



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
DOUTORADO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

LUCIANA CATUNDA GOMES DE MENEZES

**EFICÁCIA DE FILME EDUCATIVO DE CURTA-METRAGEM PARA O
AUTOCUIDADO COM O PÉ DIABÉTICO: ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO
RANDOMIZADO**

FORTALEZA – CEARÁ

2016

LUCIANA CATUNDA GOMES DE MENEZES

EFICÁCIA DE FILME EDUCATIVO DE CURTA-METRAGEM PARA O
AUTOCUIDADO COM O PÉ DIABÉTICO: ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO
RANDOMIZADO

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para à obtenção do título de Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados clínicos em enfermagem e saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Vilani Cavalcante Guedes.

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Menezes, Luciana Catunda Gomes de.

Eficácia de filme educativo de curta-metragem para o autocuidado com o pé diabético: ensaio clínico controlado randomizado [recurso eletrônico] / Luciana Catunda Gomes de Menezes. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 1/2 pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 263 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Cuidados clínicos em enfermagem e saúde..

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes..

1. Enfermagem. 2. Pesquisa metodológica em enfermagem. 3. Ensaio clínico controlado aleatório. 4. Pé diabético. 5. Autocuidado. I. Título.

LUCIANA CATUNDA GOMES DE MENEZES

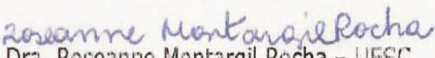
EFICÁCIA DE FILME EDUCATIVO DE CURTA-METRAGEM PARA O
AUTOCUIDADO COM O PÉ DIABÉTICO: ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO
RANDOMIZADO

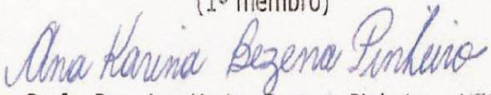
Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

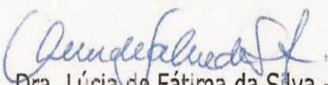
Aprovado em: 20 de dezembro de 2016.

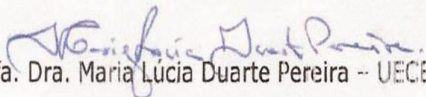
BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes -- UECE
(Orientadora e Presidente)


Profa. Dra. Roseanne Montargil Rocha -- UESC
(1º membro)


Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro -- UFC
(2º membro)


Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva -- UECE
(3º membro)


Profa. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira -- UECE
(4º membro)

Ao meu querido pai, José Rolim Gomes (*in memoriam*), exemplo de pessoa e de pai; grande incentivador do meu trabalho. Com seu “saber da sabedoria”, ele sempre dizia que na vida tudo tem jeito, só não para a morte. Ensinou-me a nunca desistir, e nos momentos em que me encontrei incapaz de prosseguir, incentivou-me e fez-me forte.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre ao meu lado dando-me forças para superar todas as dificuldades, guiando meus passos e segurando minhas mãos na busca dos caminhos considerados por ele o melhor para mim.

Aos pacientes da pesquisa por terem disponibilizado seu tempo e muitas vezes vencido suas limitações físicas para participarem desse trabalho.

A minha querida orientadora, professora e amiga Dr.^a Maria Vilani Cavalcante Guedes, pela receptividade ao longo desses mais de seis anos, por tornar nossos encontros para orientação enriquecedores, pela paciência, pelas palavras de incentivo, pela compreensão e respeito pessoal diante das minhas limitações, pela disponibilidade, pela objetividade e incalculáveis contribuições. Meus agradecimentos e admiração.

Ao meu amado esposo Fábio Oliveira de Menezes, pelo companheirismo, pelo amor, confiança, paciência e incentivo para que eu conseguisse alcançar mais esta conquista. Obrigada por ser sempre meu porto seguro nos momentos mais difíceis.

Aos meus filhos, João Marcelo, Gustavo e José Rolim Gomes Neto. Muitas vezes vocês não conseguiam entender minha ausência, mas sempre se dedicaram aos estudos, e cumpriram suas responsabilidades. Meu tempo voltado à construção desse trabalho provavelmente mostrou-lhes a importância da valorização dos estudos para a obtenção dos seus objetivos.

A minha querida família, em especial minha mãe Erlene, minha irmã Geórgia, minha cunhada Márcia e meus sobrinhos, pelo apoio para mais esta realização.

A minha amiga e irmã Beth, exemplo de pessoa encantadora, doce e gentil. Obrigada pelas conversas, desabafos e por tornar mais leve a minha árdua missão de pesquisadora.

Ao meu irmão Halder Gomes, pela amizade, companheirismo, paciência e dedicação durante a construção do roteiro e da produção do filme. Por compartilhar comigo todo seu saber na área de cinema. Tenho certeza de que nesse momento você está orgulhoso de mim.

Ao meu cunhado Maurício, por estar ao meu lado quando mais precisei.

A minha concunhada Juliana Menezes, por vibrar pelo meu sucesso e por sempre acreditar em mim. Obrigada por sua amizade e companheirismo.

Às primas e amigas Norma, Nylane e Fernanda que sempre me incentivaram, na busca dessa vitória. Hoje vamos comemorar.

As minhas secretárias Damiana e Deusilene que estiveram presentes ao lado dos meus filhos nos momentos da minha ausência.

Às estimadas amigas: Yara Lanne, Denizelle Moura, Luciana Marrocos, Eline Saraiva, Alexandra Araújo, Nádyá Moura, Ariane Alves, Roberta Meneses e Luara Abreu, pelo companheirismo e incentivo.

Aos amigos do grupo de pesquisa, muito obrigada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro.

Aos meus queridos acadêmicos de enfermagem, Pedro, Bia, Milena, Alyne, Jonas e “Flor”, pelo companheirismo, convivência, ao me ajudarem durante os meses da coleta de dados. Sem a participação de vocês, esta pesquisa não seria possível.

Às coordenadoras dos Centros de Saúde, pela receptividade e disposição em colaborar com a operacionalização da pesquisa, em especial a Coordenadora Lucila, do Posto de Saúde Flávio Marcílio, que autorizou as filmagens.

Aos demais profissionais dos Centros de Saúde, sobretudo os agentes comunitários de saúde, pelas inestimáveis contribuições ao recrutarem pessoas com diabetes para os nossos encontros.

Aos integrantes da equipe técnica que participaram das filmagens do “Pés Que Te Quero[®]”, particularmente ao meu diretor Olavo, pela disponibilidade, objetividade e contribuições para que esta produção saísse da melhor maneira possível.

Aos componentes da Banca Examinadora, Dr.^a Roseanne Montargil, Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro, Dr.^a Lúcia de Fátima da Silva, Dr. Paulo César, Dr.^a Maria Célia de Freitas e Dr.^a Maria Lúcia Duarte Pereira, pelas enriquecedoras contribuições.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, que foram tão importantes para minha formação, pela oportunidade de conhecimento e experiências.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a construção desse trabalho.

RESUMO

O estudo teve por objetivos: testar os efeitos do filme educativo de curta-metragem para a habilidade do autocuidado na prevenção do pé diabético, construir um filme educativo de curta-metragem para a prevenção do pé diabético, validar o conteúdo e características técnicas do filme educativo de curta-metragem, validar o filme educativo de curta-metragem junto à população-alvo, comparar a habilidade do autocuidado para a prevenção do pé diabético entre o grupo controle e grupo intervenção. Trata-se de um estudo com duas etapas, a primeira uma pesquisa metodológica e a segunda um estudo experimental, do tipo ensaio clínico controlado randomizado. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob CAEE: 47663215.5.0000.5534 e registrada na Plataforma de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos sob nº de identificação universal TRIAL: RBR-3PFCJS. O estudo metodológico foi desenvolvido em três fases: pré-produção, produção e pós-produção. Na validação, os proficientes de conteúdo (31 enfermeiros), validaram a primeira versão do roteiro com o Índice de Validade de Conteúdo global de 0,95 e o segundo grupo, da área de comunicação (6 técnicos), com o Índice de Validade de Conteúdo global de 0,97. A tecnologia criada foi um filme educativo de curta-metragem intitulado “Pés Que Te Quero[®]” contendo doze cenas com tempo de duração de 24 minutos e sete segundos, que abordou as habilidades de autocuidado com o diabetes e com os pés. Registrou-se o filme no Escritório de Direitos Autorais do Ministério da Cultura sob nº 696.446 e em cartório sob protocolo nº 468282. O filme educativo foi avaliado pelo público-alvo e considerado relevante, com pontuação global que variou de 0,95 a 0,97. Na segunda etapa, executou-se um Ensaio Clínico Controlado Randomizado. Fez-se a coleta de dados com a validação clínica da tecnologia, que ocorreu de maio a agosto de 2016, com 82 pessoas com diabetes, realizada em dois momentos nos postos de saúde das seis Secretarias Executivas Regionais, divididas em dois grupos: controle (n=39), que recebeu orientações por meio de uma palestra educativa, e intervenção (n=43), que assistiu ao filme. Verificou-se a homogeneidade dos grupos, pois não houve associação estatisticamente significativa nas variáveis sociodemográficas, relacionadas à doença e à clínica ($p>0,05$). A avaliação da adequação das habilidades do autocuidado com os pés segundo as variáveis relacionadas à doença e à clínica demonstrou melhoria em quase todos os itens no grupo intervenção. No

grupo controle, só foi estatisticamente significativa no tempo de diabetes de dois a cinco anos, na presença de outras doenças crônicas, no hábito de não fumar, de não ingerir bebidas alcóolicas, na a pressão arterial diastólica normal e na glicemia alterada ($p < 0,05$). Nos dois grupos (controle e intervenção), ao longo dos quatro meses de acompanhamento, a habilidade do autocuidado com os pés elevou-se. Conclui-se que, a intervenção educativa com o filme de curta-metragem “Pés Que Te Quero[®]” mostrou significância clínica, repercutindo no aumento do conhecimento sobre a doença e nos cuidados corretos com os pés, na melhora das habilidades do autocuidado, bem como na prevenção de complicações nos pés.

