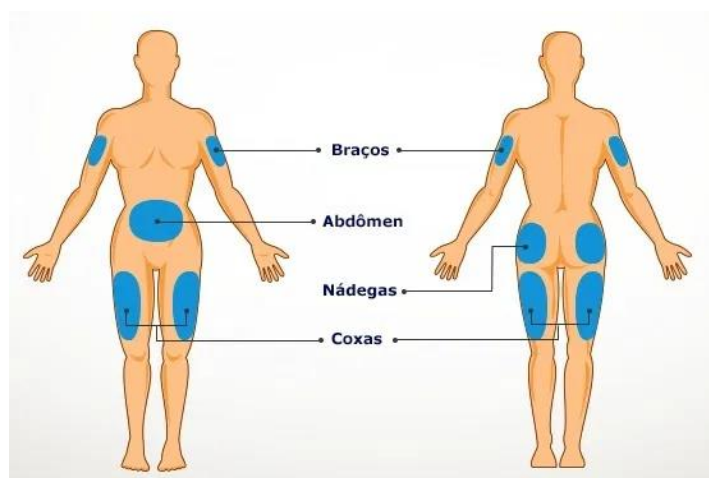
Brutsaert (2023b) relata que a insulina é injetada sob a pele na camada adiposa, geralmente no braço, na coxa ou no abdômen. Pequenas seringas com agulhas muito finas fazem com que as injeções sejam menos dolorosas.

Figura 1- Seringa de insulina e caneta de insulina



Fonte: Brutsaert (2023b)

Figura 2- Locais de injeção de insulina para diabetes, anterior e posterior respectivamente



Fonte: Google imagens (2024)

2.1.4 Não Insulino Dependente

O tratamento do diabetes tipo 2 (DM2) evoluiu de uma visão focada no controle da glicemia para uma abordagem ampla, abrangendo proteção cardiorrenal, controle da obesidade e intensificação oportuna do controle glicêmico, buscando reduzir complicações a longo prazo (Lyra *et al.*, 2025).

Existem muitos medicamentos utilizados para tratar o diabetes. Pessoas com diabetes tipo 1 precisam de injeções de insulina para reduzir o nível de glicose no sangue. A maioria das pessoas com diabetes tipo 2 precisa tomar medicamentos por via oral para reduzir o valor da glicemia, mas algumas também precisam de insulina ou de outros medicamentos injetáveis (Brutsaert, 2023).

Os antidiabéticos orais constituem-se a primeira escolha para o tratamento do DM tipo 2 não responsivo a medidas não farmacológicas isoladas, uma vez que promovem, com controle estrito, redução na incidência de complicações, têm boa aceitação pelos pacientes, simplicidade de prescrição e levam a menor aumento de peso em comparação à insulina (Gusso; Lopes, 2012 *apud* Brasil, 2013).

Brutsaert (2023) retrata que, com frequência, os medicamentos hipoglicemiantes orais conseguem causar uma redução adequada nos valores da glicemia em pessoas com diabetes tipo 2. Existem vários tipos de medicamentos hipoglicemiantes orais que têm quatro modos de ação principais:

- Os **secretagogos da insulina** estimulam o pâncreas a produzir mais insulina. Incluem as sulfonilureias (por exemplo, a gliburida, a glipizida e a glimepirida) e as meglitinidas (por exemplo, a repaglinida e a nateglinida).
- Os **sensibilizadores da insulina** não afetam a liberação da insulina e sim aumentam a resposta do organismo a ela. Incluem as biguanidas (por exemplo, a metformina) e as tiazolidinedionas (por exemplo, a pioglitazona).
- Alguns **medicamentos atrasam a absorção da glicose** pelo intestino. Incluem inibidores da alfa-glicosidase (por exemplo, acarbose e miglitol).
- Alguns **medicamentos aumentam a excreção da glicose** na urina. Incluem inibidores do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 (SGLT2) (por exemplo, canagliflozina, dapagliflozina e empagliflozina).
- Como também, os **inibidores da dipeptidil peptidase 4 (DPP 4)** (por exemplo, a sitagliptina, a saxagliptina, a linagliptina e a alogliptina) tanto estimulam o pâncreas a produzir mais insulina como retardam a absorção da glicose pelo intestino. O mecanismo de ação desses medicamentos consiste em aumentar os níveis de peptídeo-1 semelhante ao glucagon (GLP-1)

Quadro 2- Medicamentos disponíveis no SUS para tratamento do DM2

Classe	Medicamento	Administração	Posologia
Biguanida	Cloridrato de metformina 500 mg e 850 mh	Oral	Até 2g/dia
Sulfonilureia	Glibenclamida 5 mg		2,5 a 20 mg/dia
	Gliclazida 30 e 60 mh		30 a 120 mg/dia
ISGLT2	Dapagliflozina 10 mg		10 mg/dia

Fonte: Adaptado do PCDT DM2, 2024

2.2 EPIDEMIOLOGIA DO DIABETES

Segundo o Ministério da Saúde (2024) o Brasil é o 5º país em incidência de diabetes no mundo, com 16,8 milhões de doentes adultos (20 a 79 anos), perdendo apenas para China, Índia, Estados Unidos e Paquistão. A estimativa da incidência da doença em 2030 chega a 21,5 milhões.

A frequência do diagnóstico médico de diabetes foi de 10,2%, sendo maior entre as mulheres (11,1%) do que entre os homens (9,1%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição aumentou intensamente com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade (Brasil, 2023b).

Tabela 3- Diagnóstico de diabetes da população adulta/idosa, por sexo, idade e anos de escolaridade

Variáveis	Porcentagem	Sexo	
Idades	%	Masculino	Feminino
55 a 64	22,4	23,4	21,5
65 e mais	30,3	29,3	31,0
Variáveis	Porcentagem	Sexo	
Anos de escolaridade	%	Masculino	Feminino
0 a 8	19,4	15,8	22,5
9 a 11	8,2	7,4	9,0
12 e mais	5,5	6,0	5,2

Fonte: Adaptado Brasil (2023b).

Flor e Campos (2017), já relataram que uma baixa escolaridade também esteve associada à uma maior prevalência de DM. Tal associação já havia sido verificada anteriormente, tanto no Brasil como em outros países.

As pessoas com diabetes mellitus podem ter muitas complicações graves em longo prazo. Algumas dessas complicações começam meses depois do surgimento de diabetes; no entanto, a maioria tende a surgir após alguns anos. A maioria das complicações piora gradualmente. Controlar rigorosamente o nível de glicose no sangue em pessoas com diabetes faz com elas fiquem menos propensas a ter essas complicações ou que elas venham a piorar (Brutsaert, 2023b).

Concomitante a isso, Muzy *et al.* (2021) afirma em seu estudo que se estimou, para o Brasil, uma prevalência de diabetes mellitus de 9,2%, variando de 6,3% no Norte a 12,8% no Sudeste. Entre as complicações associadas ao diabetes, a neuropatia (3%) e a retinopatia (2%) são as mais frequentes. O Norte também apresentou os menores valores de complicações frente às demais regiões. As mulheres apresentaram maior prevalência de diabetes mellitus (10,2%), neuropatia e retinopatia em relação aos homens (8,1% para diabetes mellitus). Quanto à prevalência de cegueira e incidências de pé diabético, amputação e nefropatia, foram superiores para os homens, em relação às mulheres.

Ainda de acordo com o mesmo autor, a prevalência de diabetes mellitus entre os atendidos pelas equipes de saúde da família no Brasil foi de 12,4%, sendo mais baixa no Norte e Nordeste e mais alta no Sudeste e Centro-oeste. Entre os diabéticos no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), mais de 80% relataram ter ido ao médico nos últimos seis meses e ter feito a maioria desses atendimentos na Unidade Básica de Saúde (UBS).

A metformina, considerando-se todas as formas e doses, foi o medicamento mais adquirido entre diabéticos por meio do Aqui tem Farmácia Popular (70%), seguida da glibenclamida (20%) e da insulina (10%). A glibenclamida fornecida pela Rede Própria representa 10,9% da distribuição desse medicamento no país. E ainda traz a prevalência do diabetes mellitus tipo 2 estimada em 9,2% para o Brasil, segundo modelo multinomial, bem como expõe a neuropatia (presente em 3% dos brasileiros) e a retinopatia (2%) como sendo as mais prevalentes dentre as complicações associadas ao diabetes mellitus na população brasileira (Muzy *et al.*, 2021).

2.3 EPIDEMIOLOGIA DE LESÕES CONSEQUENTES A DIABETES

Dentre as complicações relacionadas ao DM, focaremos neste trabalho nas lesões nos pés, visto sua prevalência e relevância devido às consequências individuais, sociais e financeiras que acarretam.

Dentre as feridas crônicas, as úlceras de membros inferiores podem ser classificadas em arteriais e venosas, sendo que cerca de 70% têm origem venosa, 10-20% têm origem arterial e 10-15% têm origem mista. As úlceras em pé diabético, podem representar uma das complicações mais comuns do diabetes mellitus em países em desenvolvimento, sendo a principal causa de incapacidade, morbidade e mortalidade entre pessoas com diabetes, e estima-se que cerca de 15% de todos os indivíduos com diabetes mellitus desenvolveram úlceras nos pés em algum momento de suas vidas (Donoso *et al.*, 2022).

A úlcera do pé diabético é uma das principais complicações do diabetes mellitus (DM) e está associada a altos níveis de morbimortalidade e custos financeiros significativos no tratamento. A incidência de úlcera do pé ao longo da vida de pacientes com diabetes é de 19% a 34%, com taxa de incidência anual de 2%. Após a cicatrização bem-sucedida, as recorrências são de 40% em um ano e de 65% em três anos. A prevenção da úlcera do pé diabético é fundamental para reduzir riscos para a saúde, preservar a qualidade de vida e reduzir custos com tratamentos (Sacco *et al.*, 2022).

A neuropatia periférica e a doença arterial periférica (DAP) geralmente desempenham um papel central nas complicações do pé diabético, enquanto a infecção geralmente surge como um fenômeno secundário. No entanto, todos os três componentes frequentemente têm um papel sinérgico na tríade etiológica. A neuropatia periférica está presente em aproximadamente 50% dos pacientes diabéticos, que muitas vezes desenvolvem gradualmente zonas de “alta pressão” no pé com diminuição da sensação protetora, fenômeno considerado a principal causa de UPD (Armstrong; Boulton; Bus, 2017; Bus *et al.*, 2020 *apud* Duarte Junior *et al.*, 2024).

Em pessoas apresentando neuropatia, traumas leves (por exemplo, sapatos inadequadamente ajustados ou lesão mecânica ou térmica aguda) podem precipitar a ulceração do pé. Perda da sensibilidade protetora (PSP), deformidades adquiridas dos pés e a limitação da mobilidade articular podem resultar em carga biomecânica anormal sobre o pé. Elevado estresse mecânico em algumas áreas pode levar à formação de calosidades. O calo, então, leva a um

novo aumento na carga sobre o pé, geralmente com hemorragia subcutânea e, eventualmente, ulceração da pele. Por fim, qualquer que seja a causa primária da ulceração, continuar andando com o pé insensível prejudica a cicatrização da úlcera (Schaper *et al.*, 2020; Mens *et al.*, 2023 *apud* Duarte Junior *et al.*, 2024).

2.4 PRINCIPAIS CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DE LESÕES

De acordo com Oliveira *et al.* (2014) três aspectos são considerados fundamentais em um programa de prevenção ao pé diabético: educação do paciente, oferta de cuidados médicos para os pés e disponibilidade de dispositivos de proteção para os pés, sejam calçados ou palmilhas especiais. A conscientização e a aceitação da condição de diabético pelos pacientes podem ser alcançadas através da educação e do esclarecimento a respeito da doença. Estes processos têm a peculiaridade de serem capazes de influenciar diversos objetivos no tratamento e na prevenção do diabetes, para além do pé diabético, impactando em todas as complicações de longo prazo da doença e, portanto, influenciando nos custos de tratamento de todas as complicações. O próprio controle glicêmico de longo prazo é fator determinante no surgimento e desenvolvimento da vasculopatia e da neuropatia periférica que estão implicadas no pé diabético e em outras complicações (Oliveira *et al.*, 2014).

Conforme Brutsaert (2023), no momento do diagnóstico e, em seguida, pelo menos anualmente, as pessoas com diabetes tipo 2 são monitoradas quanto à presença de complicações do diabetes, como danos nos rins, olhos e nervos. Normalmente, os exames preventivos incluem o seguinte:

- Exame dos pés para testar a sensibilidade e verificar sinais de má circulação (úlceras, perda de cabelo)
- Exame dos olhos (realizado por um oftalmologista)
- Exames de sangue e urina da função renal
- Exames de sangue para medir os níveis de colesterol
- Às vezes, um eletrocardiograma.

Conforme Sacco (2022), define-se a pessoa em risco para desenvolver úlcera do pé como aquela com diabetes que não tem uma úlcera ativa, mas tem perda da sensibilidade protetora ou doença arterial periférica. Os aspectos clínicos que alertam para o rastreio frequente das pessoas com pé em risco de ulceração estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3- Sinais de alerta para risco de ulceração do pé em pessoas com DM

<p>SINAIS E SINTOMAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor nos pés ao caminhar; • Dor em repouso; • Parestesia; • Claudicação (mancar ou dificuldade em caminhar); • Calçados inadequados ou inexistentes; • Cor e temperatura da pele; • Edema; • Infecção fúngica superficial.
<p>FATORES SOCIAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolamento social; • Acesso precário a cuidados de saúde; • Restrições financeiras; • Más condições de higiene; • Limitações para autocuidado com os pés; • Baixo cuidado sobre os cuidados com os pés.

Fonte: Adaptado de Sacco (2022)

Embora não existam evidências diretas do impacto de intervenções de autocuidado na prevenção de úlceras nos pés, as medidas recomendadas permitem a detecção dos primeiros fatores de risco e contribuem para a higiene básica dos pés. As principais recomendações para autocuidado com os pés estão descritas no Quadro 4.

Quadro 4 - Autocuidado com os pés

<ul style="list-style-type: none"> • Inspeção diária dos pés e do interior dos calçados; • Lavagem regular dos pés; • Especial cuidado na secagem interdigital; • Uso de emolientes para hidratar a pele seca; • Cortar as unhas de forma reta; • Evitar o uso de agentes químicos ou emplastro; • Evitar qualquer outra técnica para remover calos e calosidades.

Fonte: Adaptado de Sacco (2022)

Conceitualmente, o autocuidado evolui desde o conjunto de ações que o indivíduo desenvolve consciente e deliberadamente em seu benefício no sentido de manter a vida e o seu bem-estar até uma construção coletiva que aponta não só para a responsabilidade do indivíduo, mas também considera o apoio da família, dos amigos e das instituições de saúde como essenciais na contribuição para que os indivíduos tomem as melhores decisões para o seu bem-estar (Coutinho, Tomasi; 2020).