Palavras-chave: Enfermagem. Pesquisa metodológica em enfermagem. Ensaio clínico controlado aleatório. Pé diabético. Autocuidado. Cinema como assunto.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the effects of an educational short-film for the self-care ability in diabetic foot prevention; construct an educational short-film for the diabetic foot prevention; validate its content and technical characteristics; validate it with the target population; and compare the self-care ability for diabetic foot prevention between the control and the intervention groups. This is a two-step study, the first being a methodological research and the second an experimental study of randomized controlled clinical trial type. Research Ethics Committee of the State University of Ceará approved the research under CAEE No. 47663215.5.0000.5534 and it was registered in the Brazilian Clinical Trials Registry under TRIAL: RBR-3PFCJS. The methodological study occurred in three phases: pre-production, production, and post-production. In the validation, the content experts (31 nurses) validated the first version of the script with the overall Content Validity Index of 0.95, and the second group, of the communication area (6 technicians), with the overall Content Validity Index of 0.97. The technology created was an educational short-film called “Pés Que Te Quero[®]” containing twelve scenes, lasting 24 minutes and seven seconds, and addressing the self-care ability with diabetes and feet. The film was registered in the Copyright Office of the Ministry of Culture under No. 696,446 and in the public registry under protocol No. 468282. The target audience evaluated the educational film and considered it relevant, with a global score ranging from 0.95 to 0.97. In the second step, a Randomized Controlled Clinical Trial took place. Data collection occurred with the clinical validation of the technology, which occurred from May to August 2016, with 82 people with diabetes, performed in two moments at the health units of the six Regional Executive Offices, divided into two groups: control (n=39), who received guidance through an educational lecture; and intervention (n=43), who watched the film. The groups were homogeneous, since there was no statistically significant association in the socio-demographic variables, related to the disease and the clinic ($p>0.05$). The evaluation of the adequacy of self-care ability with the feet according to the variables related to the disease and the clinic presented improvement in almost all the items in the intervention group. In the control group, only the following variables were statistically significant: time of diabetes of two to five years; presence of other chronic diseases; non-smoking habit; non-consumption of alcohol; normal diastolic blood pressure; and altered glycaemia ($p<0.05$). In both

groups (control and intervention), during the four months of follow-up, the self-care ability with the feet increased. Thus, it was concluded that the educational intervention with the short-film “Pés Que Te Quero[®]” presented clinical significance, impacting on the increase of knowledge about the disease and correct foot care, on the improvement of self-care ability, as well as on the prevention of foot complications.

Keywords: Nursing. Nursing Methodology Research. Randomized Controlled Trial. Diabetic Foot. Self Care. Motion Pictures as Topic.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivos: probar los efectos de corto película educativa para la capacidad del autocuidado en la prevención del pie diabético, construir una película de cortometraje educativo para prevención del pie diabético, validar el contenido y las características técnicas de la película cortometraje educativo, validar la película cortometraje educativo por la población objetivo, comparar las habilidades del autocuidado para la prevención del pie diabético entre el grupo control y el grupo intervención. Estudio con dos etapas, la primera de una investigación metodológica y la segunda un estudio experimental, del tipo ensayo controlado aleatorizado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Estado del Ceará bajo CAEE: 47663215.5.0000.5534 e inscrita en la Plataforma de Registro Brasileño de Ensayos Clínicos bajo el número universal de identificación de ensayos: RBR-3PFCJS. El estudio metodológico se llevó a cabo en tres fases: pre-producción, producción y post-producción. En la validación, los competentes sobre el contenido (31 enfermeros), validaron la primera versión del guión con el Índice de Validez de Contenido global de 0,95 y el segundo grupo de área de comunicación (6 técnicos), con Índice de Validez Contenido global de 0,97. La tecnología creada fue una película de cortometraje educativo titulado "Pies Que Te Quiero®" con doce escenas con duración de 24 minutos y siete segundos, que abordó las habilidades de autocuidado con la diabetes y los pies. Se registró la película en la Oficina de Derechos de Autor del Ministerio de la Cultura según el número 696446 y notariado bajo protocolo 468282. La película educativa se evaluó por el público objetivo y fue considerada relevante, con puntuación global de 0.95 a 0, 97. En la segunda etapa, se ejecutó un Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado. Se hizo la recogida de datos con la validación clínica de la tecnología, que se llevó a cabo entre mayo y agosto de 2016, con 82 personas con diabetes, en dos fases en los centros de salud de las seis Secretarías Regionales Ejecutivas, divididas en dos grupos: control (n = 39) que recibieron orientación a través de una charla educativa y de intervención (n = 43), que vieron la película. Se verificó la homogeneidad de los grupos, ya que no hubo asociación estadísticamente significativa en las variables sociodemográficas, relacionadas con la enfermedad y la clínica ($p > 0,05$). La evaluación de adecuación de las habilidades del autocuidado con los pies según las variables relacionadas con la enfermedad y la clínica mostró mejoría en casi todos los artículos del grupo de

intervención. En el grupo de control, sólo fue estadísticamente significativa en el momento de la diabetes de dos a cinco años, en la presencia de otras enfermedades crónicas, en el hábito de no fumar, de no beber bebidas alcohólicas, en la presión arterial diastólica normal y en la glucosa sanguínea alta ($p < 0,05$). En ambos grupos (control e intervención), durante los cuatro meses de seguimiento, la capacidad del autocuidado con los pies se elevó. En conclusión, la intervención educativa con la película de cortometraje educativo "Pies Que Te Quiero®" mostró significación clínica, lo que refleja aumento de los conocimientos sobre la enfermedad y el cuidado apropiado de los pies, la mejora de las habilidades del autocuidado, así en la prevención de complicaciones en los pies.

Palabras clave: Enfermería. Investigación Metodológica en Enfermería. Ensayo Clínico Controlado Aleatorio. Pie diabético. Autocuidado. Cine como Asunto.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1–	Caracterização das pesquisas e estratégias ou técnicas de educação em saúde referenciadas. Fortaleza-CE, 2015.....	44
Quadro 2–	Divisão dos proficientes segundo sua função durante a validação. Fortaleza-CE, 2016.....	63
Quadro 3–	Crítérios de seleção para proficientes enfermeiros para avaliar o conteúdo e com experiência em comunicação para avaliar a coerência do roteiro. Fortaleza-CE, 2016.....	64
Quadro 4–	Definição das variáveis e os respectivos aspectos avaliados pelos proficientes de conteúdo. Fortaleza-CE, 2016.....	65
Quadro 5–	Definição das variáveis e os respectivos aspectos avaliados pelos proficientes em comunicação. Fortaleza-CE, 2016.....	66
Quadro 6–	Conteúdo científico abordado no roteiro final, segundo categorias de assunto. Fortaleza-CE, 2016.....	93
Quadro 7–	Sugestões dos proficientes, aceitação ou recusa e justificativa do pesquisador. Fortaleza-CE, 2016.....	100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1–	Fluxograma de seleção dos estudos da revisão integrativa. Fortaleza-CE, 2015.....	43
Figura 2–	Representação gráfica das fases do desenvolvimento do filme educativo de curta-metragem. Fortaleza-CE, 2016.....	58
Figura 3–	Divisão geográfica das regionais de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2016.....	75
Figura 4–	Representação gráfica da coleta de dados. Fortaleza-CE, 2016.....	79
Figura 5–	Imagens do filme “Pés Que Te Quero®”. Fortaleza-CE, 2016.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1–	Índice de Validade de Conteúdo, teste de distribuição binominal dos itens e alfa de Cronbach das dimensões do filme <i>Pés Que Te Quero</i> [®] . Fortaleza-CE, 2016.....	96
Tabela 2–	Índice de Concordância e IVC das dimensões do filme “ <i>Pés Que Te Quero</i> [®] ”. Fortaleza-CE, 2016.....	109
Tabela 3–	Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo de cada assunto contidos nas cenas, segundo a análise das pessoas com DM. Fortaleza-CE, 2016.....	119
Tabela 4–	Distribuição do número de pessoas com diabetes, segundo as variáveis sociodemográficas e o grupo. Fortaleza-CE, maio/agosto/2016.....	121
Tabela 5–	Distribuição do número de pessoas com diabetes, segundo as variáveis relacionadas à doença e à clínica por grupo. Fortaleza-CE, maio/agosto/2016.....	128
Tabela 6 –	Distribuição do número de pessoas com diabetes, segundo a adequação das variáveis relacionadas à doença, à clínica por grupo. Fortaleza-CE, maio/agosto/2016.....	140
Tabela 7 –	Classificação de risco para pé diabético dos participantes segundo o <i>International Working Group on the Diabetic Foot</i> (2015), por grupos na avaliação basal. Fortaleza-CE, maio/agosto/2016.....	149
Tabela 8 –	Distribuição numérica e percentual do questionário de habilidades do autocuidado com os pés antes e após as intervenções, segundo determinados aspectos de todos os participantes. Fortaleza-CE, maio/agosto/2016.....	151
Tabela 9 –	Distribuição numérica e percentual do questionário de habilidades do autocuidado com os pés antes e após as intervenções, segundo determinados aspectos dos participantes que responderam sim ou às vezes. Fortaleza-CE, maio/agosto/2016.....	161