Coutinho; Tomasi (2020) advertem que, a capacidade de autocuidado é definida como aquilo que a pessoa é capaz de realizar por si e para si própria, com base em três elementos básicos:

1. Disposições e capacidades fundamentais, relacionadas à condição de saúde dos indivíduos e à sua capacidade para executar as atividades básicas ou instrumentais da vida diária.
2. Componentes de poder, ligados aos aprendizados específicos e à compreensão da necessidade de mudar as coisas.
3. Operações de autocuidado propriamente ditas, elemento que amplia o conceito de autocuidado demonstrando que é necessário mais do que ter as condições fundamentais e o conhecimento para desenvolvê-lo, ou seja, que é necessário também decidir o que fazer e quando agir para alcançar a mudança ou atingir a regulação.

2.5 PAPEL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO COM PACIENTE DIABÉTICO E PREVENÇÃO DE LESÃO NOS PÉS

Medidas de promoção e prevenção de agravos à saúde são importantes na redução das incapacidades e do elevado custo para o controle e tratamento das complicações. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem reorientando suas ações com ênfase na educação em saúde a partir de metodologias inovadoras do ensino aprendizagem. Dentre elas, destaca-se o processo de desenvolvimento da autonomia dos usuários a partir do pensar crítico e do estabelecimento de metas comportamentais que facilitem a autorreflexão, a resolução de problemas e a superação de obstáculos, incentivando o desenvolvimento e a motivação para o autocuidado no DM (Torres *et al.*, 2016).

O diagnóstico precoce e o bom tratamento do paciente durante as fases iniciais da doença são de fundamental importância para a prevenção da evolução para as complicações crônicas e necessidade de encaminhamento para a atenção especializada, onde há um número insuficiente de especialistas para o grande contingente de pessoas com diabetes. A organização do cuidado na Atenção Primária à Saúde deverá ser multidisciplinar, garantindo o acesso e o cuidado longitudinal para a pessoa com diabetes que frequentemente apresenta outros fatores de risco (Bahia; Almeida-Pititto, 2024).

Pacientes com DM devem ser instruídos à alimentação saudável e a receber orientações dietéticas específicas para o DM de nutricionista, quando possível. A recomendação de, pelo menos, 150 minutos de atividade física por semana é direcionada tanto aos cuidados com pessoas com pré-diabetes quanto para aqueles já com DM (Bahia; Almeida-Pititto, 2024).

A prevenção, por meio do exame frequente dos pés de pessoas com DM, realizado pelo médico ou pela enfermeira da Atenção Básica, é de vital importância para a redução das complicações. Há evidências sobre a importância do rastreamento em todas as pessoas com diabetes a fim de identificar aquelas com maior risco para ulceração nos pés, que podem se beneficiar das intervenções profiláticas, incluindo o estímulo ao autocuidado (Brasil, 2013).

É recomendado que toda pessoa com DM realize o exame dos pés anualmente, identificando fatores de risco para úlcera e amputação. A consulta de acompanhamento de pessoas com DM deverá incluir uma rotina sistemática de avaliação da sensibilidade protetora e da integridade dos pés com vistas a prevenir danos. Durante a consulta médica e/ou de enfermagem, alguns aspectos da história são essenciais para a identificação das pessoas de maior risco para ulceração dos pés (Brasil, 2013).

Faz-se necessário, para tanto, o desenvolvimento de capacitações para as equipes multidisciplinares da saúde na condução desse processo educativo. A ampliação do conhecimento acerca da temática, o desenvolvimento de competências, tais como ampliações de habilidades no campo da comunicação e da escuta qualificada são fundamentais para o estabelecimento do vínculo, promoção da interatividade mútua e desenvolvimento dos laços de compromissos e de corresponsabilidade entre a equipe de saúde e os usuários. Assim, esse processo contribui para a construção de novos conhecimentos, proporcionando uma assistência integralizada e uma ampliação no controle sobre DM (Torres *et al.*, 2016).

2.6 DOROTHEA OREM E A TEORIA DO AUTOCUIDADO

De acordo com Orem (1991 *apud* Souza, 2024), descreve alguns conceitos basilares inter relacionados para desenvolvimento da teoria geral do autocuidado, dentre eles o autocuidado, ação de autocuidado, difícil de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, serviço de enfermagem, sistema de enfermagem e conceito periférico denominado como fatores condicionantes básicos de autocuidado. Para entendimento da teoria de Orem (1991) estes elementos são fundamentais e precedem a aplicabilidade do autocuidado.

Bezerra *et al.*, (2018) afirma que a Teoria do Autocuidado alia-se à prática de cuidados executados pelo indivíduo passível de necessidades para manter-se com vida, saúde e bem-estar. Essa teoria engloba: o autocuidado, a atividade de autocuidado, a exigência terapêutica de autocuidado, e os requisitos para o autocuidado. E a Teoria do Déficit do Autocuidado descreve e explica porque razão as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e a Teoria dos Sistemas descreve e explica as relações que tem de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem.

Segundo Orem (1995 *apud* Souza 2024) são considerados três requisitos de autocuidado descrito em sua teoria: requisitos universais, ligados aos processos de vida, manutenção da integridade, estrutura e funcionamento humano, como a capacidade de desenvolvimento das atividades de vida diária; requisitos de desenvolvimento que se referem aos processos de adaptação, condições e eventos próprios da vida, como inclusão de rotina para atividade física diária; requisitos de autocuidado por desvio de saúde relacionados a condições de doença ou ainda em consequências de medidas médicas exigidas que necessitam de correção, como medidas terapêuticas desenvolvidas para reabilitação.

Remor *et al.* citado por Orem 1971, também afirma que, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, publicada em 1971 e 1980, foi desenvolvida a partir de um marco conceitual no qual OREM acredita que o profissional de enfermagem juntamente com o cliente, deve identificar déficits de capacidade no atendimento das necessidades individuais de auto-cuidado, procurando desenvolver nestes indivíduos os potenciais já existentes para a prática do autocuidado. Desta forma, o profissional de Enfermagem funciona no autocuidado como regulador do sistema. Ele identifica os déficits de competência em relação à demanda de autocuidado, faz pelo indivíduo aquilo que ele não pode fazer, ensina, orienta e promove o

desenvolvimento das capacidades do indivíduo para que ele possa se tornar independente da assistência de enfermagem assumindo seu autocuidado. Estas capacidades podem se desenvolver no dia a dia, através de um espontâneo processo de aprendizagem, auxiliado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros ou pela experiência na execução de medidas de autocuidado.

Ele estabelece três tipos de sistemas de enfermagem relacionados com a dinâmica do autocuidado. Estes sistemas se referem como determinar os déficits dos indivíduos para atendimento da demanda terapêutica de autocuidado, necessária à manutenção de saúde e bem-estar. São eles: sistema de compensação total, sistema de compensação parcial e sistema de suporte educativo (Orem, 1971 *apud* Remor *et.al.*, 1986)

O sistema de compensação total é utilizado quando o indivíduo está totalmente incapacitado para atender às suas necessidades de autocuidado. O sistema de compensação parcial é aplicado quando o cliente apresenta algumas dificuldades de competência para atender a suas necessidades de autocuidado. Neste sistema, o indivíduo atende a uma parte de suas necessidades, mas não consegue atender à totalidade da demanda terapêutica de autocuidado. O sistema de suporte educativo é aplicado quando o cliente necessita da assistência de enfermagem para adquirir conhecimento e habilidades, poder decisório e comportamento de controle em relação às suas necessidades de autocuidado (Remor *et al.*, 1986).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo serão abordados os procedimentos metodológicos que orientam a realização do estudo, apresentando-se a modalidade, local, população, procedimentos e análises dos dados, procedimentos éticos e divulgação dos resultados.

3.1 MODALIDADE DA PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, por permitir compreender as percepções e experiências dos idosos com diabetes mellitus tipo 2 a respeito das práticas de autocuidado voltadas à prevenção de lesões nos pés.

A pesquisa qualitativa busca interpretar a realidade a partir da ótica dos sujeitos, valorizando significados, sentimentos e atitudes expressos nas falas, uma vez que envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem. Nesse sentido, esse tipo de pesquisa preza pela descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem (Augusto *et al.*, 2013).

E as pesquisas descritivas, por sua vez, têm por objetivo descrever criteriosamente os fatos e fenômenos de determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado (Augusto *et al.*, 2013).

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Por se tratar de um estudo cujo objetivo é compreender o autocuidado de indivíduos portadores de diabetes, a pesquisa foi realizada com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidos nas unidades básicas de saúde de um município do Alto Vale do Itajaí. De acordo

com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024), esse município possui população estimada em 18.808 habitantes.

Participaram do estudo idosos entre 60 e 70 anos, portadores de diabetes, que desenvolvem ações de prevenção de lesões e são acompanhados pelas unidades básicas de saúde selecionadas. Para a escolha dos cenários de coleta, definiram-se as três unidades básicas com maior número de usuários pertencentes ao público-alvo cadastrados no sistema de informação de saúde do município. Essas UBS foram identificadas e contatadas por meio dos enfermeiros responsáveis, que tiveram acesso à proposta do estudo e colaboraram no rastreamento dos participantes.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO

Obteve-se como população alvo idosos na faixa etária mencionada anteriormente, com diabetes mellitus, em acompanhamento nas unidades básicas de saúde.

Portanto, foram incluídos nesta pesquisa homens e mulheres, entre 60 e 70 anos, com diabetes tipo dois, insulino e não insulino dependente e que assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foram excluídos da pesquisa, os indivíduos fora da faixa etária, que possuem lesão nos pés, alguma dificuldade significativa com limitações que impossibilitem a realização da entrevista, contatados até três vezes ou que não aceitaram participar da pesquisa.

Após o contato prévio com as unidades de saúde, por meio das enfermeiras responsáveis, foram identificados 62 potenciais participantes. Destes, 25 (40,3%) residiam no interior do município; uma pessoa (1,6%) apresentava lesão ativa relacionada ao diabetes, não atendendo aos critérios do estudo; outra (1,6%) possuía lesão no pé e recusou participar; dez (16,1%) não foram encontrados após repetidas tentativas de contato; e outros dez (16,1%) recusaram participar da pesquisa. Assim, ao final do processo de seleção, 15 indivíduos (24,2% dos sujeitos elencados inicialmente como potenciais participantes) atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, sendo entrevistados em seus

domicílios mediante agendamento prévio e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA

A coleta de dados deu-se através de um roteiro de entrevista validado com quinze perguntas abertas e seis perguntas fechadas, com foco no conhecimento sobre as práticas de autocuidado, conhecimentos sobre consequências da diabetes, cuidados para prevenção de complicações da diabetes, identificação dos hábitos que pioram a sua saúde e orientações recebidas por profissionais de saúde.

A coleta de dados aconteceu durante os meses de agosto e setembro, no domicílio dos sujeitos de pesquisa, sendo a visita e entrevista realizadas no período vespertino. Foram realizadas até três tentativas de visita às residências para a coleta de dados. Inicialmente, realizou-se a leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e termo de gravação de voz redigido pela instituição vigente. As respostas dos sujeitos de pesquisa foram coletadas através de um gravador de voz, e posteriormente transcritas na íntegra para uma planilha no Excel.

Todos os participantes concordaram livre e espontaneamente, em participar do estudo, onde posteriormente assinaram o TCLE, em duas vias de igual teor e uma via do termo de gravação de voz, ficando uma com a pesquisadora e a outra com o entrevistado. Os indivíduos que compõem a população do estudo foram entrevistados há domicílio, em ambiente seguro e iluminado, dando a ele conforto e minimizando riscos de constrangimento, atendendo assim às demandas desse estudo. Ao término, agradeceu-se a participação de cada sujeito de pesquisa.

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

A organização do banco de dados foi feita por meio de uma planilha no programa Microsoft Excel. Os dados foram agrupados e analisados seguindo o método de análise de conteúdo de Bardin, o qual consiste em um conjunto de técnicas para analisar comunicações. Seu objetivo é obter indicadores, quantitativos ou não, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Esses indicadores permitem inferir conhecimentos sobre as condições de produção e recepção das mensagens, ou seja, variáveis relacionadas a esses processos (Augusto *et al.*, 2013).

A análise de conteúdo passa por três etapas principais: 1) Pré-análise, que inclui a escolha dos documentos, formulação de hipóteses e objetivos, e elaboração de indicadores; 2) Descrição analítica, onde o material é estudado em profundidade com codificação, categorização e classificação; 3) Interpretação referencial, onde ocorre a reflexão e aprofundamento das conexões de ideias, levando a resultados concretos da pesquisa (Augusto *et al.*, 2013).

Ademais, para contribuir com a análise dos dados as quais posteriormente foram interpretadas levando em consideração a literatura vigente, à Teoria do Autocuidado proposta por Dorothea Elisabeth Orem.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo atende aos preceitos éticos determinados na resolução nº 466 de 12 e dezembro de 2012 implementada pelo Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os testes e pesquisa realizada com seres humanos e dos direitos que lhe são assegurados.

Foram esclarecidos para cada participante o objetivo, métodos, benefícios que este estudo o pode trazer e os incômodos ou constrangimentos que este possa ocasionar. Cada participante recebeu um TCLE, o qual foi assinado, autorizando desta forma sua participação no estudo, sendo enfatizada também, que a participação do presente estudo é voluntária, podendo ainda desistir da participação a qualquer momento.

O estudo apresentou risco mínimo aos participantes, onde foi considerado o risco de constrangimento dos idosos ao responder os itens do formulário de coleta de dados. Para

minimizar o risco a coleta de dados foi individualizada, em ambiente privativo, e foram preservados o sigilo e anonimato dos participantes, com seus nomes substituídos por números (1,2, 3...). A pesquisa não teve nenhum custo aos entrevistados. Os instrumentos de coleta de dados foram numerados, seguindo sequência conforme a coleta de dados e esse número substituiu o nome do participante, com armazenamento em local seguro da própria autora em período de cinco anos.

A pesquisadora se comprometeu a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde da Secretaria de Saúde do município de realização da pesquisa no caso de qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Caso o participante julgasse necessário, a entrevista seria interrompida por tempo indeterminado, até que ele se considerasse restabelecido emocionalmente para o término da entrevista, o que não ocorreu com nenhum participante.