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ACSs	Agentes Comunitários de Saúde
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
AMGC	Automonitoramento da Glicemia Capilar
ANCINE	Agência Nacional do Cinema
APS	Atenção Primária à Saúde
CAEE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CE	Consulta de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CINAHL	<i>Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature</i>
COGETS	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
DAP	Doença Arterial Periférica
DCNTs	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DM1	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1
DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
DVD	<i>Digital Versatile Disk</i>
ECCR	Ensaio Clínico Controlado Randomizado
EDA	Escritório de Direitos Autorais
FBN	Fundação Biblioteca Nacional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HBA1C	Hemoglobina Glicada
HIPERDIA	Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes <i>Mellitus</i>
HO	Hipoglicemiantes Orais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC	Índice de Concordância
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IWGD	<i>International Working Group on The Diabetic Foot</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MMII	Membros Inferiores
ND	Neuropatia Diabética
NPD	Neuropatia Periférica Diabética
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses</i>
PUBMED/MEDLINE	<i>National Library of Medicine</i>
REBEC	Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SCIELO	<i>Eletrônica Scientific Eletronic Library Online</i>
SER	Secretaria Executiva Regional
SIS-HIPERDIA	Sistema de Informação HIPERDIA
SMCG	Sistema de Monitoramento Contínuo de Glicose
SPP	Sensibilidade Protetora Plantar
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Teoria do Autocuidado de Orem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UTT	<i>The Universal Trial Number</i>
VHS	<i>Vídeo Homes System</i>

VIGITEL

Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção
para Doenças Crônicas não Transmissíveis

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	22
2	HIPÓTESES.....	35
3	OBJETIVOS.....	36
3.1	GERAL.....	36
3.2	ESPECÍFICO.....	36
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	37
5	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	52
5.1	TEORIA DO AUTOUIDADO DE DOROTHEA OREM.....	52
5.2	PERCURSO DA PESQUISA.....	56
5.2.1	Primeira fase: estudo metodológico.....	56
5.2.1.1	Construção de filme educativo de curta-metragem.....	58
5.2.1.2	Validação de filme educativo de curta-metragem.....	61
5.2.2	Segunda fase: estudo experimental.....	73
5.2.2.1	Local do estudo.....	74
5.2.2.2	População e amostra do estudo.....	76
5.2.2.3	Coleta de dados.....	77
5.2.2.4	Instrumentos para registro dos dados.....	79
5.2.2.5	Definição operacional das variáveis.....	82
5.2.2.6	Intervenções.....	84
5.2.2.7	Período de coleta de dados.....	85
5.2.2.8	Análise dos dados.....	85
5.2.2.9	Aspectos éticos.....	86
6	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	87
6.1	DESCRIÇÃO DA CONSTRUÇÃO DO FILME DE CURTA-METRAGEM.....	87
6.2	ANÁLISES DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO ROTEIRO DO FILME PELOS PROFICIENTES.....	95
6.2.1	Proficientes da área da enfermagem.....	95
6.2.2	Proficientes da área de comunicação.....	108
6.3	VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DO FILME	112
6.4	CARACTERIZAÇÃO DO ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO RANDOMIZADO.....	120

6.4.1	Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.....	120
6.4.2	Avaliação da adequação das habilidades do autocuidado no tocante às variáveis da doença e da clínica antes e após as intervenções educativas.....	140
6.4.3	Classificação de risco para pé diabético dos participantes, segundo o <i>International Working Group on the Diabetic Foot</i> (2015).....	148
6.4.4	Avaliação das habilidades do autocuidado com os pés antes e após as intervenções educativas.....	150
7	CONCLUSÃO.....	167
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	170
	REFERÊNCIAS.....	171
	APÊNDICES.....	192
	APÊNDICE A – CARTA-CONVITE.....	193
	APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) – PROFICIENTES.....	194
	APÊNDICE C– QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO PROFICIENTES DE CONTEÚDO (ENFERMAGEM)	195
	APÊNDICE D– QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO PROFICIENTES COM EXPERIÊNCIA EM COMUNICAÇÃO.....	196
	APÊNDICE E– INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DO FILME– PROFICIENTES DE CONTEÚDO (ENFERMAGEM).....	197
	APÊNDICE F– INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DO FILME – PROFICIENTES EM COMUNICAÇÃO.....	201
	APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – POPULAÇÃO-ALVO.....	206
	APÊNDICE H– INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO FILME – POPULAÇÃO-ALVO.....	207
	APÊNDICE I– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO INTERVENÇÃO E GRUPO CONTROLE..	209
	APÊNDICE J– INSTRUMENTO DE HABILIDADES SOBRE O AUTOCUIDADO DO PÉ DIABÉTICO.....	
	APÊNDICE K – CARTÃO DO PÉ.....	216

APÊNDICE L– ROTEIRO DO FILME.....	217
ANEXOS.....	239
ANEXO A– CERTIDÃO DE REGISTRO OU AVERBAÇÃO.....	240
ANEXO B– DECUPAGEM DAS CENAS.....	241
ANEXO C– PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	256

1 INTRODUÇÃO

O ser humano é bastante complexo e durante toda sua existência buscou manter bom equilíbrio no *continuum* saúde-doença. Como se observa na realidade, nem todos conseguem atingir níveis desejados para manter esse equilíbrio, quer por herança genética quer por maior exposição a determinados comportamentos que muitas vezes podem evoluir para os adoecimentos, sejam eles de caráter agudo ou crônico.

Quando acometidos por doenças crônicas, os indivíduos requerem vigilância contínua e necessidade de realizar o autocuidado para prevenção de complicações. Essa verdade se aplica para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), dentre essas, em especial, o diabetes *mellitus* (DM), por ser uma doença grave e frequente na população adulta, apresentando elevada morbimortalidade principalmente devido às complicações crônicas decorrentes, as quais geram consequências de cunho social, econômico e psicológico (AUDI *et al.*, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES-SBD, 2015-2016). Tão grave quanto o crescimento da doença é o aumento da prevalência, das complicações e do desconhecimento da maioria das pessoas a seu respeito.

O DM caracteriza-se por uma hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas (ASMAT; ABAD; ISMAIL, 2015; SBD, 2015-2016).

De acordo com a classificação, hoje recomendada, divide-se a doença em quatro classes clínicas: diabetes tipo 1 (DM1), tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional, mas na prática assume-se majoritariamente sob a forma de DM1 e DM2. Consoante a SBD (2015-2016), a nova classificação do diabetes baseia-se na etiologia e não no tratamento realizado, portanto, foram eliminados os termos “insulinodependentes” e “não insulinodependentes” e mantiveram-se os termos tipo 1 e tipo 2 (agora com algarismos arábicos).

Numa distinção simplista, o DM1 resulta na destruição das células beta pancreáticas produtoras de insulina por mecanismos autoimunes, ocasionando a deficiência absoluta de insulina. Afeta 5% a 10% dos pacientes com a doença. Por sua vez, o DM2 representa 90-95% dos casos e, em geral, resulta de uma deficiência relativa de insulina, acometendo indivíduos com idade superior a 40 anos, obesos, sedentários, dislipidêmicos, hipertensos, mulheres com histórico de

DM gestacional e presença de doença vascular aterosclerótica (REICHENHEIM; MORAES, 2007; SCHNEIDER *et al.*, 2009; SBD, 2015-2016).

Vários fatores têm contribuído para esse aumento vertiginoso na prevalência: maior taxa de urbanização, industrialização, sedentarismo, dietas hiperglicêmicas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida (BRUNO; PEREIRA; ALMEIDA, 2014; MORAES *et al.*, 2010; CORTEZ *et al.*, 2015; SBD, 2015-2016).

Além dos fatores ora citados, observam-se mudanças no quadro geral da saúde do Brasil, marcada por uma situação epidemiológica de dupla carga das doenças, com alta prevalência de condições crônicas, e um sistema de atenção fragmentado, voltado mais para a atenção às condições agudas (MENDES, 2009).

Atualmente, as pessoas, de modo geral, estão se enquadrando no sobrepeso, ao sedentarismo como consequência de um regime alimentar rápido e prático, influenciadas pela evolução tecnológica que minimiza o esforço físico nas atividades cotidianas e acaba contribuindo para a predisposição ao DM (MEDEIROS *et al.*, 2015).

O DM, por ser uma doença crônica, exige tratamento por toda a vida. Este tratamento requer mudança no estilo de vida, adoção de hábitos saudáveis e restrições alimentares, sobretudo de açúcares e carboidratos. Tais exigências frequentemente dificultam a adesão ao tratamento.

Diante desta realidade, os pacientes devem ser encorajados ao consumo de alimentos mais saudáveis, seguindo recomendações dietéticas prevaletentes para a população em geral e com as preferências individuais e culturais (INZUCCHI *et al.*, 2012). Dessa forma, os profissionais de saúde deverão manter uma atitude não julgadora, mas persistente, revisando e incentivando as novas condutas.

Na atualidade, a prevalência do DM2 tem aumentado e esta passou a ser uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo. Os números de indivíduos acometidos pelo DM são conhecidos e assustadores. Segundo dados atuais fornecidos pela *International Diabetes Federation–IDF* (2015), 415 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem desta doença, o equivalente a 8,8% da população adulta mundial. Em 2040 esses números deverão totalizar 642 milhões de pessoas, ou seja, 10,4% da população mundial.