Entre os benefícios deste estudo, destaca-se a oportunidade de avaliar as práticas de autocuidado dos participantes e compreender como é realizada a prevenção de lesões entre os idosos, possibilitando a identificação precoce de agravos à saúde e o consequente encaminhamento desses idosos para avaliação e conduta pela Equipe de Saúde da Família. Além disso, o estudo contribui para o trabalho da equipe de saúde ao incentivar o uso de instrumentos de avaliação do idoso e estimular ações voltadas à prevenção de agravos, promovendo a melhoria contínua do cuidado prestado.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A partir dos dados coletados, seguindo os princípios de análise do conteúdo de Bardin (2016), emergiram quatro categorias e um subcategoria, sendo estas alinhadas com os objetivos propostos pela pesquisa. A análise e discussão seguem também os pressupostos da Teoria do autocuidado de Dorothea Orem.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Primeiramente, será analisado o perfil dos sujeitos de pesquisa para posterior análise e discussão dos seus discursos, conforme as categorias acima citadas. Inicialmente foram elencados sessenta e dois potenciais participantes, sendo que vinte e cinco destes havia dificuldade no acesso aos pacientes residentes no interior e casas sem número de identificação, um com ferida pela diabetes, um com pé machucado recusando a participar da pesquisa, dez pacientes não se obtiveram contato e dez recusaram participar da pesquisa. Assim sendo, foram selecionados quinze sujeitos de pesquisa que realizam o autocuidado e incluem-se nos demais critérios para participar da pesquisa.

Todos os entrevistados eram residentes do município onde realizou-se a pesquisa e tinham algum vínculo com a unidade básica do seu bairro. Apresentaram idade mínima de sessenta e um anos e máxima de setenta anos. Segue abaixo o quadro representativo da identificação dos participantes do estudo:

Quadro 5- Identificação dos entrevistados

Identifi- cação	Idade	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Tempo de diagnóstico	Insulino/não insulino dependente
n° 1	67 anos	F	Casada	EM incompleto	1 a 5 anos	Não insulino dependente
n° 2	70 anos	M	Casado	EM incompleto	6 a 10 anos	Não insulino dependente
n° 3	66 anos	F	Casada	Superior completo	1 a 5 anos	Não insulino dependente
n° 4	62 anos	F	Casada	Analfabeta	6 a 10 anos	Não insulino dependente
n° 5	66 anos	F	Casada	EM incompleto	6 a 10 anos	Não insulino dependente
n° 6	61 anos	M	Casado	EF completo	Menos de 1 ano	Não insulino dependente
n° 7	62 anos	F	Casada	EM completo	1 a 5 anos	Não insulino

						dependente
n° 8	67 anos	F	Casada	EF incompleto	6 a 10 anos	Não insulino dependente
n° 9	66 anos	M	Casado	EM completo	Mais de 10 anos	Insulino dependente
n° 10	68 anos	F	Casada	EF completo	6 a 10 anos	Não insulino dependente
n° 11	70 anos	M	Casado	EF completo	Mais de 10 anos	Insulino dependente
n° 12	67 anos	F	Viúva	EF incompleto	6 a 10 anos	Insulino dependente
n° 13	68 anos	M	Divorciado	EF completo	1 a 5 anos	Não insulino dependente
n° 14	68 anos	F	Viúva	EF incompleto	6 a 10 anos	Não insulino dependente
n° 15	64 anos	M	Casado	EF completo	Mais de 10 anos	Insulino dependente

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

De acordo com a tabela acima observou-se brevemente que o perfil dos indivíduos, em sua maioria, tem pouca escolaridade, onde Lima *et al.* (2022) afirma que é descrito que as pessoas com baixa escolaridade possuem maior probabilidade de desenvolver doença crônica não transmissível (DCNT), devido às desvantagens socioeconômicas, maior vulnerabilidade e, consequentemente, menor acesso aos serviços de saúde. No Brasil, estudos apontaram que as pessoas com menor escolaridade apresentavam maior prevalência de DM (Flor; Campos, 2017). O grau de escolaridade dos sujeitos interfere diretamente na compreensão das informações recebidas e na consequente interpretação e execução do autocuidado, sendo um fator que deve ser considerado pela equipe de saúde. Visto que as informações e ações são bastante complexas, exigindo a necessidade de atenção por parte dos envolvidos no processo, uma vez que a educação em saúde do paciente diabético deve ser contínua e reforçada a cada avaliação (Fassina *et al.*, 2019).

Outro aspecto relevante observado é na identificação do perfil dos sujeitos, é o tempo de diagnóstico, onde a maioria dos entrevistados tem DM2 entre seis e dez anos. A Associação Americana de Diabetes (ADA) (2019 *apud* Antunes *et al.*, 2021) afirma que, o rastreamento e

o diagnóstico precoce, seguidos do tratamento correto, minimizam o risco desses pacientes desenvolverem complicações, principalmente as microvasculares. E ainda relembra que, dessa forma, o diagnóstico precoce minimiza o impacto do DM2 nos sistemas de saúde.

Observou-se ainda a prevalência do sexo feminino e o estado civil casados. Esses achados vão de encontro a outros estudos relacionados que demonstram a prevalência das doenças em mulheres que não trabalhavam e nas aposentadas/encostadas (Dias-da-Costa *et al.*, 2020). Uma revisão sistemática envolvendo estudos de caso-controle e de coortes, constatou que baixos níveis de educação, ingresso econômico e ocupação laboral aumentavam a probabilidade de DM em países, independentemente de a renda média da população ser classificada como alta, média ou baixa (Dias-da-Costa *et al.*, 2020). Sendo assim, o perfil dos sujeitos do presente estudo se aproxima ao perfil encontrado em pesquisas semelhantes em relação a prevalência do gênero feminino, diagnóstico por volta dos cinquenta anos. Salienta-se aqui a recomendação do ministério da saúde que diz que todos os indivíduos assintomáticos, sem diagnóstico de DM2, e com idade igual ou acima de 45 anos, mesmo sem fator de risco, realizem rastreamento para DM2 (Brasil, 2023a). Este fato vai de encontro ao percebido no estudo no que se refere ao tempo de diagnóstico na faixa etária dos cinquenta anos.

Assim como grande parte dos diabéticos, apresentaram não serem insulino dependentes, percebendo-se que o tratamento do DM2 na pessoa idosa e as metas glicêmicas devem ser decididos e flexibilizados, considerando fatores que potencializam o número de episódios e a gravidade da hipoglicemia, como a idade mais elevada, maior tempo de diabetes, redução na expectativa de vida e a presença de comorbidades associadas, incluindo alterações cognitivas (Moura, *et al.*, 2025).

No Brasil, o monitoramento da prevalência e incidência do DM na população idosa é essencial para a formulação de políticas públicas eficazes e para o planejamento de intervenções preventivas e terapêuticas. No entanto, apesar do aumento significativo do número de idosos com DM, os dados epidemiológicos específicos para essa faixa etária ainda são limitados e fragmentados. A maioria dos estudos disponíveis não diferencia adequadamente os resultados por faixa etária, e as variações regionais no Brasil também complicam a interpretação dos dados (Rocha *et al.*, 2024).

4.2 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Nesta análise de dados, com base na análise das respostas obtidas através das entrevistas, foram elencadas quatro categorias e uma subcategoria, baseando os nomes destas nos objetivos propostos. Abaixo, apresenta-se o quadro com as categorias, subcategoria e fala representativa:

Quadro 6- Categorias e subcategorias para análise

Categorias de Análise	Subcategorias	Apresentação do discurso
Práticas de autocuidado realizada pelo paciente		“Ah, eu cuido com pomadinha, com creme, né? Com, às vezes, água morna, né? Coloco a chaleira de água a esquentar e coloco os pé dentro da água morna” (E4) ¹
Conhecimentos sobre consequências da diabetes	Cuidados para prevenção de complicações da diabetes	“[...] Então, eu acho que muitos, eu vejo que amputam os dedos, cortam, às vezes, a metade do pé, coisa assim. Então, eu desconfio, assim, na minha opinião, é falta de cuidado” (E3) ²
Identificação dos hábitos que pioram a saúde dos pacientes		“Tudo que eu não faço. Dormir cedo, se alimentar corretamente. Tomar o remédio certo, nos horários certos, né? Isso menos eu cuido, tomo no horário certo” (E15) ³ .
Orientações recebidas por profissionais de saúde		“Da endócrina. Pra observar, cuidar também na parte de limpeza, cutícula, essas coisas, né? Só afasto a cutícula, não fiz mais. Então, fazia, mas daí já pra evitar, né?” (E3) ⁴ .

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A seguir, será tratado de forma individual cada categoria e subcategoria, apresentando os dados encontrados, bem como sua relação com outros estudos e a teorista de enfermagem escolhida, Dorothea Orem.

¹ Entrevista respondida por E4 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

² Entrevista respondida por E3 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025

³ Entrevista respondida por E15 [Set., 2024]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁴ Entrevista respondida por E3 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

4.2.1 PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO REALIZADA PELO PACIENTE

Nesta categoria, foram analisados os relatos dos indivíduos portadores de diabetes que afirmam realizar práticas de autocuidado, relacionadas à prevenção de lesões no pé, obtendo uma compreensão mais aprofundada sobre sua rotina em domicílio e atitudes para a prevenção de lesões.

O autocuidado é definido como a prática de atividades ou ações iniciadas e executadas pelo indivíduo em seu próprio benefício, com a finalidade de satisfazer às necessidades e contribuir para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem 1980 *apud* Carvalho Neto *et al.*, 2022). Para a efetividade dessa prática, necessita-se que os usuários sejam orientados sobre a importância do autocuidado com os pés, visto que o desenvolvimento do pé diabético tem sido associado ao conhecimento deficiente de cuidados com o pé. É de suma importância o paciente diabético realizar o autocuidado diariamente, para que consiga observar sinais, mesmo que sutis, mas que podem predispor lesões e outras complicações.

Nesse cenário, destaca-se a orientação sobre a prática do autocuidado, mostrando a relevância do papel do enfermeiro, uma vez que esse profissional atua no processo de estimular ações de autocuidado, a exemplo de ensinar acerca do corte correto das unhas (formato do corte e instrumento a ser utilizado), o tipo, forma e material do calçado, frequência do autoexame nos pés, material das meias e importância de lavar, secar e hidratar os pés. Além disso, compete a esses profissionais a tarefa de reconhecer os comportamentos influentes na execução da prática do autocuidado, abordar as necessidades do indivíduo em termos da sua condição crônica e propor um atendimento planejado durante a Consulta de Enfermagem (Teston, Sales, Marcon, 2017 *apud* Carvalho Neto *et al.*, 2022).

Através da análise do discurso dos entrevistados, percebeu-se a adoção de estratégias de autocuidado diário com os pés, como evidenciado nas falas abaixo:

“Ah, eu cuido com pomadinha, com creme, né? Com, às vezes, água morna, né? Coloco a chaleira de água a esquentar e coloco os pé dentro da água morna” (E4)⁵.

⁵ Entrevista respondida por E3 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

“[...] Só corto as unhas e lavo. Aí eu ando, né, pra lá e pra cá, e tem que andar, né? [...]” (E6)⁶

“[...]Olha, eu acho que... Só hidratar, né? É, eu hidrato ele bastante. Principalmente à noite, que eu hidrato ele e coloco meia, né? Mantém hidratado” (E7)⁷

“Lavar, escovar, cortar a unha, fazer a unha” (E14)⁸.

Nota-se que o autocuidado nas falas acima está relacionado a hábitos de higiene, hidratação dos pés e observação da região em busca de lesões. De acordo com Paes *et al.*, (2022), as pessoas com habilidades de autogestão (conhecimento, monitoramento, controle e tomada de decisão adequada para a saúde) obtêm melhor qualidade de vida e menor número de complicações. Sabe-se ainda que os diabéticos devem observar diariamente seus pés buscando a presença de edema, eritema, calosidade, descoloração, cortes ou perfurações, e secura excessiva.

Contudo, como o presente estudo tem como sujeitos de pesquisa idosos, que acabam tendo outras limitações decorrentes da idade, ressalta-se a importância de um cuidador ou familiar no auxílio e cuidado diário. Segundo Cubas *et al.* (2013), na impossibilidade de o portador realizar essa observação, um familiar deve procedê-la. Nos relatos abaixo, percebe-se essa dificuldade e necessidade de auxílio nos cuidados com a saúde,

“Encontra, encontra, assim, né, porque eu não posso nem abaixar assim, né, e usar mais assim. Tem que esfregar um creme, uma coisa pra ligar essa formigação, aí marido que esfrega, né?” (E1)⁹

“O negócio é se abaixar, né? Não consigo, assim, me abaixar pra fazer a unha, cortar a unha. De primeira eu fazia, né? Mas agora já não consigo mais. Problema de coluna é que se eu fico sentada muito tempo me trava as pernas. Daí eu já não posso ficar, a minha filha faz em unhas, aí ela sempre cuida pra mim, escova, passa creme, né?” (E14)¹⁰.

Ainda de acordo com Cubas *et al.* (2013), dentre os principais cuidados a serem tomados estão: restrição absoluta do fumo; exame diário dos pés, inclusive entre os dedos; lavagem dos pés com água morna, tendendo para fria; secagem cuidadosa dos pés, principalmente entre os dedos, de preferência com tecido de algodão macio; uso proibido de

⁶ Entrevista respondida por E6 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁷ Entrevista respondida por E7 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁸ Entrevista respondida por E14 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁹ Entrevista respondida por E1 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

¹⁰ Entrevista respondida por E14 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

álcool, ou outras substâncias que ressequem a pele; uso de creme hidratante na perna e nos pés, porém, nunca entre os dedos; proibição da retirada de cutícula; corte de unhas em linha reta, sem deixar pontas e, se necessário, lixar as unhas; uso de meias de algodão sem costura, sem elásticos e preferencialmente claras; não andar descalço; uso proibido de calçados apertados, de bico fino, sandálias abertas de borracha ou plástico e contida entre os dedos; verificação da parte interna do calçado, antes de vesti-lo, a procura de objeto ou saliência que possa machucar; elevação dos pés e movimento dos dedos para melhora da circulação sanguínea; evitar o uso de bolsa de água quente; evitar exposição ao frio excessivo; e cuidados com animais domésticos e insetos. Em relação aos cuidados acima, os sujeitos trazem as seguintes falas:

“Nada de salto, tudo calçado baixinho. Nada de calçado apertado, nada, tudo assim, né?” (E1)¹¹

“Qualquer cuidado, né? Ah, daí eu acho que é importante tu usar um calçado que não machuque, né? Quando você vai usando o calçado e percebe que tá machucando, daí eu acho que já deve ser retirado, né? Por isso que eu já não uso essas sandálias, essas coisas, porque já... Vem da profissão, né? [...]. Então, pra mim é o tênis, né?” (E3)¹²

“Calçado baixo, pantufa, tênis, chinelo” (E5)¹³.