De acordo com a IDF (2015), a China é o país com a maior quantidade de pessoas com DM (109,6 milhões), e uma previsão extremamente preocupante é que

em 2040 este país, sozinho, poderá possuir 150,7 milhões de pessoas vivendo com a doença. Também em 2015, a Índia ocupou o segundo lugar global em número absoluto de pessoas com diabetes, com 69,2 milhões de indivíduos.

Ao contextualizar a situação da doença no Brasil, os números também são alarmantes quando comparados à de países desenvolvidos. No entanto, é importante salientar que dados sobre a real prevalência do DM no Brasil são prejudicados e por vezes discordantes entre alguns estudos devido ao fato de muitas pessoas não terem conhecimento do seu diagnóstico de DM (IDF, 2015).

O último estudo multicêntrico no Brasil (1982) sobre prevalência de DM encontrou uma média geral da doença de 7,6% em pessoas de 30 a 69 anos. Destas, metade não sabia estar com a doença e, das previamente diagnosticadas, 24% não faziam nenhum tratamento (SBD, 2015-2016).

Entretanto, conforme as projeções atuais, o Brasil ocupa o quarto lugar no *ranking* dos dez países com maior prevalência. Existem 14,3 milhões de pessoas com DM na faixa etária entre 20 e 79 anos, o que corresponde a aproximadamente 9,4% da população brasileira (IDF, 2015). Ademais, é o primeiro país das Américas do Sul e Central nesta condição (FREITAS; GARCIA, 2012; IDF, 2015). E, ainda: destes, 5.724.400 milhões não são diagnosticados (IDF, 2015).

Consoante o levantamento feito por telefone com 53 mil brasileiros que vivem nas capitais e no Distrito Federal por meio do Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis (VIGITEL) (BRASIL, 2014a), a cidade de Fortaleza (CE) é a décima capital com maior percentual de pessoas com DM, 7,4%, sendo o sexo masculino com 6,7% (décimo primeiro maior índice) e o feminino com 7,9% (décimo segundo maior índice).

Outros dados preocupantes estão relacionados com o número de óbitos de pessoas com DM, pois muitas vezes são subestimados em virtude da não especificação da doença como causa principal da morte, sobretudo pelo fato das pessoas morrerem em decorrência das suas complicações (KLAFKE *et al.*, 2014).

Diante dos elevados índices epidemiológicos, mudanças no estilo de vida por meio de educação em saúde são necessárias. Estudos justificam essas intervenções por poderem resultar na redução de peso, controle metabólico eficaz, controle da pressão arterial (PA) e lipídeos e diminuição dos riscos cardiovasculares (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010; SILVA *et al.*, 2009).

Adoção de estilo de vida saudável pode ser difícil de ser seguida, pois requer mudanças de hábitos alimentares, seleção de alimentos, controle de quantidade e horários das refeições, e também atividades físicas regulares. Tudo isto acarreta profundas alterações na vida do paciente e no contexto familiar em face da nova situação apresentada.

Além da carga individual provocada por essa doença, existem consideráveis custos financeiros para a sociedade. Ao trazer o panorama dos custos para o Brasil, o gasto para o DM equivale a 23 milhões de dólares por ano, portanto, 870 dólares por pessoa (BARROS *et al.*, 2012). A mesma literatura aponta que na América Latina os gastos com o DM e complicações chegam a 8,1 bilhões de dólares.

Nesse contexto, afora os custos diretos e indiretos relacionados aos aspectos econômicos, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) aponta os custos intangíveis, entre estes, dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida como um fator impactante na vida das pessoas com diabetes e seus familiares. Tais custos são difíceis de serem quantificados.

Além dos altos custos para o controle da doença e por ser de instalação lenta e assintomática nos estágios iniciais, o paciente permanece predisposto ao desenvolvimento de complicações. Estas são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade das pessoas com diabetes.

Nos últimos anos houve avanços significativos no estabelecimento de critérios diagnósticos do DM e na adoção de novas estratégias de tratamento. Entretanto, as maiores dificuldades relatadas pelos pacientes comprovadas no estudo de Grillo e Gorini (2007) estavam no retardo do diagnóstico, pois a maioria que procurava o serviço de saúde já havia sido acometida por alguma complicação, a qual representava a razão maior para a procura por atendimento.

Conforme menciona a literatura nacional, o diagnóstico de diabetes é feito com um atraso médio de quatro a sete anos. Esse retardo favorece o estabelecimento das complicações crônicas (SILVA *et al.*, 2012). As complicações do DM podem ser classificadas em agudas e crônicas.

Como complicações agudas ressaltam-se a hipoglicemia, a cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar. Dentre as crônicas observam-se as complicações microvasculares, as quais originam retinopatia, nefropatia e neuropatia, e as macrovasculares, capazes de levar à cardiopatia isquêmica, doença renal e doença

cerebrovascular (ASMAT; ABAD; ISMAIL, 2015; LITWAK *et al.*, 2013; PASQUALOTTO; ALBERTON; FRIGERI, 2012).

Nas complicações crônicas, a neuropatia diabética (ND) ou neuropatia periférica diabética (NPD) consta como a mais prevalente, pois corresponde a 40% dos pacientes (NEHRING *et al.*, 2015; PASQUALOTTO; ALBERTON; FRIGERI, 2012). Essa prevalência aumenta para 60% nos pacientes com idade acima de 60 anos (RODRÍGUEZ *et al.*, 2013).

Segundo o *International Working Group on The Diabetic Foot*–IWGD (2015), a ND caracteriza-se por um conjunto de doenças que afetam diferentes partes do sistema nervoso, incluindo-se os nervos sensitivos, autônomos e motores. Apresenta como sintomas: dormência, queimação, pontadas e agulhadas, além de perda da sensibilidade, dentre outros. Nesse caso, os membros inferiores (MMII) são os mais acometidos, e colocam o pé em risco por ocasionar deformidades e não se, perceberem traumas superficiais repetitivos, rachaduras na pele ou danos nos pés (ADA, 2010; BOEL; RIBEIRO; SILVA; 2014; CHIWANGA; MARINA; NJELEKELA, 2015; SBD, 2015-2016).

O surgimento da ND compromete a saúde do paciente cujo pé está em risco, por aumentar a chance do desenvolvimento de úlceras que poderão evoluir para amputação de MMII (IWGD, 2015).

Para Despaigne *et al.* (2015), os indicativos de pé em risco são: úlcera prévia e/ou amputação, neuropatia, doença arterial periférica, alteração na biomecânica do pé, micoses nas unhas e nos espaços interdigitais, pequenos traumas ocasionados pelo uso de calçados inadequados, pelo corte incorreto das unhas dos pés, calosidades, tabagismo, idade avançada e tempo prolongado da doença.

A ND ocorre em média dez anos após o surgimento da doença e, quando associadas, isquemia e infecção podem agravá-la com rapidez imprevisível, ocasionando a amputação dos MMII (CHIWANGA; MARINA; NJELEKELA, 2015; IWGD, 2015; PAPANAS; MALTEZOS, 2011; REZENDE *et al.*, 2008).

Menezes (2013), ao produzir sua pesquisa numa Unidade de Atenção Primária à Saúde com vistas à avaliação do grau de risco com quarenta pessoas com DM, constatou prevalência elevada de ND, representada por 57,5% das pessoas com DM da sua amostra.

Conforme alguns estudos apontam, 75% da população com diabetes vai desenvolver ND em algum momento da sua vida. Este total pode chegar a 100% na

pessoa com a doença mal controlada (AUDI *et al.*, 2011; PEDROSA; VILAR; BOULTON, 2014; SBD, 2015-2016). E, ainda, quando não controlada nem diagnosticada precocemente, traz em consequência o pé diabético.

A terminologia “Pé Diabético” é mundialmente utilizada em consensos nacionais e internacionais para definir a infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica no membro inferior (IWGDF, 2015). É uma das mais devastadoras complicações crônicas, multilante, recorrente, onerosa para o indivíduo e para o sistema de saúde, devido ao grande número de casos que evoluem para amputação.

Em algumas capitais brasileiras, a prevalência do pé diabético varia de 8% a 15% entre indivíduos com 40 anos ou mais, igualmente para homens e mulheres (BORTOLETTO *et al.*, 2010). No Reino Unido e nos Estados Unidos essa prevalência oscila de 4% a 10% (SBD, 2015-2016).

Pessoas com DM podem sofrer uma série de diferentes problemas nos pés, além de enfrentar um risco de amputação superior até 25 vezes mais do que em pessoas sem diabetes (IDF, 2013). Hoje, a cada 20 segundos, um paciente com DM sofre uma amputação em todo o mundo (BOULTON, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a IDF (2013) tentam chamar atenção para as amputações dos MMII. Como afirmam, mais da metade das amputações deveriam ser prevenidas com detecções prévias e avaliação continuada, além de educação em saúde (SANTOS *et al.*, 2011). A ênfase desse desfecho é que três a cinco anos após amputação de um membro inferior o risco de uma segunda amputação e taxa de mortalidade é de 50% (NEHRING *et al.*, 2015).

Apesar dos avanços na assistência à saúde, as amputações ainda são significativas em pessoas com DM. Nesse contexto, as elevadas taxas de amputação e internação hospitalar provocam redução da capacidade de trabalho de indivíduos em idade produtiva, interferindo na qualidade de vida destes pacientes.

As amputações têm estigma negativo para os pacientes, familiares e equipe de saúde, sobretudo porque a perda de um membro representa morte e mutilação, e implica profundas repercussões de ordem social e psicológica, além de gastos financeiros ocasionados pelo tempo prolongado de hospitalização (SANTOS *et al.*, 2013).

Nesse prisma, insere-se a detecção precoce como a principal medida no cuidado a essas pessoas, por meio de atitudes eficientes da equipe interdisciplinar, uma vez que o retardo no início do tratamento adequado aumenta a ocorrência de complicações e a necessidade de amputações.

Não há consenso na literatura quanto às ferramentas recomendadas para avaliar o grau de neuropatia, porém Deli *et al.* (2013) sugerem o exame clínico com avaliação dos sinais e sintomas, estudo neurofisiológico, testes quantitativos de sensibilidade e testes de função autonômica. Contudo, estas recomendações não são facilmente aplicáveis, pois ainda não estão disponíveis na rotina diária dos diversos serviços de saúde.

Para isso, a ADA (2010) e o IWGDF (2015) propõem a utilização de alguns instrumentos para avaliar o risco neuropático por meio de testes diagnósticos com alteração de no mínimo um teste neurológico. São eles: palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, que podem estar ausentes em 10% dos pacientes, medida da sensibilidade vibratória e tátil plantar, investigadas respectivamente por meio de diapasão de 128 Hz em hálux e monofilamento de 10g, em três regiões do pé.

O teste do monofilamento é considerado padrão ouro pelo IWGDF (2015), sendo realizado na superfície plantar do hálux, primeira e quinta cabeças de metatarsos bilateralmente. Uma resposta negativa indica Sensibilidade Protetora Plantar (SPP) ausente. A ausência de SPP traduz um risco 58 vezes maior de ulceração (CAIAFA *et al.*, 2011; PEDROSA; VILAR; BOULTON, 2014). Esse método de avaliação possui dois aspectos positivos: fácil operacionalização e baixo custo, o que deveria viabilizar seu emprego em programas que envolvam um contingente expressivo de pacientes, num país como o Brasil, tão carente de recursos.

Segundo Nehring *et al.* (2015), a identificação do grau de risco da ND pode resultar na melhoria dos cuidados dos pacientes com diminuição tanto de complicações do DM quanto dos agravamentos dessas complicações e redução do orçamento destinado ao tratamento. Para Caiafa *et al.* (2011), essa avaliação requer conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais.

Apesar das dificuldades relacionadas com a complexidade inerente ao diagnóstico precoce do pé diabético, medidas de prevenção, tais como estímulo ao autocuidado, terapia nutricional, medicações, exercícios, monitoração da glicose sanguínea e educação em saúde direcionada a pacientes e familiares poderiam evitar 44% a 85% das amputações somadas ao (ADA, 2010; HARRISON-BLOUNT;

CULLEN; NESTER, 2014; PASQUALOTTO; ALBERTON; FRIGERI, 2012; RODRÍGUEZ *et al.*, 2013; TAVARES *et al.*, 2009).

Assim, o DM requer cuidado clínico e educação contínua para a prevenção das complicações crônicas. O conceito de cuidado clínico de enfermagem surge como possibilidade de provocar um encontro de outros conceitos de clínica com as diversas concepções de cuidado. Esse é um conceito em formação, mas que *a priori* consta de:

práticas, intervenções e ações sistematizadas, de cuidado direto, desenvolvido pela equipe de enfermagem e dirigido ao ser humano, seja individualizado ou coletivo, fundamentado em evidências quantitativas e/ou qualitativas, com bases filosóficas, ética, estética, teórica, científica, técnica e política, considerando as manifestações ou respostas das pessoas ao seu processo de viver no continuum saúde-doença (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, 2014, p.13).

Nesse contexto, evidencia-se a educação em saúde como uma ferramenta indispensável para operacionalizar o cuidado clínico do enfermeiro por meio de uma assistência individualizada e contínua, que inclui avaliação, planejamento e ensino, e tem como finalidade a prevenção dos fatores de risco envolvidos na detecção precoce e como exemplo, no presente estudo, na prevenção do pé diabético. Autores reforçam a importância da educação em saúde para pessoas com diabetes, não somente como uma parte da terapia, mas considerando o próprio tratamento em si (MAKKIAWOUDA; ELMUKASHFI; HAGALT-TOM, 2014).

Na atenção básica, nível de saúde escolhido para a realização dessa pesquisa, o acompanhamento das pessoas com DM ocorre tanto nos postos de saúde quanto nos domicílios, por meio da consulta individual de enfermagem, predominantemente. Segundo recomendação do Ministério da Saúde, essa assistência deve estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com sua condição crônica (BRASIL, 2013).

Para a educação em saúde ser efetiva nos cuidados para a prevenção do pé em risco, práticas simples como a higiene dos pés, secagem entre os espaços interdigitais, hidratação, massagens, corte correto das unhas, uso de calçados adequados, uso de meias de algodão sem muitas costuras, autoexame diário dos pés, avaliação regular por profissionais de saúde, podem prevenir o aparecimento de lesões e reduzir os índices de amputações (MENEZES, 2013). Além de reduzir

também o ônus gerado pela doença e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Com isso, a educação em saúde com enfoque no autocuidado é aspecto essencial no tratamento da pessoa com DM e pé em risco. Com base nessas considerações, a literatura aponta o enfermeiro como um profissional de destaque na realização de atividades de educação em saúde junto às pessoas com diabetes e seus familiares (SANTOS *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2012). De acordo com o estudo de Santos *et al.* (2011), o comparecimento às consultas de enfermagem (CE) foi um importante fator associado à prevenção de amputações nos MMII das pessoas com DM.

Por sua vez, a educação em saúde é uma forma concreta de apontar várias possibilidades aos pacientes. Mas é preciso abrir mão das imposições verticalizadas do saber na área de saúde como um caminho único. Esse é um processo que tem com premissa fundamental ensinar às pessoas com diabetes a administrar sua doença com mais autonomia, pois visa a sequência de mudanças para hábitos mais saudáveis (LOVEMAN; FRAMPTON; CLEGG, 2008).

A educação em saúde busca propiciar cuidado emancipatório ao capacitar o indivíduo para o autocuidado (SALCI *et al.*, 2013). Dessa maneira, o autocuidado refere-se às ações e práticas realizadas pelas pessoas e famílias em benefício da sua própria saúde, na prevenção de doenças e no tratamento dos sintomas (BAQUEDANO *et al.*, 2010). Para tanto, diferentes definições de autocuidado são dadas em contextos culturais e sociais específicos por vários pesquisadores.

Contudo, para a efetivação de uma assistência de enfermagem às pessoas com DM e pé em risco tendo como foco o autocuidado, ressaltam-se nesse estudo os pressupostos da teórica Dorothea Orem. Com base na autora, o autocuidado é definido como uma prática de atividades que os indivíduos realizam em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Portanto, é algo inerente à vida e à sobrevivência dos seres humanos, independe da condição de doente ou de traumas biológicos, psicológicos, econômicos ou sociais (OREM, 2001).

Como proposto, a Teoria Geral de Enfermagem de Orem é constituída por três constructos teóricos imbricados: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit do

Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Todos vislumbram o autocuidado como cerne.

O modelo da Teoria do Autocuidado (TAC) proposto por Orem é, pois, constituído por três bases teóricas inter-relacionadas: (1) teoria do autocuidado; (2) teoria do déficit de autocuidado; e (3) teoria dos sistemas de enfermagem. O primeiro delinea e explica a prática de cuidados executados pela pessoa com alguma carência para manter uma boa saúde e o bem-estar; a segunda constitui a essência da TAC, por desenhar a necessidade da assistência de enfermagem, e por último, a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio das intervenções de enfermagem (OREM, 2001).

Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem (2001) identificou três classificações dos sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. Nesse estudo, evidencia-se a importância da utilização do sistema de apoio-educação para as pessoas com DM e pé em risco.

A Teoria de Enfermagem de Orem apresenta um fundamento abrangente para a prática de enfermagem e, no caso das possibilidades de aplicação prática da teoria nos cuidados de pessoas com DM e pé em risco, as vantagens que esta proporciona são de grande valia, porquanto estão diretamente ligadas à assistência com foco no autocuidado para a prevenção de complicações.

Nesse âmbito, em virtude das pessoas com DM e pé em risco apresentarem condição crônica de saúde, a qual exige educação em saúde para manutenção do controle metabólico e da sua qualidade de vida dentro do seu contexto sociocultural, percebe-se a necessidade do desenvolvimento de habilidades de autocuidado para melhor manejo da doença. Como a literatura aponta, 99% dos cuidados diários indispensáveis ao tratamento das pessoas com DM são efetivados por elas mesmas ou por familiares (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010).

Dessa maneira, é indispensável que o processo de educação em saúde considere a realidade dos pacientes, seu conhecimento prévio, suas atitudes e práticas, seus relacionamentos familiares, a fim de transformar o sujeito passivo em um sujeito ativo no seu tratamento. E, principalmente, que deve haver adequação da linguagem científica, para outra acessível ao público-alvo, pois assim o conhecimento será melhor assimilado e mais provavelmente colocado em prática (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Durante a experiência profissional da autora que foi exacerbada especificamente no estágio de feridas do Curso de Especialização em Estomaterapia quando teve contato com pessoas em risco de úlceras no pé diabético, e na realização de pesquisa em uma unidade básica de atendimento durante o Mestrado, pois sentiu significativo descontentamento com o modo normativo, prescritivo, diretivo e pouco resolutivo das consultas de enfermagem (MENEZES, 2013). Diante da situação, buscou na literatura embasamento científico sobre estratégias educativas direcionadas às pessoas com DM. Deparou com alguns referenciais que, teoricamente, respondiam às inquietações, e decidiu tomar seus fundamentos e estratégias para a construção de uma tecnologia inovadora destinada ao autocuidado da pessoa com DM e pé em risco.