“Eu justo agora invento, tô usando bastante tênis. E às vezes o chinelo ali de... Um dia eu uso outro, outro dia outro. Eu uso bastante pantufa. Quando é frio, né? No verão não dá pra usar” (E12)¹⁴

“O banho, lavar bem, lavar bem os dedos debaixo das unhas. Pra não ter problema” (E15)¹⁵

De acordo com os manuais do MS o controle do DM advém da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado vai além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir morbimortalidade causada por essa patologia (Brasil, 2013).

Em relação a este cuidado, questionou-se aos entrevistados a frequência com a qual realizam o controle da glicemia, sendo que a maioria respondeu que realiza os exames

¹¹ Entrevista respondida por E1 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

¹² Entrevista respondida por E3 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

¹³ Entrevista respondida por E5 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

¹⁴ Entrevista respondida por E12 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

¹⁵ Entrevista respondida por E15 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

laboratoriais a cada 6 meses e/ou todos os anos, a pedido médico e que realizam HGT todos os dias e/ou frequentemente, conforme evidencia-se nas falas abaixo

“Teste todos os dias; exame todos os anos” (E8)¹⁶

“Teste cada dois dias, às vezes três dias. Depende como eu me sinto, sabe? Pra me ver se ela tá mais alta ou mais baixa e exames a cada 6 meses” (E12)¹⁷

“Teste faço uma vez 15/20 dias; exames a cada 6 meses de certeza” (E13)¹⁸

Para o controle glicêmico, é indicado ao paciente que utiliza insulina NPH, realize glicemia em jejum todos os dias; glicemia (pré) almoço e jantar num período de 3 vezes na semana, assim como a glicemia (pós) café ou almoço ou jantar, de mesmo período (Brasil, 2020).

American Diabetes Association (2013 *apud* Brasil, 2013) relata que, em pessoas com bom controle pré-prandial, porém com HbA1c elevada, a monitorização da glicemia capilar duas horas após as refeições pode ser útil. Em pessoas com DM tipo 2 em uso de antidiabéticos orais a monitorização da glicemia capilar não é recomendada rotineiramente (American Diabetes Association, 2013 *apud* Brasil, 2013). Como afirma também Brasil (2018), que quanto aos pacientes que não utilizam insulina NPH, não existem evidências científicas suficientes que o automonitoramento diário da glicemia capilar nos pacientes diabéticos tipo 2 em uso de hipoglicemiantes orais seja efetivo para o melhor controle da glicemia, podendo o paciente então realizar o controle glicêmico na unidade de saúde.

Em relação a periodicidade adequada do controle de glicemia por exames, determina-se um controle diferente conforme o sintoma e o tipo de diabetes, como podemos observar no quadro abaixo:

Quadro 7- Periodicidade para solicitação de exames no DM2

Exame	Periodicidade
Glicemia em jejum e HbA1c	Ao menos 2 vezes ao ano

¹⁶ Entrevista respondida por E8 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

¹⁷ Entrevista respondida por E12 [Set.,2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

¹⁸ Entrevista respondida por E13 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

Colesterol total, triglicerídeos, HDL colesterol, LDL colesterol, creatinina sérica	No diagnóstico e anual ou a critério clínico
Albuminúria	No diagnóstico e anual
Fundoscopia	Anualmente a partir do diagnóstico
Avaliação dos pés	No diagnóstico e anual. Se exame alterado, conforme critérios clínicos
Dosagem de vitamina B12	Anualmente a partir do diagnóstico (para usuários de metformina)

Fonte: Adaptado de Bahia, Almeida-Pititto, 2024.

Em relação a periodicidade para solicitação de exames, os pacientes demonstram de forma positiva a realização destes exames, realizando-os a cada seis meses e/ou dentro de um ano, conforma recomendação médica, reforçando que as orientações sobre a periodicidade são eficazes.

“[...]Exames de laboratório quando o médico pede” (E5)¹⁹.

“A de diabetes o exame é assim, é em 6 em 6 meses que eu faço o exame [...]” (E6)²⁰.

“[...]Exame todos os anos” (E8)²¹.

Entretanto, quanto ao controle glicêmico através do HGT, observou-se que os pacientes o realizam por conta própria, sem indicação médica, conforme descrito na literatura. Podendo-se perceber há preocupação dos indivíduos sobre a monitorização, entretanto, não há a necessidade de realizá-lo tão frequente quando o paciente não é insulino dependente.

4.2.2 CONHECIMENTOS SOBRE CONSEQUÊNCIAS DA DIABETES

Nesta categoria foram condensados os conhecimentos dos sujeitos de pesquisa acerca das complicações relacionadas a DM, das lesões nos pés e outras alterações relacionadas a essa patologia. Objetivou-se compreender quais os conhecimentos dos sujeitos acerca de hábitos saudáveis bem como as correlações que estes fazem entre suas atitudes cotidianas e a manutenção da saúde e prevenção de agravos.

¹⁹ Entrevista respondida por E5 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

²⁰ Entrevista respondida por E6 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

²¹ Entrevista respondida por E8 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

Abaixo, seguem algumas falas que representam a compreensão dos sujeitos acerca das complicações decorrentes da DM:

“Olha, eu, na verdade, eu acho que pode dar aquele negócio, as complicações, né, dos machucados e coisas que muitas pessoas eu vejo cortar do pé, amputado por causa do diabetes. Então, eu acredito que às vezes é por causa de um machucado, uma unha encravada que pode... daí não cuida, né? Eu acho assim, né? [...] eu acredito que muitos é falta de cuidado. [...] Então, eu acho que muitos, eu vejo que amputam os dedos, cortam, às vezes, a metade do pé, coisa assim. Então, eu desconfio, assim, na minha opinião, é falta de cuidado” (E4)²².

“Ah, pode. Amputação. Pode dar uma ferida que custa tempo pra tratar, né? [...] Tem que cuidar muito disso aí, né?” (E9)²³.

Durante a realização da pesquisa, os entrevistados foram questionados quanto ao conhecimento de quais complicações o diabetes pode causar em seus pés e que cuidados estes consideram importantes para evitar lesões ou complicações, onde percebeu-se que os mesmos possuem conhecimento breve sobre a prevenção destes complicações.

“Trombose. Feridas que não saram mais, que vai ter que partir pra amputar, né?” (E15)²⁴.

“Ela pode... Pode aparecer trombose, pode trancar ali, né? E ter que ser feito uma amputação, isso é eu morro de medo, né? Então, por isso que eu cuido, [...]” (E3)²⁵.

“Ah, tem que cuidar pra não machucar, pra não deixar uma sujeira acumular pra, né, pegar uma infecção, uma coisa assim. Tem que cuidar com o alimento [...]” (E10)²⁶.

“Isso, se não cuidar, se machucar, ele pode se transformar numa ferida de amputação” (E5)²⁷.

As complicações relacionadas ao DM2, resultantes do controle inadequado da condição, podem ser classificadas em agudas e crônicas. Dentre as complicações agudas, destacam-se a hipoglicemia ou a descompensação hiperglicêmica aguda, que pode resultar em complicações mais graves como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. As complicações crônicas da DM2 incluem as desordens microvasculares devido a alterações patológicas nos capilares, como a doença renal do diabetes (DRD), neuropatia

²² Entrevista respondida por E4 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

²³ Entrevista respondida por E9 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

²⁴ Entrevista respondida por E15 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

²⁵ Entrevista respondida por E3 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

²⁶ Entrevista respondida por E10 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

²⁷ Entrevista respondida por E5 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

diabética e retinopatia diabética, e as alterações macrovasculares que atingem o coração (infarto agudo do miocárdio), o cérebro (acidente vascular cerebral) e os membros inferiores (doença vascular periférica) (Brasil, 2024).

Concomitantemente, o conhecimento sobre a doença e o tratamento, o idoso diabético, com baixa escolaridade, possui treze vezes a chance de possuir uma atitude negativa para o autocuidado quando comparado àqueles com alta escolaridade (Borba *et al.*, 2019)

Oliveira *et al.* (2017) relata também, um grande problema encontrado neste cenário é a dificuldade que os idosos têm em apreender informações acerca da doença. Muitos deles só se atentam para as complicações e não se dedicam aos cuidados essenciais, alguns se voltam apenas para a alimentação e esquecem os outros fatores de risco modificáveis. Muitos encontram dificuldades em associar sintomas à patologia, o que vem de encontro com relatos de pacientes, que começam a apresentar sinais e sintomas, que podem ou não estar relacionados a diabetes:

“Eu tenho ressecamento nos pés. Da negócio nas unhas, depois que eu tenho diabetes, resseca a pele. Formigamento nas mãos e nos pés” (E10)²⁸.

“Não examino, mas tô sentindo bastante... bastante problema nos pés. Tipo queimação e tá inchado meus pés. Olha aqui, ó. Olha ali, ó. E queima, queima embaixo. Olha como ele tá inchado, ó. Vê de noite quando eu deito, passa” (E12)²⁹.

A pele seca, ocasionada por falta de hidratação, e algumas calosidades, devido ao atrito e à pressão plantar em decorrência de calçados inadequados, gera um alerta de possíveis complicações desses pacientes. Desse modo, a presença de complicações do diabetes que possam levar à dependência para a realização das atividades de vida diária e gerar mais sofrimento, pode ser fator explicativo para uma atitude positiva para o autocuidado encontrado entre os entrevistados (Borba *et al.*, 2019). Silva *et al.* (2017 *apud* Lima *et al.*, 2022), lembra que o ressecamento da pele é comum no DM em razão das alterações sudomotoras causadas pela neuropatia autonômica. Assim, a hidratação deve ser realizada três vezes ao dia e possui o objetivo de evitar a presença de pele ressecada, que constitui meio susceptível para o desenvolvimento de rachaduras e calosidades.

Os achados do estudo de Borba *et al.* (2019) têm relevância no âmbito da saúde pública, uma vez que apontam para a necessidade do planejamento de ações educativas, de

²⁸ Entrevista respondida por E10 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

²⁹ Entrevista respondida por E12 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

caráter interdisciplinar, que considerem não só os aspectos cognitivos em relação ao diabetes, mas também os aspectos psicoemocionais que influenciam no autocuidado. Nesta perspectiva, é fundamental considerar as características socioeconômicas e educacionais dos idosos com diabetes assistidos na atenção primária à saúde, a fim de melhorar as intervenções para o controle glicêmico.

O tratamento precoce e a prevenção das complicações advindas do DM requerem que o usuário reconheça os fatores de risco do DM, os sinais de hiper ou hipoglicemia, os sinais de lesão em órgãos alvo e o tratamento nutricional adequado para a condição clínica instalada, porém mais de 50% dos diabéticos apresentam compreensão insuficiente em relação à doença, principalmente sobre as possíveis complicações da enfermidade. Promover o autocuidado com os pés é essencial; no momento do diagnóstico, já é necessário orientar acerca da importância do autoexame regular dos pés (Oliveira *et al.*, 2019).

Há possibilidade de, durante o exame físico, o profissional modificar fatores de risco para o pé diabético. Estes fatores são: má higiene e cuidados inadequados com os pés, unhas mal cortadas ou presença de onicocriptose (unha encravada), fissuras, feridas, pontos de pressão anormal, calosidades, onicomicoses (Falcão; Veloso, 2020).

Arrigotti *et al.* (2022) informa que para adoção de práticas de autocuidado e prevenção de complicações o conhecimento na área é uma fundamental e faz parte do tratamento da doença. A prevenção é a primeira linha de defesa contra as úlceras diabéticas. Estudos têm demonstrado que programas educacionais abrangentes, que incluem exame regular dos pés, classificação de risco e educação terapêutica, podem reduzir a ocorrência de lesões nos pés em até 50% (Cubas *et al.*, 2013).

O exame clínico dos pés, a partir da anamnese e do exame físico, é crucial para prevenção de ulceração e de amputação em membros inferiores em pessoas com DM (Lira *et al.*, 2021). Tal como, esses pacientes relataram que possuem condições físicas adequadas, como também negaram qualquer queixa, como dor constante ou incomodo diário, mas afirmaram possuir uma rotina corrida e estressante para examinar seus pés diariamente, como evidenciase nos relatos abaixo:

“Tadinho, não dá nem tempo de olhar para eles. Porque meu marido teve um AVC e eu fiquei” (E5)³⁰.

³⁰ Entrevista respondida por E5 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

“Eu não vejo nada. Não sinto nada” (E14)³¹.

“Não tem nada, não é inchado, não é nada” (E8)³².

Estes achados reforçam a importância de o paciente realizar o seu autocuidado, principalmente com seus pés, que são extremidades por vezes esquecidas com a rotina corrida e com os afazeres domésticos recorrentes. É através do cuidado diário que são observados pequenos detalhes, que se postergados, podem tornar-se problemas futuros agravantes.

Em 1965, Orem (1991, p.119 *apud* Lange, 1997) desenvolveu duas premissas básicas sobre o autocuidado. A primeira é “o autocuidado é uma conduta, é uma atividade aprendida através de relacionamento interpessoal e comunicação”, e a segunda é: “a pessoa tem o direito e a responsabilidade de se cuidar para manter a vida e a saúde”. A autora enfatiza que o autocuidado precisa tomar-se o foco principal do pensamento e da postura da Enfermagem, a qual deve prover e administrar essas ações para serem aprendidas pelo homem, mas influenciadas por regras, valores sociais, hábitos, crenças, necessidades fisiológicas, práticas e pela interação com o ambiente. A autora ainda enfatiza fatores circunstanciais os quais podem interferir no autocuidado que a pessoa pode desempenhar, tais como: a idade, estado de saúde, orientação sócio-cultural, modelos de vida, fatores ambientais e viabilidade e adequação de recursos (Orem 1991, p.119 *apud* Lange, 1997).

Concomitante, visou-se averiguar quais os calçados habitualmente utilizados pelos pacientes, se estão de acordo com a literatura e indicação para prevenção de agravos, como o pé diabético. Todos os pacientes relataram utilizar calçados fechado baixo, como tênis, seguido de chinelo, e pantufa quando há baixa de temperatura:

“Tênis, chinelo” (E6)³³.

“Chinelo, tênis para ir a igreja” (E9)³⁴.

“Uso, em casa eu uso mais pantufinha assim, né? Pra sair eu uso esses tênisinho baixinho. Chinelo de dedo também, havaiana, né?” (E14)³⁵.