No entanto, estudos que avaliem o efeito educativo com o uso de tecnologias ou por meio de intervenções convencionais para pessoas com DM e pé em risco são escassos, como mostram os resultados da revisão integrativa realizada pela autora, tanto no cenário brasileiro quanto no internacional, principalmente no tocante às mudanças de atitudes para adesão ao autocuidado.

Em seu estudo, Grillo *et al.* (2013) perceberam alguns benefícios da inclusão de pessoas com diabetes num programa de educação em saúde. Destacaram-se um melhor controle metabólico, redução do risco cardiovascular, busca de uma alimentação saudável, melhor convivência com pessoas com DM e sua aceitação emocional. Silva *et al.* (2009) acrescentam ainda a redução dos custos por favorecer o autocuidado e mais autonomia sobre as decisões relacionadas à própria saúde.

Neste âmbito, consoante se constata, as intervenções efetivas promovidas por enfermeiros, como educação em saúde e o uso de materiais educativos com foco no autocuidado, melhorariam os cuidados das pessoas com DM. As tecnologias educacionais são estratégias inovadoras e eficazes para envolver as pessoas com diabetes no seu tratamento, sobretudo por favorecer o controle da doença e a prevenção de complicações (PEREIRA *et al.*, 2012).

Ao longo dos anos, como observado, a enfermagem vem, embora de forma ainda incipiente, criando elementos construtivos de produção tecnológica. Ao cogitar sobre a elaboração de tecnologias inovadoras para o cuidado clínico de enfermagem nos diferentes cenários da prática profissional, sobressai o uso de tecnologias educativas como recurso para a educação em saúde das pessoas com

diabetes e pé em risco. Então, os profissionais passam além de consumidores a produtores de tecnologias educativas.

Portanto, para que as estratégias educativas sejam eficazes para as pessoas com DM, alguns princípios devem fundamentar essa ação: desejo e necessidade de aprender sobre a doença; idade e maturidade; interesse na atividade empregada; importância do assunto abordado; progressividade das etapas (do simples para o complexo); dinamismo; resolução de problemas; reavaliação, evolução e a educação continuada (LEITE *et al.*, 2008).

Cumprido ressaltar: novas tecnologias estão sendo construídas de maneira mais atrativa para os pacientes, como vídeos, CDs, jogos de computador, mensagens de texto com informações, lembretes telefônicos, aplicativos em smartphone, dentre outras. Com base no pressuposto segundo o qual é preciso acompanhar essas inovações tecnológicas mediante as demandas das pessoas com DM e pé em risco, na ótica da autora, os filmes educativos podem se constituir formas de dinamizar o ensino, revelando-se como uma opção eficaz para a educação em saúde na atenção primária.

Como afirma Sperotto *et al.* (2010), um vídeo ou filme é uma combinação de imagem, som e movimento tocando os sentidos de quem os assiste. É nesse contexto que o uso de filmes pode ser importante, pois a produção de sons e imagens aproxima os conteúdos abordados da realidade da população, despertando maior interesse e, conseqüentemente, melhor aprendizado.

Dessa forma, o fato de ter identificado apenas um estudo utilizando vídeos educativos na literatura impulsionou a autora a elaborar um filme de curta-metragem, pois acredita ser um instrumento inovador que facilita o processo de ensino-aprendizagem, auxiliando as pessoas com DM nos cuidados com os pés para a prevenção de lesões e/ou amputações. Além disso, facilita o trabalho do enfermeiro e melhora a qualidade da assistência por ele prestada (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

O curta-metragem é um filme, uma forma breve de expressão audiovisual, com início, fim, unidade temática e com alta coerência e coesão interna. Além disso, é identificado pelo número reduzido de páginas de seu roteiro (no máximo, trinta) e, em cada uma delas, uma mínima concepção de tempo (no máximo, um minuto) (PERINELLI NETO; PAZIANI, 2012). É, portanto, a brevidade

a principal característica deste gênero cinematográfico para que seja considerado um curta-metragem.

Diante do exposto, surgiu nessa pesquisa o seguinte questionamento: quais os efeitos do uso de um filme educativo de curta-metragem para as habilidades do autocuidado com o pé diabético?

Nesse âmbito, defende-se a seguinte tese: um filme educativo de curta-metragem sobre os cuidados com os pés das pessoas com diabetes favorece a prática do autocuidado na prevenção de complicações.

A proposta de educar em saúde com auxílio de um filme estará focada no desenvolvimento de ações que promovam o autocuidado. Auxiliar a pessoa com DM e pé em risco e sua família na atenção básica no reconhecimento da sua condição e situação de vida e saúde, prover informações sobre os cuidados com os pés, incentivar a implementação de atitudes que contribuam na prevenção de complicações são ações que podem contribuir na manutenção do estado de saúde e de uma vida com mais qualidade, mesmo com a cronicidade da doença.

A atenção básica é o nível de atenção mais próximo da população; deve ser capaz de resolver mais de 80% dos problemas de saúde (BRASIL, 2016). No entanto, para se obter melhor resolutividade dessa assistência, acredita-se que a construção de um filme educativo de curta-metragem pode gerar subsídios para que os profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros da atenção primária, secundária e terciária, além de enfermeiros do ensino e pesquisa, contem com esse recurso para promover autocuidado fundamentado na Teoria de Orem às pessoas com DM e pé em risco. E, ainda, colaborar para a melhoria da qualidade da consulta à pessoa com DM e proporcionar contribuições importantes na prevenção de lesões nos pés. Atenta principalmente para a detecção precoce das complicações, por meio de orientações prestadas adequadamente e cuidados mais específicos empregados de maneira inovadora. Pode, também, reduzir os índices de morbidade e mortalidade decorrentes da doença, os custos ocasionados pelo tempo prolongado de hospitalização e serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde (SUS), com conseqüente melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

2 HIPÓTESES

H0: As pessoas com diabetes e pé em risco que participarem da atividade educativa com o uso de um filme educativo de curta-metragem não terão mudança no autocuidado sobre prevenção de complicações nos pés dois meses após essa atividade.

H1: As pessoas com diabetes e pé em risco que participarem da atividade educativa com o uso de um filme educativo de curta-metragem terão melhoria na habilidade para o autocuidado sobre prevenção de complicações nos pés dois meses após essa atividade.

H0: O percentual das pessoas com diabetes e pé em risco que realizarem o autocuidado não será maior nos submetidos à intervenção educativa (GI), com o uso de um filme educativo de curta-metragem, do que nos não participantes da intervenção (GC).

H1: O percentual das pessoas com diabetes e pé em risco que realizarem o autocuidado será maior nos submetidos à intervenção educativa (GI), com o uso de um filme educativo de curta-metragem, do que nos não participantes da intervenção (GC).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Testar os efeitos do filme educativo de curta-metragem para a habilidade do autocuidado na prevenção do pé diabético.

3.2 ESPECÍFICOS:

- a) Construir um filme educativo de curta-metragem para a prevenção do pé diabético;
- b) Validar o conteúdo e características técnicas do filme educativo de curta-metragem;
- c) Validar o filme educativo de curta-metragem junto à população-alvo;
- d) Comparar a habilidade do autocuidado para a prevenção do pé diabético entre o grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI).

4 REVISÃO DE LITERATURA

Antes de descrever sobre a tecnologia educativa pretendida, considera-se essencial fazer uma revisão sobre questões concernentes ao objeto de estudo. O aspecto investigado estará relacionado à importância do filme como estratégia educativa para o autocuidado da pessoa com diabetes e pé em risco. Não se tenciona nesse momento esgotar o tema em discussão, mas levantar questões e buscar continuamente novos conhecimentos e fatos acerca da problemática.

- FILME EDUCATIVO DE CURTA-METRAGEM COMO ESTRATÉGIA PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DIABETES NA PREVENÇÃO DO E PÉ DIABÉTICO

No início do século XX a educação em saúde surge no Brasil advinda da educação sanitária para controlar as epidemias das doenças infectocontagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país durante a República Velha (BORBA *et al.*, 2012; SIMÕES *et al.*, 2014).

Até então, a educação em saúde apresentava concepção e nomenclatura diferentes. Nessa época, empregava-se o termo “educação sanitária”, que era fundamentado nos princípios científicos da higiene, que se fortalecia com os avanços da bacteriologia e da imunologia, no intuito de prevenir e tratar doenças (RENOVATO; BAGNATO, 2012).

O modelo tradicional de educação em saúde apoiava-se num entendimento de saúde como ausência de doença e na proposição de estratégias educativas articuladas de maneira autoritária, tecnicista, biologicista, verticalizada, de caráter informativo, onde o indivíduo era responsável pela sua saúde e as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias (FALKENBERG *et al.*, 2014). Nesse tipo de abordagem os profissionais da saúde eram considerados executores das ações educativas (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

Na atualidade, com as mudanças de paradigmas de atenção à saúde, as práticas de enfermagem com foco no autocuidado vêm sendo uma realidade cada vez mais efetivada, pois partem do modelo biomédico para a implementação do conceito de promoção da saúde (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

Ao longo da história, a enfermagem sempre desempenhou um papel importante na educação em saúde, porque atuou desde o princípio em diferentes níveis de prevenção e em diferentes contextos.

Em todos os campos de atuação, a educação em saúde apoiada nos pressupostos da promoção da saúde surge como um conjunto de práticas que contribuem para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado, potencializando o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde (BRASIL, 2007). Logo, essa nova concepção de educação em saúde está ligada a um conceito ampliado de saúde. Esse novo conceito contribui para que as pessoas adquiram autonomia a fim de identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar sua vida (SIMÕES *et al.*, 2014).

Porém, apesar dos avanços propostos, a educação em saúde ainda permanece centrada em práticas educativas autoritárias e em saberes unilateralmente selecionados como necessários. Neste cenário, ensinar saúde com vistas ao autocuidado tem implicado a imposição mediante informações de estilos de vida saudáveis estabelecidos do ponto de vista dos profissionais da saúde (OLIVEIRA, 2011).

Para o alcance desse novo paradigma, se torna indispensável o desenvolvimento de ações de educação em saúde baseadas no diálogo, troca de saberes e experiências, de maneira criativa, reflexiva e que contribuam para a autonomia do paciente. Assim, será possível se promover o acesso a informações e proporcionar oportunidades para escolhas conscientes no tocante à melhoria da qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2009; FALKENBERG *et al.*, 2014).

A educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas no âmbito comunitário, particularmente no referente às doenças crônicas. Entre elas, e como foco deste estudo, destaca-se o diabetes *mellitus*. O aumento da incidência e prevalência dessa doença nos países em desenvolvimento é particularmente preocupante. Viver o processo saúde-doença das pessoas com DM acompanhadas nos serviços de atenção primária à saúde, atualmente, impõe novos desafios aos enfermeiros envolvidos na prática clínica.

Um dos caminhos para o desenvolvimento dessa prática é a abordagem das pessoas com diabetes como cidadão e protagonista do seu cuidado e/ou tratamento. Nesta vertente, visa contribuir no empoderamento do indivíduo em relação ao seu processo saúde-doença, na perspectiva de promover mudanças de

comportamento e ações de autocuidado capazes de controlar a doença e prevenir complicações (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010).

Nessa ótica, o enfermeiro por meio de uma assistência sistematizada e individualizada, não voltada somente para a doença, exerce influência sobre o estilo de vida das pessoas. Ele se faz sujeito das próprias decisões e tenta mobilizar toda a sociedade para a implantação de políticas públicas saudáveis (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

O processo educativo que pretenda melhorar a saúde do ser humano deve abranger diversos aspectos da sua vida, incluindo aspectos culturais que, ao serem construídos em comunidade, por vezes, serão primordiais para a definição dos próprios parâmetros de saúde e doença. A escolha da estratégia mais apropriada será determinada pelas necessidades advindas no contexto da assistência e das demandas dos pacientes envolvidos.

No entanto, como sugere a literatura, a linguagem adotada pelos profissionais e a limitada compreensão da maioria dos pacientes são fatores prejudiciais na orientação verbal, e a tornam pouco efetiva (KRUSE *et al.*, 2009; CARVALHO *et al.*, 2014). Ainda em corroboração a esses autores, o profissional pode lançar mão de algumas alternativas para facilitar este processo, tais como a orientação de pacientes em grupo com compartilhamento de experiências, realização de oficinas, utilização de filmes e painéis com fotos, dentre outros, os quais agradam os pacientes e contribuem para o seu aprendizado.

Por se viver numa era tecnológica, muitas vezes a concepção de tecnologia tem sido usada de forma enfática no cotidiano. Na definição de Nietzsche (2000), que emprega a tipologia de tecnologia emancipatória, esta é o resultado de saberes e fazeres baseados na experiência cotidiana e na pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos com vistas à construção de produtos materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre determinada situação prática.

Assim, na educação apoiada pela tecnologia, a cultura audiovisual tem ganhado destaque na enfermagem quando comparada à linguagem escrita (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010).

Como expõem Luz *et al.* (2003), a maioria dos materiais impressos acabam por criar confusões quanto à adequação da linguagem utilizada. Ao mesmo tempo em que simplificam certas informações, até em excesso em alguns casos, as

infantilizam e subestimam o espectador, e empregam termos técnicos ou científicos apropriados para um público especializado da área biomédica. Isso requer do autor observar as dificuldades das tecnologias existentes para modificar e implementar outras.

Para Carvalho *et al.* (2014) e Fleming, Reynolds e Wallace (2009), o uso do vídeo representa um potencial de transformação quando aplicado ao processo de educação na saúde. Neste contexto, os vídeos surgiram como relevantes instrumentos para subsidiar a educação em saúde (SOUSA; PINHEIRO, 2012).

A palavra vídeo vem do latim e significa “eu vejo”. Sendo assim, constitui-se em tecnologia para armazenamento de sinais eletrônicos (analógicos ou digitais), visando armazenar, transmitir ou apresentar imagens em movimento (CORDEIRO; ALMEIDA, 2012). Dessa maneira, trata-se de uma linguagem multifacetada e híbrida, que permite a expressão de mensagens, sentimentos e ideias por intermédio de diversos recursos.

As imagens exibidas nos vídeos podem ir muito além da simples transmissão da informação; pensar novos rumos pedagógicos e experimentais pode levar a uma ampliação do horizonte teórico e metodológico de cada um, gerando uma verdadeira práxis do audiovisual e da imagem no campo da saúde (PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2007).

Consoante Baggio, Erdmann e Dal Sasso (2010), a duração do vídeo em até dez minutos, as imagens com movimentos gráficos, textos e sons utilizados são fatores que permitem melhor compreensão do tema apresentado e mais facilidade na construção do conhecimento.

De acordo com Moran, Masetto e Behrens (2006), o vídeo desempenha um papel educacional relevante. As justificativas apontadas pelos autores são as maneiras como este interfere em várias áreas, tais como a comunicação sensorial, emocional e racional.

No Brasil observa-se escassez e baixa qualidade de vídeos educativos. Segundo Pimenta, Leandro e Schall (2007) isso remete a uma necessidade de reflexão crítica no intuito de construção de novas abordagens de produções na área da saúde.

Os dois principais tipos de vídeos empregados na área da saúde são os de campanha, geralmente exibidos exaustivamente na mídia, sobretudo na televisão com duração de até um minuto, e os de intervenção social que exigem mais rigor

metodológico, e são produzidos com base em programas de saúde e publicações científicas. Diante de tal contribuição como estratégia de ensino, para o presente estudo elaborou-se um filme de intervenção social de curta-metragem, tendo como conteúdo educativo os cuidados com os pés.

No tocante à prevenção do pé diabético não se localizou nenhum vídeo ou filme catalogado na Fundação Oswaldo Cruz (2008). Contudo, encontraram-se referências de três vídeos que abordavam o diabetes em geral, dois em formato Vídeo Home System (VHS) e um VD/ DVCAM/ BETA, intitulados: 1. “Adolescendo”, de 2008, Rio de Janeiro (RJ); 2. “Educação em saúde na graduação médica”, de 2003, RJ; 3. “Um açúcar feito de capim”, 1992, RJ (FIOCRUZ, 2008).

Vários vídeos ou filmes foram encontrados em plataformas como o *YouTube* sobre os cuidados com o pé diabético. Estes vídeos do *YouTube* abriram um novo leque de possibilidades de criações audiovisuais para produtores do meio e diferentes oportunidades para os amadores ou independentes. Com a evolução da internet as produções amadoras geraram novos modelos de construções audiovisuais que possuem características próprias do amadorismo *online*.

O *YouTube* não é uma produtora de conteúdo em si e sim uma plataforma onde a cultura participativa é o principal negócio e onde todos os fornecedores de conteúdo são participantes potenciais de um espaço comum (BURGESS; GREEN, 2009).

Dessa forma, não ter encontrado vídeos ou filmes no *YouTube* com características de produção consistentes sobre o assunto e na Fundação Oswaldo Cruz específico para os cuidados com o pé diabético, e por saber da importância do uso de tecnologias educativas pela enfermagem no contexto da promoção da saúde, realizou-se uma revisão integrativa intitulada “Estratégias educativas para pessoas diabéticas com pé em risco neuropático: síntese de boas evidências” (MENEZES *et al.*, no prelo) com vistas a identificar na literatura as estratégias de educação em saúde desenvolvidas para pessoas com DM e pé em risco. No início pensou-se em abordar as estratégias efetuadas por enfermeiros, mas em face da escassez de publicações nos últimos anos decidiu-se pela abrangência do estudo para outras categorias profissionais que propuseram atividades educativas para os sujeitos em discussão.

Mencionado estudo fundamentou-se nos passos da revisão integrativa proposta por Ganong (1987). Esse método de investigação compreende seis

etapas distintas: identificação da hipótese ou questão norteadora; seleção da amostragem por meio de critérios de inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e/ou categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento evidenciado ou apresentado.

Para tanto, a pergunta norteadora desta revisão integrativa foi a seguinte: Quais as estratégias de educação em saúde utilizadas para o ensino-aprendizagem de pessoas com diabetes e pé em risco neuropático?

Nessa perspectiva, efetuou-se busca na literatura científica durante o mês de janeiro de 2015, nas bases de dados: National Library of Medicine (PubMed/Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS e na Biblioteca Eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO).