³¹ Entrevista respondida por E14 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

³² Entrevista respondida por E8 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

³³ Entrevista respondida por E6 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

³⁴ Entrevista respondida por E9 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

³⁵ Entrevista respondida por E14 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

De acordo com os relatos, a utilização desde calçados vem em desacordo com a literatura, onde Lucoveis *et al.* (2018 *apud* Lima *et al.*, 2022) afirma que, o calçado ideal não apresenta costura no interior, é macio, é regulável com cadarços ou velcro, proporciona proteção total dos dedos, o solado pode ter até 3 centímetros, preserva os pés de traumas mecânicos, é adequado ao tamanho do pé e distribui as áreas de pressão. Carlesso, Gonçalves, Moreschi Júnior (2017) relata também que os calçados adequados são aqueles que suportam e protegem os pés contra traumas mecânicos, distribuindo os pontos de pressão, que não apresentam costuras e que estão em bom estado de conservação.

Pode-se afirmar ainda que, picos de pressão maiores de 6 Kg/cm² são preditores da formação de lesões. Sabe-se também que a redistribuição da pressão plantar pode ser obtida através de dispositivos como palmilhas e calçados, existindo evidências de que estes dispositivos sejam capazes de reduzir os picos de pressão plantar entre 20 e 80% dos casos. Dados que favorecem o raciocínio de que os sapatos especiais, se dotados de palmilhas adequadas, podem atuar não apenas de forma a proteger, mas também para redistribuir pressões plantares (Oliveira *et al.*, 2014).

A não adesão ao uso dos sapatos terapêuticos pode estar correlacionada com o alto valor desses calçados, podendo impossibilitar a aquisição em razão da baixa renda de muitos pacientes. Outra questão refere-se à estética, pois vários indivíduos consideram os calçados feios e dão preferência a sapatos comuns, que ocasionam lesões (Menezes *et al.*, 2017).

Ressalta-se que 85% dos casos de úlceras que necessitam de internação são originárias de lesões superficiais em pessoas com neuropatia periférica, lesões estas diretamente relacionadas a uso de calçados impróprios (Cubas *et al.*, 2013).

4.2.2.1 Cuidados para prevenção de complicações da diabetes

A prevenção e o manejo das complicações crônicas do DM constituem-se em um conjunto de fatores que demandam envolvimento de todas as partes a pessoa, sua família, sua rede social, profissionais de saúde, gestores, serviços de saúde, sistema de saúde em todos os níveis de atenção e políticas públicas favoráveis e aplicáveis a fim de que o todo possa promover resultados positivos para a vida das pessoas com DM (Vieira *et al.*, 2023).

No decorrer das perguntas, questionou-se “Quais hábitos você considera importantes para manter a diabetes sob controle?”, relatando-se que na grande maioria afirma realizar o controle com a comida, medicação e atividade física. Pode-se perceber que apresentam breve conhecimento sobre quais hábitos são necessários para controlar a diabetes de maneira equilibrada, além do uso da medicação.

“Geralmente a comida, o que a gente come hoje, hoje a gente come o feijão e arroz. Amanhã a gente come outra comida, aipim é só aipim. Se é batata, só batata. Uma carinha e verduras. E só os remédios né. E caminho também, comecei a fazer pilates” (E2)³⁶.

“Eu cuido da alimentação, cuido daquelas frutas que eles dizem que a gente não pode exagerar e a alimentação mais natural possível, né? Então, isso ajuda bastante pra mim e pra ele, né? Que nem arroz, arroz eu faço integral, eu cuido disso aí, né? Eu faço todo dia. Um dia batata, um dia aipim. Pro controle? Tem a atividade física, né? Eu ando e pedalo [...]” (E3)³⁷.

“Alimentação. É. Bem, tomar bastante água, chá. Come bastante verdura. Cuido, né? nas coisas que a gente come, né? Então... É... Como bastante fruta, né? Então, isso também ajuda bastante o diabetes, né?” (E4)³⁸.

“Que nem eu tomo remédio, né? Mas a comida também ajuda muito, né? Não comer muita massa, muita coisa doce [...] Forxiga. Caminhada sim, eu caminho. Isso é todo dia de manhã e de noite, né?” (E6)³⁹.

“A gente não se cuidando da alimentação, a gente não fazendo exercícios. Eu acredito que isso só ia piorar se eu não tivesse consciência... Porque ela é uma doença silenciosa. E se você não tiver consciência que você tem que realmente cuidar da alimentação e fazer alguma atividade física” (E7)⁴⁰.

“Tem que cuidar no comer, né? Alimento, tem que cuidar com o alimento. Tem que cuidar com o alimento, o açúcar, doçura, gordura” (E10)⁴¹.

Evidencia-se, que os aspectos mais importantes do autocuidado que visem a prevenção a serem observados referem-se ao grau de compreensão da pessoa sobre a sua condição clínica, a sua capacitação na automonitorização da glicemia capilar por meio dos glicosímetros ou na administração de insulina, e as possíveis complicações decorrentes, e como este lida com as repercussões físicas e emocionais; se a pessoa vislumbra e realiza mudanças necessárias do estilo de vida; compreende e faz o uso de forma adequada do seu tratamento medicamentoso, sabe o período em que precisa consultar e realizar exames de acompanhamento; realiza de

³⁶ Entrevista respondida por E2 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

³⁷ Entrevista respondida por E3 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

³⁸ Entrevista respondida por E4 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

³⁹ Entrevista respondida por E6 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁴⁰ Entrevista respondida por E7 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁴¹ Entrevista respondida por E10 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

forma adequada o monitoramento da glicemia; avalia os pés de forma regular; reconhece e sabe a qual recurso recorrer em caso de complicações e sinais e sintomas de descompensação da doença; além de manter as atividades da vida diária (Raveendran; Chacko; Pappachan, 2018, Nice, 2025 *apud* Brasil, 2024).

Reafirmam-se, por esses resultados, as evidências de estudo desenvolvido com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013: os indivíduos com diabetes priorizam cessar hábitos nocivos, tais como o consumo de doces, uso de tabaco e álcool, adotar novos hábitos/práticas que trazem benefícios à saúde e contribuir para o controle glicêmico, como a prática regular de atividade física consumo adequado de frutas hortaliças (Szwarcwald, 2015 *apud* Santos *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde preconiza mudanças nos hábitos de vida, prática regular de exercícios físicos, alimentação saudável, moderação do consumo de álcool, cessação do tabagismo, monitorização glicêmica, tratamento medicamentoso, com o principal objetivo de controlar a doença, diminuir níveis glicêmicos, prevenir riscos e complicações (Brasil, 2013).

Optar por uma dieta rica em frutas, vegetais, e grãos integrais, com preferência por fontes de proteína como peixes, legumes e aves, é altamente recomendado. Reduzir a ingestão de gorduras trans, açúcares adicionados (incluindo bebidas açucaradas), carnes vermelhas, sódio e gorduras saturadas também desempenha um papel crucial na prevenção. Colaborando com os pacientes, os profissionais de saúde devem avaliar a prontidão para mudanças no estilo de vida, identificar possíveis obstáculos e incentivar a estabelecer metas mensuráveis, monitorando continuamente o progresso (Arnett *et al.*, 2019 *apud* Oliveira; Sousa, 2024).

Outro cuidado importante citado pelos entrevistados diz respeito a deambulação, onde observa-se alguns relatos relacionados a cuidados para evitar se machucar,

“Ah, eu cuido pra não cair, pra não se cortar, né? Porque... A pessoa que tem diabetes, ela não... Eu vejo muitas pessoas que tem corte, racha a pele, né? Então, isso eu acho assim a falta de cuidado” (E4)⁴².

“O que eu acho importante para evitar? É o cuidado, eu acho. Tem que ter o cuidado com os pés para não dar essa lesão. Eu acho que tem que usar creme, essas coisas, né? Pra pele ficar macia, porque geralmente a pessoa que tem diabetes tem a pele seca, né? A pele ressecada, né?” (E14)⁴³.

⁴² Entrevista respondida por E4 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁴³ Entrevista respondida por E14 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

Como também, percebeu-se igualmente que os pacientes através da pergunta “Você examina seus pés diariamente?”, que reforça um ato de prevenção de lesões, as respostas foram positivas, com a espera que os pacientes observassem seus pés diariamente quaisquer mudanças e ir à procura de atendimento profissional, em decorrência de alguma questão relacionada ou não a diabetes, como descrito a seguir:

“É, eles são dormentes, né? Formiga, é dormente, mas diz o médico do postinho que é por cauda do diabetes. O pé e as mãos têm vezes que eu não consigo andar. Formiga, tudo. Pé e mão e tudo. Mas o médico diz que um diz que é da fibromialgia, outro diz que é do diabetes [...] “direto lavo e às vezes até pego um remédio, boto na água e lavo e faço massagem com creme assim, né, tem uns cremes de arnica, coisa assim, eu faço massagem. Eu vou na manicure. Ela vem em casa, né? Agora faz tempo que eu não vim mais, porque eu não tenho vontade de nada”(E1)⁴⁴.

“É o que eu digo, olho se tem alguma coisa normal, né? Mas o objetivo é sempre olhar, mas a gente já sente, né?” (E3)⁴⁵

“Olha, eu eu faço acompanhamento até porque deu problema na unha [...] A única coisa, mas que eu posso te dizer o que é que a gente sente. É dor, né? Mas não é nada de... porque eu já fui verificar, então... [...]” (E7)⁴⁶.

Referindo-se à hidratação dos pés da pessoa com diabetes mellitus, consiste um hábito importante quando realizado de forma correta, no entanto, hidratar a região entre os dedos favorece a proliferação de fungos, podendo resultar em lesões (Ministério da Saúde, 2016 *apud* Sousa *et al.*, 2020). Pesquisa revelou que as pessoas diabéticas realizavam tal prática com frequência, inclusive entre os dedos dos pés, destacando, ainda, a presença de micoses interdigitais no local (Cubas *et al.*, 2013).

Na teoria do autocuidado, Orem explica o que ela quer dizer com o autocuidado e menciona os inúmeros fatores que afetam a provisão do autocuidado. Enfatiza a competência para o autocuidado como o potencial do indivíduo para engajar-se no próprio autocuidado, cuja competência ou capacidade varia de acordo com o seu desenvolvimento individual, estado de saúde, educação, experiência de vida e influências sócio-culturais, entre outras (Lange, 1997).

⁴⁴ Entrevista respondida por E1 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁴⁵ Entrevista respondida por E3 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁴⁶ Entrevista respondida por E7 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

Quando analisamos o autocuidado à luz do referencial teórico de Orem, que tem como premissa a crença de que o ser humano tem habilidades próprias para cuidar de si mesmo podendo também se beneficiar com os cuidados de enfermagem quando apresentar incapacidade de se auto cuidar. O autocuidado é definido como a prática de atividades que uma pessoa inicia e realiza por sua própria vontade para manter a sua vida, saúde e bem-estar, sendo uma conduta aprendida em resultado de experiências cognitivas culturais e sociais (Tanqueiro, 2013).

Ainda sobre o mesmo autor, para o desenvolvimento efetivo de práticas de autocuidado deve haver a participação ativa, responsável e eficaz do idoso e o envolvimento de terceiros, sempre que possível, deve ser por ele gerido assegurando-se, desta forma, a sua autonomia e integração ao seu ambiente. Não é a idade ou a doença, mas os valores adquiridos ao longo da vida e a própria história de vida que influenciam as decisões das pessoas no que diz respeito ao seu próprio cuidado. Há, assim, outros fatores que emergem da estrutura social, cultural ou de vida pessoal a moldar o autocuidado através da experiência de adoecer.

Tanqueiro (2013) ainda revela que, os profissionais de saúde, e mesmo os idosos, questionam muitas vezes a competência para o autocuidado devido a concepções equivocadas e estereótipos que relacionam velhice com a perda de capacidades e poder para influir sobre si próprio, o que pode determinar uma atitude passiva dos idosos.

4.2.3 IDENTIFICAÇÃO DOS HÁBITOS QUE PIORAM A SAÚDE DOS IDOSOS

Sabe-se que a apresentação do diabetes é multicausal, sendo seu controle também dependente de tratamento correto, acompanhamento de saúde periódico, mas principalmente de adoção de hábitos saudáveis no cotidiano. Frente a isso, e após reconhecer o que os sujeitos de pesquisa sabem sobre sua patologia, seus hábitos para melhora da sua condição, indagou-se se estes sabem o que pode causar uma piora do seu quadro. Essa correlação entre os saberes sobre potencialidades e fragilidades de seu autocuidado é fundamental para gerar reflexões e mudanças de atitudes que visem contribuir para um controle adequado da doença e consequentemente a prevenção de lesões. Diante dos relatos, percebeu-se uma fala constante em relação a hábitos alimentares e o sono, como vemos nos relatos a seguir.

“Olha, na verdade, pra mim, eu devia controlar no açúcar, na comida, no pão, que às vezes quando eu percebo, eu já tô comendo. Isso aí, às vezes eu sou relaxada por causa disso. E daí o cafezinho doce também, né? Eu tomo. Não adianta mentir porque é verdade” (E12)⁴⁷.

“Eu sou meio exagerado, sabe? Se eu ir comer uma bala, digamos assim, eu não sei comer só uma. Eu passo dois meses que eu não como. Mas se eu ir comer, tem que comer uma meia dúzia, né? Uma só, parece que é pouco... E mesmo de uma laranja. Eu não sei chupar uma laranja. É três, quatro. Banana é a mesma coisa. Se eu ir comer, eu como duas, três. Eu sou meio exagerado com isso” (E13)⁴⁸.

“Tudo que eu não faço. Dormir cedo, se alimentar corretamente. Tomar o remédio certo, nos horários certos, né? Isso menos eu cuido, tomo no horário certo” (E15)⁴⁹.

Percebeu-se através destes relatos que os entrevistados compreendem quais fatores de risco para complicações, contudo, enfrentam limitações para controlá-los no cotidiano. Neste contexto, Louzada *et al.* (2015), relata que uma atenção especial deve ser dada a alimentação dos idosos, visto que o consumo de alimentos ultra processados, como refrigerantes, bolachas e guloseimas, influencia negativamente na qualidade alimentar, aumentando a densidade energética, os níveis de açúcar, gordura saturada e trans e levam a redução dos níveis de fibra aumentando assim o risco de excesso de peso, obesidade e mortalidade por doenças cardiovasculares.

Há de se ressaltar também uma importante contribuição de alimentos ultra processados como bolachas, bolos, pães industrializados e embutidos para o consumo de açúcares na dieta dos idosos, representando cerca de 15% das calorias consumidas (Silva Júnior *et al.*, 2023).

O autocuidado é um dos aspectos imprescindíveis no tratamento da pessoa idosa com diabetes, haja vista que sua prática melhora o estado de saúde e reduz as chances de complicações. Consiste na manutenção de uma alimentação saudável, prática de atividade física, uso contínuo de medicamentos prescritos, monitorização glicêmica, cuidado com os pés e a realização periódica de consultas e exames (Ferreira *et al.*, 2022 *apud* Ada, 2019).

A dieta saudável é uma das mudanças mais relevantes para manutenção de níveis adequados de glicemia, tornando-se imprescindível para pessoas idosas com diabetes mellitus. A alimentação saudável auxilia consideravelmente no tratamento da doença proporcionando

⁴⁷ Entrevista respondida por E12 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁴⁸ Entrevista respondida por E13 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁴⁹ Entrevista respondida por E15 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

controle e prevenção de agravos. Contudo, essa prática precisa ser orientada por profissionais da saúde que avaliem a rotina de indivíduos, respectivas necessidades energéticas e renda mensal (Vicente *et al.*, 2019).

Concomitantemente, foi observado que algum dos pacientes apresentaram indícios de sinais da piora e/ou descontrole da diabetes, como mostra as respostas desses entrevistados:

“Eu não sei, mas o médico do postinho, do nosso postinho, ele disse que essa formigação que eu tenho nos pés, isso aí é do diabetes” (E1)⁵⁰.

“É, dizem que... Alguém já me falou que esse formigamento que eu tenho, essa dor é da diabetes. Então, pode ser da diabetes mesmo, né? Porque eu já tomei bastante remédio pra circulação, pra retenção de líquido” (E12)⁵¹.

Onde pode-se relatar na Teoria do Autocuidado de Orem que, para pessoas idosas com DM torna-se aplicável, sobretudo, pelo processo da cronicidade dessa morbidade e pela necessidade contínua de autocuidado (Marques *et al.*, 2022). Portanto, obtém-se, a Teoria do Déficit de Autocuidado que é a segunda teoria do grande constructo e representa a essência da Teoria Geral de Enfermagem de Orem. Aqui a atuação do profissional passa a ser uma exigência, porque a pessoa apresenta-se incapacitada ou com déficit de habilidade para atender à exigência de autocuidado. Neste caso, a enfermeira satisfaz a essas exigências e Orem sugere cinco métodos de ajuda: a) agir ou fazer para o outro; b) guiar o outro; c) apoiar o outro física e psicologicamente; d) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; e) ensinar o outro (Lange, 1997).

Estes relatos acima, mostram que os pacientes mesmo sabendo que suas ações, hábitos, costumes, com a possibilidade do agravamento da doença, ainda continuam com a mesma rotina. O que entra de encontro com Cortez *et al.* (2015), que coloca que a ausência de controle glicêmico adequado ocasiona diversas complicações de caráter agudo (hipoglicemia, estado hiperglicêmico hiperosmolar e cetoacidose diabética) e também de condição crônica (pé diabético, retinopatia, cardiopatia, nefropatia, neuropatias, doença cerebrovascular e vascular periférica), sendo o pé diabético uma das principais complicações do DM e uma importante causa de morbidade que pode ser evitada com medidas de educação em saúde que estimulem o autocuidado com os pés (Karadağ *et al.*, 2019 *apud* Lima *et al.*, 2022). Noronha *et al.* (2020),

⁵⁰ Entrevista respondida por E1 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁵¹ Entrevista respondida por E12 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

ainda relata que indivíduos com DM tipo 2 têm uma probabilidade maior de desenvolver percepção do tato alteradas, em comparação àquelas com DM tipo 1.

Assim como, é um fato que as úlceras venosas são conhecidas pela população e os pacientes que a possuem relatam grande dor e sensibilidade ao local, e para que se possa evitar, é necessário estar atento aos sinais, como menciona Sacco *et al.* (2022), os principais fatores de risco incluem a perda da sensibilidade tátil, vibratória e térmica, a presença de doença arterial periférica (DAP) e de deformidades nos pés. A história prévia de ulceração e qualquer nível de amputação de membros inferiores aumenta ainda mais o risco de ulceração. Em geral, pessoas sem nenhum desses fatores presentes tem baixo risco para ulceração.

Portanto, a ocorrência dessas implicações é uma realidade frequente entre indivíduos diagnosticados com diabetes, especialmente em idosos, representando um desafio significativo para os pacientes e afetando substancialmente sua qualidade de vida. A interação complexa entre essas comorbidades exige uma abordagem multidisciplinar abrangente para avaliação, prevenção e gerenciamento eficaz dessas dificuldades (Bertonhi; Dias, 2018 *apud* Oliveira; Santos, 2024).

Como fator predisponente de complicações e onde observou-se igualmente é que a grande maioria dos entrevistados não executam cuidados específicos para os pés. Assim, ressalta-se que o não cuidado diário pode levar a um agravamento desta doença:

“Não, a única coisa... Se ele esquenta muito, eu boto ele na água fria” (E5)⁵².

“Só lavo bem com sabão caseiro” (E10)⁵³.

“Se não tá inchado, não sinto formigamento, não sinto nada, né? A única coisa é, olha se tá inchado” (E3)⁵⁴.

Fonseca e Rached (2019) afirmam que, o estilo de vida do paciente diabético, incluindo fatores como sedentarismo, alimentação e até mesmo a maneira que ele controla os seus níveis glicêmicos através do tratamento, influenciam nas complicações advindas do DM. Visto isso, é de extrema importância o controle dos níveis glicêmicos, uma vez que a persistência dessa hiperglicemia pode culminar em complicações agudas, como, cetoacidose

⁵² Entrevista respondida por E5 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁵³ Entrevista respondida por E10 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁵⁴ Entrevista respondida por E3 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

diabética, coma hiperosmolar não-cetótico e hipoglicemia, quanto complicações crônicas, como as microvasculares (neuropatia periférica, retinopatia e nefropatia) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica).

Alguns fatores contribuem para a ocorrência do pé diabético, como idade, controle inadequado de glicemia, tipo e tempo de diagnóstico, obesidade, HAS e falta de hábitos de higiene e cuidados com os pés. É importante ressaltar que a neuropatia diabética leva a uma perda da sensibilidade dos membros inferiores, o que torna susceptível o acontecimento de lesões, sendo uma porta de entrada para infecções, que caso não tratadas precocemente, podem levar a amputação do membro (Fonseca; Rached, p. 7, 2019)

Fonseca e Rached (2019) ainda relatam que, ambas as complicações estão relacionadas ao tempo da doença, onde a aguda tem a manifestação de seus sintomas de forma mais imediata, e a crônica provém de uma manifestação dos seus sintomas após anos de evolução da doença, e que se relacionam diretamente a um controle glicêmico inadequado.

4.2.4 ORIENTAÇÕES RECEBIDAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A atenção primária à saúde, por ser a porta de entrada do sistema único de saúde e ainda o local de acompanhamento longitudinal e integral dos indivíduos, tem na educação em saúde uma ferramenta primordial de cuidado. Quando se fala em autocuidado, sabe-se que o indivíduo utilizará de informações com bases culturais, mas também precisa receber orientações dos profissionais de saúde para que possa cuidar de si e prevenir agravos.

Nesta Categoria foi questionado aos sujeitos de pesquisa quais orientações receberam de algum profissional de saúde, sobre sua patologia. Dentre os sujeitos, doze negaram já terem recebido alguma orientação, onde apenas três relataram algum tipo de informação acerca de cuidados com os pés, como segue:

“Uma época vinha visitar o pessoal do SC Saúde. Daí eles até comentaram que tinha que ter mais cuidado com os pés, que ele tem diabetes. Mas só. Olha, a única coisa, perguntaram se tava tendo algum problema nos pés. Daí, não, não tem nada. É, então tem que continuar cuidando” (E2)⁵⁵.

⁵⁵ Entrevista respondida por E2 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

“Da endócrina. Pra observar, cuidar também na parte de limpeza, cutícula, essas coisas, né? Só afasto a cutícula, não fiz mais. Então, fazia, mas daí já pra evitar, né?” (E3)⁵⁶.

“Médico do SUS de outro município - É, que é pra cuidar, pra não ser machucado, não é pra usar muito, assim, Por exemplo, mexer com terra ou... Se quiser, ele pode infeccionar, né? Esse é o cuidado que eu tenho que ter, né? E também o cuidado da comida, né? Não comer muito doce, né? E dessa coisa, né?” (E9)⁵⁷.

Percebeu-se que apenas um dos pacientes relatou ter recebido visita domiciliar, enquanto os entrevistados três e nove mencionaram ter recebido orientações do profissional médico. Nota-se, portanto, um déficit na absorção das orientações repassadas pelos profissionais de saúde ou, em alguns casos, a própria ausência delas. Mesmo diante de um atendimento ao idoso diabético considerado abrangente, os entrevistados afirmaram não perceber, no cotidiano, a presença efetiva dessas orientações.

A compreensão do autocuidado, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984 *apud* Lange, 1997), envolve uma responsabilidade compartilhada entre os profissionais de saúde, o sistema leigo e o governo, que devem atuar de forma articulada na promoção do cuidado à vida e à saúde, fortalecendo a autonomia das pessoas e das comunidades. Ao sistema leigo cabe auxiliar no autocuidado nos casos que não exigem intervenção direta do profissional. Aos profissionais de saúde, por sua vez, compete atuar como educadores e incentivadores do autocuidado, representando o sistema formal de atenção. É também de sua competência assumir a responsabilidade por situações críticas de saúde. Já ao governo cabe elaborar e implementar programas de atenção à saúde individual e coletiva, abrangendo todos os níveis de prevenção e garantindo cobertura integral às populações (Lange, 1997).

De acordo com Echer (2005), a disponibilização de materiais educativos e instrutivos facilita e uniformiza as orientações realizadas pelos profissionais, contribuindo para a efetividade do cuidado em saúde. Além disso, o uso desses recursos auxilia os indivíduos na compreensão do processo saúde-doença e os conduz no caminho da recuperação.

De forma complementar, Souza, Turrini e Poveda (2015) corroboram que os materiais educativos escritos podem favorecer o processo de comunicação entre profissionais e pacientes, aumentando a adesão ao tratamento e fortalecendo a capacidade de decisão do indivíduo. Tais

⁵⁶ Entrevista respondida por E3 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁵⁷ Entrevista respondida por E9 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

instrumentos oferecem informações consistentes, permitem portabilidade e flexibilidade, possibilitam o retorno do paciente às orientações sempre que necessário e reforçam as instruções verbais fornecidas durante o atendimento.

Cubas *et al.* (2013) destacam que, quando a equipe de saúde tem consciência do alto risco de complicações, torna-se mais propensa a estimular o autocuidado dos pés em pacientes diabéticos. Contudo, para que isso ocorra de forma efetiva, os profissionais também precisam de educação continuada sobre o tema. Por outro lado, os portadores da doença devem ser conscientizados sobre a importância da adesão às orientações recebidas, compreendendo que esse é um compromisso permanente que contribui diretamente para sua qualidade de vida.

Nesse sentido, quando questionados sobre a satisfação em relação ao cuidado e atendimento recebidos em relação a prevenção, a maioria dos sujeitos referiu estar satisfeito com os atendimentos, como vemos nas falas a seguir:

“Graças a Deus, assim, bem, o que a gente precisa Às vezes eu preciso de medir a diabete, eu vou lá e se não entendi, eu só bem atendida, né? Então, eu não tenho que reclamar assim. Da nossa gente de saúde, coisa assim, nada disso eu não tenho a reclamação. Aí a gente, às vezes demora um exame ou alguma coisa, mas isso é normal, né? Mas eu tô bem contente” (E4)⁵⁸.

“Não específico para os pés, mas se tivesse algum problema nos pés sim” (E10)⁵⁹.

“Bem atendido. Muito. Toda a vida fui bem atendido” (E13)⁶⁰.

“Eu nunca precisei ir para o atendimento dos pés, então eu não posso dizer que eu fui mal atendido ou bem atendido” (E15)⁶¹.

Como já mencionado, o enfermeiro é um entre diversos profissionais que atuam na APS, o qual tem papel fundamental no atendimento individual, na educação em saúde e na gestão da unidade. Contudo na presente pesquisa o papel desse profissional não foi mencionado (Brasil, 2013).

Brasil (2013) reforça que a avaliação antropométrica e o reforço das orientações alimentares, bem como a busca de soluções para as dificuldades de adesão às orientações, são fundamentais para motivação, desenvolvimento da autonomia e do autocuidado.

⁵⁸ Entrevista respondida por E4 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁵⁹ Entrevista respondida por E10 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁶⁰ Entrevista respondida por E13 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

⁶¹ Entrevista respondida por E15 [Set., 2025]. Entrevistadora: Camila Alves de Souza. Rio do Sul, 2025.

O profissional, nas consultas de acompanhamento das pessoas com DM tipo 2, deverá sempre questionar sobre os hábitos alimentares, buscando possíveis inadequações ou dificuldades para seguir as orientações nutricionais (Brasil, 2013).

Na tabela, exemplifica-se algumas abordagens em relação à educação em saúde e orientações pertinentes a serem repassadas aos portadores de diabetes.

Quadro 8- Planejamento da assistência ao diabético

ABORDAR/ORIENTAR
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e orientações sobre como agir diante dessas situações;
<ul style="list-style-type: none"> • Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo);
<ul style="list-style-type: none"> • Percepção de presença de complicações;
<ul style="list-style-type: none"> • A doença e o processo de envelhecimento;
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de medicamentos prescritos (oral ou insulina), indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais, controle da glicemia, estilo de vida, complicações da doença;
<ul style="list-style-type: none"> • Uso da insulina e o modo correto de como reutilizar agulhas; planejamento de rodízio dos locais de aplicação para evitar lipodistrofia.
SOLICITAR E AVALIAR OS EXAMES PREVISTOS NO PROTOCOLO ASSISTENCIAL LOCAL.

Fonte: Adaptado de Cadernos de Atenção Básica, nº 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus - BRASIL, 2013.

A terapia nutricional é parte fundamental do plano terapêutico do diabetes, podendo reduzir a hemoglobina glicada entre 1-2%. Baseia-se nos mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável. Sendo indicado, A quantidade energética ingerida deve ser adequada à atividade física e ser fracionada em 5 a 6 refeições/lanches diários, como também A ingestão diária deve conter de 50 a 60% de carboidratos, a maior parte em forma complexa. Para tanto, os pacientes devem ser encorajados a comer alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras, legumes, feijões e cereais integrais (BRASIL, 2006).

A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Assim, a promoção da atividade física considerada prioritária. Recomenda-se que o exercício deve ser iniciado de forma gradual, como caminhadas por 5 a 10 min em terreno plano, aumentando semanalmente até alcançar 30 a 60 min diários, 5 a 7 dias por semana; os calçados devem ser confortáveis, evitando bolhas e calosidades; Indivíduos com perda significativa de sensibilidade nos pés devem evitar caminhar em esteiras ou ao ar livre, correr (BRASIL, 2006).

Quadro 9- Orientações educacionais básicas para cuidados dos pés

Orientações educacionais básicas para cuidados dos pés	
•	Examinar os pés diariamente. Se necessário, pedir ajuda a familiar ou usar espelho.
•	Avisar o médico se tiver calos, rachaduras, alterações de cor ou úlceras.
•	Vestir sempre meias limpas, preferencialmente de lã, algodão, sem elástico.
•	Calçar sapatos que não apertem, de couro macio ou tecido. Não usar sapatos sem meias.
•	Sapatos novos devem ser usados aos poucos. Usar inicialmente, em casa, por algumas horas por dia.
•	Nunca andar descalço, mesmo em casa.
•	Lavar os pés diariamente, com água morna e sabão neutro. Evitar água quente. Secar bem os pés, especialmente entre os dedos.
•	Após lavar os pés, usar um creme hidratante á base de lanolina, vaselina líquida ou glicerina. Não usar entre os dedos
•	Cortar as unhas de forma reta, horizontalmente.
•	Não remover calos ou unhas encravadas em casa; procurar equipe de saúde para orientação.

Fonte: BRASIL, 2006

Como percebe-se através das orientações mencionadas acima, é ampla a gama de informações que devem ser repassadas e reforçadas aos portadores de DM. Com a análise desta

categoria, percebeu-se então um déficit de orientação por parte dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, não podendo afirmar-se que elas não existiram ou apenas não foram compreendidas pelos entrevistados. De qualquer forma, a educação em saúde é um fator a ser aperfeiçoado na APS como auxílio importante na prevenção de lesões nos pés e outros agravos que impactam na qualidade de vida dos sujeitos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou compreender de forma ampla as práticas de autocuidado realizadas por idosos com diabetes mellitus tipo 2, especialmente no que se refere à prevenção de lesões nos pés — complicação comum e potencialmente grave dessa doença crônica. A partir da análise qualitativa dos discursos dos participantes, foi possível identificar comportamentos que refletem tanto o conhecimento e a adoção de medidas preventivas, quanto lacunas que ainda comprometem o manejo adequado do diabetes e a integridade dos pés.

Constatou-se que, embora muitos idosos demonstrem consciência sobre a importância do autocuidado, alguns ainda apresentam déficits relacionados ao cuidado diário com os pés, à adesão ao tratamento medicamentoso e alimentar e à busca por orientações profissionais de forma contínua. Esses achados reforçam a relevância das ações de educação em saúde e acompanhamento sistemático da equipe multiprofissional, com foco no empoderamento do idoso para o autocuidado e na prevenção de complicações evitáveis.

O estudo também evidencia a importância do enfermeiro como educador e agente promotor de autocuidado, papel central no contexto da Atenção Primária à Saúde. A aplicação da Teoria de Dorothea Orem mostrou-se pertinente, ao permitir compreender o autocuidado como processo dinâmico e individual, influenciado por fatores físicos, cognitivos, emocionais e sociais. A atuação do enfermeiro, nesse cenário, deve ultrapassar a dimensão técnica, promovendo vínculos, escuta qualificada e estratégias educativas adequadas ao nível de compreensão e às condições de vida dos idosos. Mostrou-se fundamental para este estudo, qualificando o cuidado prestado, fortalecendo a enfermagem enquanto ciência e profissão, estimulando a autonomia do paciente por meio do incentivo ao autocuidado.

Em síntese, o estudo reafirma que o fortalecimento das práticas de autocuidado é elemento essencial para o controle do diabetes mellitus tipo 2 e a prevenção de lesões nos pés, contribuindo diretamente para a melhoria da qualidade de vida e autonomia do idoso. Recomenda-se a ampliação de programas educativos permanentes e interdisciplinares, com ênfase em ações práticas, rodas de conversa e visitas domiciliares, para garantir a continuidade e a efetividade das orientações em saúde.

Quanto aos limites da presente pesquisa, destaca-se a quantidade de sujeitos entrevistados, visto que a maior parte da população inicialmente elencada como população alvo, não foi contatada ou recusou-se a participar da pesquisa. E por se tratar de um estudo baseado em autorrelato, os dados podem estar sujeitos a vieses de lembrança ou respostas influenciadas pela percepção subjetiva dos participantes sobre seu próprio autocuidado.

Pretendeu-se, com este estudo buscar incentivar a continuidade da realização de ações voltadas à prevenção de lesões pelos pacientes. Ressaltando-se a importância do acompanhamento contínuo da equipe de saúde, a fim de garantir orientações sistemáticas e monitoramento adequado, promovendo a manutenção e aprimoramento do autocuidado.

Conclui-se, portanto, que os objetivos do trabalho foram alcançados e, sugere-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas, envolvendo diferentes contextos e faixas etárias, a fim de aprofundar a compreensão sobre os fatores que influenciam o autocuidado e subsidiar a formulação de estratégias de cuidado mais resolutivas e humanizadas no enfrentamento das complicações do diabetes.

6 REFERÊNCIAS

ANTUNES, Y. R.; *et al.* Diabetes Mellitus Tipo 2: A importância do diagnóstico precoce da diabetes. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.12, p. 116526-116551, 2021. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/download/41218/pdf/103192>>. Acesso em: 01 de outubro de 2025.

ARRIGOTTI, T.; *et al.* Rastreamento de risco de ulceração nos pés em participantes de campanhas de prevenção e detecção do diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. 1-9, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02867>>. Acesso em 13 de outubro de 2025.

AUGUSTO, C. A.; *et al.* Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 51, n. 4, p. 745–764, out. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/resr/a/zYRKvNGKXjbDHtWhqjxMyZQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 de abril de 2025.

BAHIA, L.; ALMEIRA-PITITTO, B. Tratamento do DM2 no SUS. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024**. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-do-dm2-no-sus/>>. Acesso em: 24 de outubro de 2025.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**/ Laurence Bardin; tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEZERRA, M. L. R.; *et al.* Aplicabilidade da teoria do déficit do autocuidado de Orem no Brasil: uma revisão integrativa. **J Manag Prim Health Care**, v. 9, n. 16, p. 1-19, 2018. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/538/741>>. Acesso em: 28 de setembro de 2025.

BORBA, A. K. O. T.; *et al.* Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 24, n. 1, p. 125-136. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>>. Acessado 12 de Outubro de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 16**; Série A. Normas e Manuais Técnicos. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 36**: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença

crônica – Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno_atencaobasica36.pdf>. Acesso em: 27 de setembro de 2025.

BRASIL. Município de São José dos Pinhais, Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de monitoramento da glicemia capilar**. São José dos Pinhais: SMS São José dos Pinhais, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2018/06/Tiras-Glicemia-protocolo.pdf>>. Acesso em: 26 de outubro de 2025.

BRASIL. Estado da Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB. **Protocolo de automonitorização domiciliar da glicemia**. Salvador: SESAB, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Protocolo-automonitoriza%C3%A7%C3%A3o-domiciliar-da-glicemia.pdf>>. Acesso em: 26 de outubro de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado - DM2 crônica**, 2023a. Disponível em: <[https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-\(DM2\)-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/dm2-cronica/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-(DM2)-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/dm2-cronica/)>. Acesso em: 26 de outubro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Diabetes Mellitus Tipo 2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/PCDTDM2.pdf>>. Acesso em: 28 de setembro de 2025.

BRUTSAERT, E. F. **Monitoramento e prevenção de complicações do diabetes**. BRASIL. Ministério da Saúde. Complicações do Diabetes mellitus. Manual MSD – Versão Saúde para a Família, 2023. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-hormonais-e-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-dm-e-dist%C3%BArbios-do-metabolismo-da-glicose-no-sangue/tratamento-medicamentoso-do-diabetes-mellitus#Terapia-de-substitui%C3%A7%C3%A3o-com-insulina_v25185070_pt>. Acesso em: 28 de setembro de 2025.

BRUTSAERT, E. F. **Diabetes mellitus (DM)** – Distúrbios hormonais e metabólicos. In: Manuais MSD – Versão Saúde para a Família, 2023b. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-hormonais-e-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-dm-e-dist%C3%BArbios-do-metabolismo-da-glicose-no-sangue/diabetes-mellitus-dm#Tratamento_v773058_pt>. Acesso em: 27 de outubro de 2025.

CARLESSO, G. P.; GONÇALVES, M. H. B.; MORESCHI JÚNIOR, D. Avaliação do conhecimento de pacientes diabéticos sobre medidas preventivas do pé diabético em Maringá (PR). **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 16, n. 2, p. 113–118, abr. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jvb/a/gCqgpVR3HqFN7xnr7gbDfwF/?lang=pt>>. Acesso em: 20 de setembro de 2025.

CARVALHO NETO, F. J.; *et al.* Conhecimento, prática e impedimentos do autocuidado com os pés de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. 1-13, 2022. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/81582/46883>>. Acesso em: 05 de outubro de 2025.

CORTEZ, D. N. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 250–255, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201500042>>. Acesso em: 16 de outubro de 2025.

COUTINHO, L. S. B.; TOMASI, E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 24, supl. 1, p. 1-15, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190578>>. Acesso em: 28 de setembro de 2025.

CUBAS, M. R.; *et al.* Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 3, p. 647–655, jul. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000300019>>. Acesso em: 08 de outubro de 2025.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; *et al.* Prevalência de diabetes mellitus autorreferido em mulheres e fatores associados: estudo de base populacional em São Leopoldo, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n. 2, p. 1-12, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-4974000300025>>. Acesso em: 5 de outubro de 2025.

DONOSO, M. T. V.; *et al.* Pacientes com lesões crônicas em membros inferiores, atendidos em hospital particular: estudo de prevalência. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, vol. 11, n. 2, p. 1-14, 2022. Disponível em: <<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/5388/6399>>. Acesso em: 07 de outubro de 2025.

DUARTE JUNIOR, E. G; *et al.* Diretrizes da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular sobre o pé diabético. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 23, p. 1- 38, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jvb/a/yzpF3x35BzHHyBBH85n8MFH/>>. Acesso em: 25 de maio de 2025.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754–757, set. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500022>>. Acesso em: 08 de outubro de 2025.

FALCÃO, L. M. S.; VELOSO, L. U. P. ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO DIABÉTICO – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO MUNICÍPIO DE PATOS DO PIAUÍ. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde, v.1, n.1, p. 15, 2020. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/18629>>. Acesso em: 13 de outubro de 2025.

FASSINA, G.; *et al.*, Avaliação do autocuidado em pacientes portadores do pé diabético. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. v.20, n.4, p. 200-206, 2019.

Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/35429>>. Acesso em: 08 de outubro de 2025.

FERREIRA, G. R. S. Autocuidado de pessoas idosas com diabetes mellitus e a relação interpessoal enfermeiro-paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, p.1-8, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1257>>. Acesso em: 15 de outubro de 2025.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, pág. 16–29, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/sHGvt9sy9YdGcGNWXyhh8GL/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 05 de outubro de 2025.

FONSECA, K. P.; RACHED, C. D. A. COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS. **International Journal of Health Management** –Edição nº 1 –Ano: 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v5i1.149>. Acesso em: 16 outubro 2025.

LANGE, C. **Os Significados de autocuidado segundo as enfermeiras**. Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/732003/id209975.pdf>>. Acesso em: 15 de outubro de 2025.

LIMA, L. J. L.; *et al.* Avaliação do autocuidado com os pés entre pacientes portadores de diabetes melito. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 21, p. 1-8, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jvb/a/gG8m6rmFzSjLHGbzZgB7dQHt/?lang=pt>>. Acesso em: 01 outubro 2025.

LIRA, J. A. C.; *et al.* Fatores associados ao risco de pé diabético em pessoas com diabetes mellitus na Atenção Primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. 1-10, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/KQSrsFPLqRXky6nq93ssJgb/?lang=pt>>. Acesso em: 13 de outubro de 2025.

LYRA, R.; *et al.* **Manejo da Terapia Antidiabética no DM2**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-terapia-antidiabetica-no-dm2-2/>>. Acesso em: 27 de outubro de 2025.

LOUZADA, M. L. C.; *et.al.* Alimentos ultraprocessados e o perfil nutricional da dieta no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 49, n. 38, p.1-11, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/dm9XvfGy88W3WwQGBKrRnXh/?lang=en>>. Acesso em: 15 de outubro de 2025.

MARQUES, F. R. D. M.; *et.al.* Diagnóstico de enfermagem em idosos com diabetes mellitus segundo Teoria do Autocuidado de Orem. **Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn**, v. 75, p.1-8, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/qZ6jSkCgcWBrP8VzqnzFffL/?lang=en>>. Acesso em: 15 de outubro de 2025.

MELO, K. F. S.; ALMEIDA-PITTITO, B.; PEDROSA, H. C. **Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 1 no SUS**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. Disponível

em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-do-diabetes-mellitus-tipo-1-no-sus/>>. Acesso em: 28 de setembro de 2025.

MENEZES, L. C. G.; *et al.* Pesquisa ação: práticas de autocuidado das pessoas com pé diabético. **Revista de Enfermagem: UFPE on line**, Recife, v. 11, p.3558- 3566, Set., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234486/27682>>. Acesso em: 07 de outubro de 2025.

MOURA, F.; *et.al.* Posicionamento conjunto com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **O paciente idoso com Diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2025). Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/o-paciente-idoso-com-diabetes/>>. Acesso em 07 de outubro de 2025.

MUZY, J.; *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 1-18, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/B9Fhg54pjQ677YVx9g3mHwL/?lang=pt>>. Acesso em: 04 de outubro de 2025.

NORONHA, J. A. F. *et al.* *Altered touch perception and associated risk factors in individuals with diabetes mellitus*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. 1-9, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/ZyLjRfWQJgdWH3VBtGvyPQs/?lang=en>>. Acesso em: 26 de outubro de 2025.

OLIVEIRA, A. F.; *et al.* Estimativa do custo de tratar o pé diabético, como prevenir e economizar recursos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p.1663-1671, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/dqcfHJrczTsJmrbZRncqkvr/>> Acesso em: 25 de maio de 2025.

OLIVEIRA, L. L.; *et al.* Atitudes e comportamentos dos diabéticos acerca das estratégias de prevenção e controle clínico do diabetes. **Revista de Medicina**, v. 98, n. 1, p. 16-22, 2019. Disponível em: <<https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/148752>>. Acesso em: 13 de outubro de 2025.

OLIVEIRA, N.; *et al.* Autocuidado de idosos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7 n. 3, p. 490-503, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26344>>. Acesso em: 06 de outubro de 2025.

PAES, R. G.; *et al.* Efeitos de intervenção educativa no letramento em saúde e no conhecimento sobre diabetes: estudo quase-experimental. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 1-8, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/Gdg7DbcVLH4nBjysxDcxVwK/?lang=pt>>. Acesso em: 05 de outubro de 2025.

REMOR, A.; *et al.* A teoria do autocuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n. 2/3, p. 6–11, abr./set. 1986. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/8Xv8DdQTVj7zwnGfS6dvSmb/?format=pdf>>. Acesso em: 28 de setembro de 2025.

ROCHA, M. C. V.; *et al.* Diabetes mellitus em idosos: prevalência e incidência no Brasil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, p. 2418-2431, 2024. Disponível em: <<https://share.google/sYquH9GaQMwoNDQpH>>. Acesso em: 27 de outubro de 2025.

RODAKCI, M.; *et al.* **Classificação do diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>>. Acesso em: 28 de setembro de 2025.

RODAKCI, R. A. *et al.* **Diagnóstico de diabetes mellitus**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024, Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/>>. Acesso em: 14 de maio de 2025.

SACCO, I. C. N.; *et al.* **Diagnóstico e prevenção de úlceras no pé diabético**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-prevencao-de-ulceras-no-pe-diabetico/>>. Acesso em: 28 de setembro de 2025.

SANTOS, S. D. Atividades de autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 13, p. 1-8, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241793>>. Acesso em: 26 de outubro de 2025.

SILVA JÚNIOR, J. N. B.; *et al.* Fatores associados ao consumo de açúcares de adição de idosos da região de Campinas-SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 1219–1228, abr. 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/NMCnssRw6XtysMsMNbwVjJb/?lang=pt>>. Acesso em: 15 de outubro de 2025.

SOUSA, V. M.; *et al.* Conhecimento sobre medidas preventivas para desenvolvimento do pé diabético. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 21, p.1-8, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/50951>>. Acesso em 16 de outubro de 2025.

SOUZA, A. O. **Plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com diabetes mellitus**: estímulo ao autocuidado na atenção primária a saúde. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, p. 308. 2024. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/94801>>. Acesso em: 28 de setembro de 2025.

SOUZA, C. S.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Tradução e adaptação do instrumento “suitability assessment of materials” (sam) para o português. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 9, n. 5, p. 7854-7861, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/directbitstream/3ab8a7a7-5e39-4ed5-8103-dfd428576f/TURRINI,%20R%20N%20T%20doc%20110e.p...>>. Acesso em: 08 de outubro de 2025.

TANQUEIRO, M. T. O. S. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**, III Série, n. 9, p.151-160, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239968002>>. Acesso em 12 de outubro de 2025.

TORRES, H. C.; *et al.* Atualização dos profissionais de saúde sobre as práticas educativas em Diabetes Mellitus na atenção primária. Belo Horizonte: **Convibra Saúde**, p. 1-11, 2016. Disponível em: <<https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2021/12/ATUALIZACAO-DOS->>

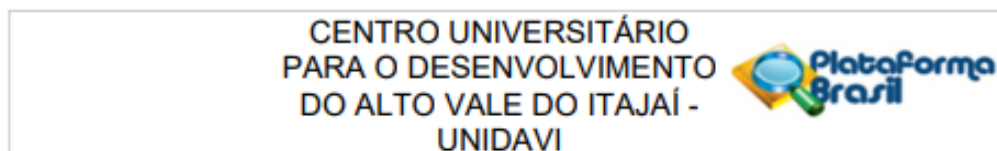
PROFISSIONAIS-DE-SAÚDE-SOBRE-AS-PRATICAS-EDUCATIVAS-EM-DIABETES-MELLITUS-NA-ATENCAO-PRIMARIA.pdf> Acesso em: 25 de maio de 2025.

VICENTE, M. C.; *et al.* Resiliência e autocuidado de pessoas idosas com diabetes mellitus. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 20, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/3240/324058874004/html/>> Acesso em: 15 de outubro de 2025.

VIEIRA, C. K. R.; *et al.* A enfermagem na prevenção e manejo de complicações em pacientes diabéticos. **Livros da Editora Integrar**, Práticas em Saúde Coletiva: Contextualizando os Saberes e Experiências, p. 13-22, 2023. Disponível em: <<https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/livros/article/view/3858>> Acesso em: 13 de outubro de 2025.

ANEXOS

ANEXO I - Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO DE LESÕES NOS PÉS EM IDOSOS COM DIABETES TIPO 2

Pesquisador: VANESSA ZINK

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89351425.8.0000.5676

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.739.653

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a ser desenvolvida em um município do Alto Vale do Itajaí, sobre as estratégias de autocuidado e prevenção de lesões nos pés, adotadas por pacientes com diabetes mellitus tipo 2, na faixa etária entre 60 a 70 anos, em acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde do município da pesquisa. A coleta de dados ocorrerá no domicílio dos participantes, e será realizada por meio de um roteiro de entrevista, elaborado com perguntas abertas e fechadas. As respostas dos sujeitos de pesquisa serão gravadas (gravação de áudio) e posteriormente transcritas na íntegra. Estima-se 15 participantes de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Identificar as práticas de autocuidado realizadas por pacientes idosos com diabetes mellitus para a prevenção do pé diabético.

Objetivos Específicos:

Entender quais hábitos de vida os diabéticos adotam diariamente para melhora da saúde.

Compreender qual o conhecimento dos portadores de diabetes sobre prevenção de lesões.

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMÉRICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6026

E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 7.739.653

Identificar a compreensão dos pacientes quanto aos hábitos que interferem no mal controle da diabetes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo apresenta risco mínimo aos participantes, devendo-se considerar o risco de constrangimento dos idosos ao participarem da coleta de dados. Para minimizar o risco, a coleta de dados será individualizada, em ambiente privativo, e serão preservados o sigilo e anonimato dos participantes, com seus nomes substituídos por números (1,2,3...). As pesquisadoras se comprometem a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de psicologia da Secretaria de Saúde do município onde será realizada a pesquisa no caso de qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa.

Benefícios:

Enquanto benefícios do estudo pode-se destacar a oportunidade de avaliar o autocuidado e de que forma é realizada a prevenção de lesão dos idosos e identificar, de forma precoce, agravos à saúde desses, encaminhando-se os idosos para avaliação e conduta dos profissionais da Equipe de Saúde da Família. Além disso, espera-se contribuir com a equipe de saúde com o incentivo ao uso de instrumentos de avaliação do idoso, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo aborda temática com relevância no que tange a atenção à saúde dos indivíduos com doenças crônicas. Fomenta a prática da promoção da saúde e da educação popular em saúde, elementos essenciais para a organização do autocuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados dentro dos preceitos éticos.

Recomendações:

Sugere-se a publicação dos resultados respeitando as normativas em relação ao sigilo e anonimato dos participantes de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do Exposto, das pendências serem sanadas e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016, LEI nº 14.874/2024 e Norma

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13		
Bairro: JARDIM AMÉRICA		CEP: 89.160-932
UF: SC	Município: RIO DO SUL	
Telefone: (47)3531-6026	E-mail: etica@unidavi.edu.br	

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 7.739.653

Operacional nº 001 de 2013, o Comitê de Ética e CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do Exposto, das pendências serem sanadas e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016, LEI nº 14.874/2024 e Norma Operacional nº 001 de 2013, o Comitê de Ética e CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2566737.pdf	01/07/2025 14:46:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_PROJETO_CAMILA_.pdf	01/07/2025 14:46:23	VANESSA ZINK	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta_resposta.pdf	01/07/2025 14:46:06	VANESSA ZINK	Aceito
Outros	termo_psi.pdf	05/06/2025 14:36:12	VANESSA ZINK	Aceito
Outros	termo_voz_camila.pdf	05/06/2025 14:32:43	VANESSA ZINK	Aceito
Outros	anuencia_camila.pdf	05/06/2025 14:24:42	VANESSA ZINK	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Camila_assinado.pdf	05/06/2025 14:18:48	VANESSA ZINK	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Camila_assinado.pdf	02/06/2025 20:15:49	VANESSA ZINK	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_Conformidade_entre_os_Documentos_assinado.pdf	02/06/2025 18:55:16	VANESSA ZINK	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso_de_Utilizacao_de_dados_assinado.pdf	02/06/2025 18:50:41	VANESSA ZINK	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMÉRICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6026

E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 7.739.653

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DO SUL, 01 de Agosto de 2025

Assinado por:

**JOSIE BUDAG MATSUDA
(Coordenador(a))**

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMERICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6026

E-mail: etica@unidavi.edu.br

ANEXO II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-



**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ**

PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO DE LESÕES NOS PÉS EM IDOSOS
COM DIABETES TIPO 2**

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____ residente e domiciliado
_____,
portador da Carteira de Identidade, RG nº _____ nascido (a) em ____/____/_____,
concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa
**AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO DE LESÕES NOS PÉS EM IDOSOS COM
DIABETES TIPO 2**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos
os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O objetivo geral do estudo é: Identificar as práticas de autocuidado realizadas por pacientes idosos com diabetes mellitus para a prevenção do pé diabético. Os objetivos específicos serão: Entender quais hábitos de vida os diabéticos adotam diariamente para melhora da saúde; compreender qual o conhecimento dos portadores de diabetes sobre prevenção de lesões e identificar a compreensão dos pacientes quanto aos hábitos que interferem no mal controle da diabetes.
2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois possibilitará, a partir da compreensão de como acontece o autocuidado com os pés, quais orientações receberam, percepção dos pacientes quanto à gravidade

das possíveis complicações decorrentes do diabetes, assim para aprimorar estratégias de cuidado efetivas, que possibilitem melhora da qualidade de vida, bem como garantia da assistência à saúde adequada para as necessidades desses indivíduos.

3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: homens e mulheres, entre 60 e 70 anos, com diabetes tipo dois, insulino e não insulino dependente e que assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Serão excluídos da pesquisa, os indivíduos menores de 60 anos e maiores de 80 anos, que possuem lesão nos pés, que apresentam dificuldade significativa de comunicação, alguma deficiência auditiva ou outras limitações que impossibilitem a realização da entrevista, contatados até três vezes e que não aceitaram participar da pesquisa ou não foram encontrados.
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de: um roteiro de entrevista elaborado com perguntas abertas e fechadas, onde as respostas dos sujeitos de pesquisa serão coletadas através de um gravador de voz e posteriormente transcritas na íntegra. A coleta de dados acontecerá nas no domicílio dos sujeitos de pesquisa, considerando-se a possibilidade de visita nos período e vespertino. Serão realizadas 3 tentativas para realização da coleta de dados. A pesquisadora identificar-se-á para cada participante do estudo, realizando a leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Caso concordem, livre e espontaneamente, em participar do estudo, os indivíduos assinarão o TCLE, em duas vias de igual teor, ficando uma com a pesquisadora e a outra com o entrevistado. Cada indivíduo que compõe a população do estudo será entrevistado individualmente, em ambiente privativo, iluminado, dando a ele conforto e minimizando riscos de constrangimento. As respostas serão registradas por gravação de voz e após transcritas na íntegra em planilha própria para posterior análise de dados.
5. A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações dos participantes que responderem ao questionário, os nomes dos respectivos indivíduos serão substituídos por números (1,2,3,4...) e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis.
6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer como benefícios o: a possibilidade de auxiliar os profissionais de saúde frente ao autocuidado desses indivíduos e proporcionar uma melhora na qualidade de vida. Os resultados deste estudo poderão contribuir para o autocuidado e conhecimento para prevenção de lesões nos pés para os indivíduos e familiares, e auxiliar elaborar estratégias de educação em saúde com foco no autocuidado.
7. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir a vontade para continuar. A pesquisadora se comprometerá a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde na secretaria de saúde do município do Alto Vale do Itajaí, em Santa Catarina; caso eu sinta

qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecido (a) emocionalmente para o término da entrevista.

8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Vanessa Zink no telefone (47) 99741-3282, ou no endereço Rua Ricardo Stein – Rio Ferro - Presidente Getúlio, CEP 89150-000.
9. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails: Camila Alves de Souza, e-mail: camilaalves.souza@unidavi.edu.br, telefone (47) 99217-7804 e Vanessa Zink, email: vanessa.zink@unidavi.edu.br, telefone: (47) 99741-3282..
10. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.
11. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.
12. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.
13. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa que serão apresentados na Mostra Acadêmica de Enfermagem e nas Bancas de TCC.
14. Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Rio do Sul, _____ de _____ de 2025.

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Vanessa Zink – COREN-SC: . Endereço para contato: Rua Ricardo Stein, Rio Ferro - Presidente Getúlio - CEP 89150-000. Telefone para contato: (47) 99741-3282; E-mail: vanessa.zink@unidavi.edu.br.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa,13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para contato: (47) 3531-6026. etica@unidavi.edu.br.

APÊNDICE

APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Este questionário tem o objetivo de avaliar o conhecimento e os hábitos de cuidado dos pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 em relação à saúde dos pés. Suas respostas nos ajudam a melhorar as estratégias de prevenção e tratamento.

1. Anamnese:

Nome: _____

1.1 Idade: ____ anos

1.2.Sexo: () Masculino () Feminino

1.3 Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a)/União estável () Viúvo(a) () Divorciado(a)

1.4 Grau de escolaridade: () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo

1.5 Você mora: () Sozinho(a) () Com familiares () Com cuidador

1.6 Tempo de diagnóstico do diabetes:

() Menos de 1 ano () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () Mais de 10 anos

1.7 Qual o tipo de tratamento que você realiza atualmente? (pode marcar mais de uma opção)

() Uso de insulina () Uso de medicamentos orais () Alimentação controlada

() Prática de exercícios () Outro: _____

2. Hábitos de cuidado com os pés:

2.1 Com que frequência você realiza exames de controle da diabetes?

2.2 Você examina seus pés diariamente? Em caso afirmativo, o que você observa?

2.3 Você poderia descrever quais os cuidados que realiza em relação aos seus pés?

3. Uso de calçados:

Que tipo de calçado você costuma usar no dia a dia?

4. Conhecimento sobre Prevenção de Lesões:

4.1 Já recebeu orientação de um profissional de saúde sobre como cuidar dos pés? Quais foram as orientações?

4.2 Quais hábitos você considera importantes para manter a diabetes sob controle?

4.3 Quais cuidados você considera importantes para evitar lesões ou complicações da diabetes?

4.4 Quais comportamentos ou hábitos você acredita que pioram o controle da diabetes?

4.5 Você sabe quais complicações o diabetes pode causar nos pés?

4.6 Você procura atendimento para cuidar da saúde dos seus pés? Se sim, onde?

4.7 Caso você tenha machucado os pés, como você os cuidou?

5. Sugestões e Dificuldades:

5.1 Quais são as maiores dificuldades que você encontra para cuidar dos seus pés?

5.2 Você está satisfeito com o atendimento da Unidade Básica de Saúde para ajudar no cuidado dos seus pés?

Este questionário será útil para identificar os pontos que precisam de maior atenção e orientar estratégias para melhorar o cuidado e a prevenção de lesões nos pés. Agradecemos a sua participação!