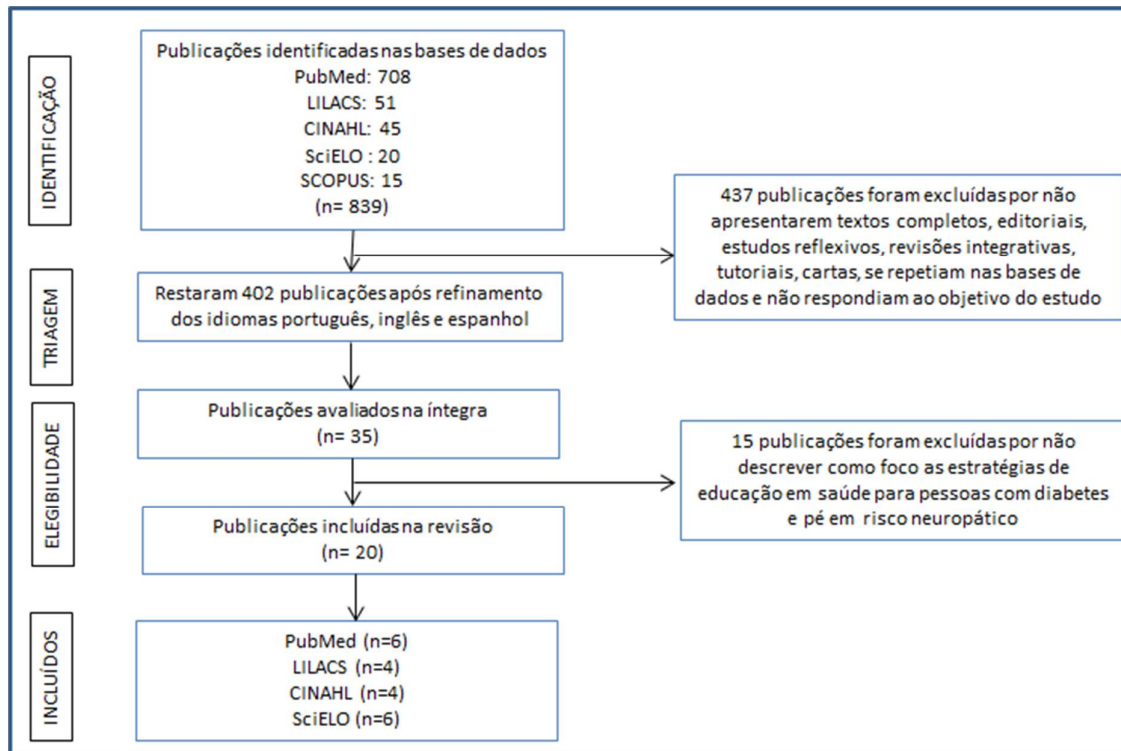
Durante a busca, cada base de dados foi acessada em um único dia, sendo pesquisada em um único momento, de modo a esgotar as buscas das publicações e evitar viés que prejudicasse a fidedignidade dessa etapa. Ademais, a referida etapa foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente, com posterior reunião para consenso sobre os artigos que iriam compor a amostra.

Empregou-se a terminologia em saúde dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/BIREME) e do Medical Subject Headings (MeSH/PubMed), utilizando os respectivos descritores entrecruzados com o marcador booleano “and” no campo assunto: Pé diabético/Diabetic foot/Pie Diabético, Educação em Saúde/Health Education/Educación en Salud.

Foram incluídos artigos que tratavam de educação em saúde de pessoas com DM e pé em risco neuropático, disponíveis e gratuitos *online* na íntegra, escritos em inglês, espanhol ou português e sem delimitação de período de publicação. Foram excluídos: publicações do tipo editorial, cartas ao editor, estudos reflexivos e revisões, pois considera-se que estes não contemplam as estratégias de educação em saúde no contexto da aplicação prática pelos profissionais nos serviços de saúde.

Utilizou-se o instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses-PRISMA* (FUCHS; PAIM; 2010) para apresentar a seleção dos estudos (Figura 1).

**Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos da revisão integrativa.
Fortaleza-CE, 2015**



Fonte: Elaborada pela autora.

Para definir as informações a serem extraídas dos estudos, efetuou-se uma leitura minuciosa e analítica com auxílio do formulário composto das seguintes informações/variáveis: identificação do estudo (título do artigo, periódico, autores, país de origem, idioma, ano de publicação e nível de evidência científica); tipo de revista; características metodológicas e resultados dos estudos (tecnologia utilizada/desenvolvida).

A determinação do nível de evidência dos estudos foi realizada com base na classificação das forças de evidência, proposta por Polit e Beck (2011), que considera as evidências em seis níveis, sendo: nível I, estudos relacionados com a metanálise de múltiplos estudos controlados; nível II, estudos experimentais

individuais; nível III, estudos quase-experimentais, como ensaio clínico não randomizado, grupo único pré e pós teste, além de séries temporais ou caso-controle; nível IV, estudos não experimentais, como pesquisa descritiva, correlacional e comparativa, com abordagem qualitativa e estudos de caso; nível V, dados de avaliação de programas e obtidos de forma sistemática; e nível VI, opiniões de especialistas, relatos de experiência, consensos, regulamentos e legislações.

Por sua natureza, o presente estudo não envolveu seres humanos. Considera-se, no entanto, o respeito pela propriedade intelectual dos autores dos artigos que constituíram a amostra, nomeadamente, na citação rigorosa dos seus trabalhos.

No Quadro 1 são apresentados os resultados das publicações quanto a características, autoria do estudo, delineamento de pesquisa, nível de evidência e estratégias ou técnicas de educação em saúde executadas.

Quadro 1 – Caracterização das pesquisas e estratégias ou técnicas de educação em saúde referenciadas. Fortaleza-CE, 2015

(continua)

Autor	Delineamento*	Nível de evidência**	Estratégias ou técnicas de educação em saúde
Beem SE, Machala M, Holman C, Wraalstad R, Bybee A	Descritivo	IV	CD-ROM e cartazes para pacientes e profissionais.
Johnson M, Newton P, Jiwa M, Goyder E	Relato de experiência	VI	Vinhetas.
Cosson ICO, Ney-Oliveira F, Adan, LF	Longitudinal, observacional	IV	Album seriado e <i>folders</i> .
Ahmed ME, Abdelrhan SH	Intervenção longitudinal	IV	Questionário e atividades práticas.
Abbas ZG, Archibald, LK	Ensaio clínico randomizado	II	Intervenções educativas com orientações individuais.
Gallardo Pérez UJ, Ruano LZ, Carreño NC, Vélez LM	Qualitativo	IV	Grupo focal.
Joseph RM, Schmid LS, Robinson JD	Relato de experiência	VI	Orientações e entrega de calçados adequados.
Cisneros LL	Exploratória/ Clínico qualitativo	IV	Por meio do grupo focal.
Andrade NHS, et al.	Transversal	IV	Atividades de educação em saúde grupais.
Kruse RL, Lemaster JW, Madsen RW	Ensaio clínico randomizado	II	Educação em saúde individual.
Chen MY, et al.	Quase-experimental	III	Aconselhamento individual e por telefone.
Martin VT, Rodrigues C DS, Cesarino CB	Transversal descritivo	IV	Método da problematização.
Cisneros LL, Gonçalves LAO	Descritivo	IV	Livre associação de ideias.

Barros MFA, Mendes, JC, Nascimento JA, Carvalho AGC	Ensaio clínico randomizado	II	Troca de informação e vivências em grupo.
Adib-Hajbaghery M, Alinaqipoor T ²²	Ensaio clínico randomizado	II	Palestras e aulas práticas.
Pérez Rodríguez MC, Godoy S, Mazzo A, Nogueira PC, Trevizan MA, Mendes IAC	Ensaio clínico quase-experimental	II	Comunicação participativa comparando com a tradicional.
Harrison-Blount M, Cullen M, Nester CJ	Pesquisa ação	IV	Grupo focal.
Saurabh S, Sarkar S, Selvaraj K, Kar SS, Kumar SG, Roy G	Transversal	IV	Uso de cartazes.
MakkiAwouda FO, Elmukashfi TA, Hagal-Tom SA	Ensaio clínico quase-experimental	III	Educação em saúde individual.
Pereira DA, Costa NMSC, Sousa ALL, Jardim PCBV, Zanini CRO	Ensaio clínico randomizado	II	Orientações e avaliação prática dos cuidados.

Fonte: Elaborado pelo autor, tendo como suporte os artigos encontrados nas bases de dados.

*Os delineamentos enumerados neste quadro estão descritos como no artigo analisado.

**O nível de evidência dos estudos foi determinado segundo a classificação de Polit e Beck (2011).

Pela análise dos artigos selecionados, constatou-se que a grande parte deles foi encontrada na base de dados PubMed (6-30%) e maior concentração nos últimos cinco anos, com predomínio em 2010, 2011 e 2014. Os dados revelaram, ainda, um aumento significativo de produções acerca de estratégias educativas mais participativas, intensificadas a partir de 2010.

Nenhum artigo localizado na base de dados SCOPUS foi usado, pois não contemplavam as estratégias educativas para as pessoas com diabetes e pé em risco neuropático como foco do estudo.

Como mostram os dados, o Brasil liderou o número de publicações (35%), apesar de haver estudos de outros países. Doze artigos foram produzidos nas Américas do Sul, Central e do Norte, três na África e Ásia e dois na Europa, a enfatizar a distribuição das pesquisas em todo mundo, porquanto o DM é uma doença de preocupação mundial.

Dos artigos incluídos na revisão, 9 (45%) foram publicados em revistas médicas, 7 (35%) em periódicos de enfermagem em geral, 3 (15%) na área de fisioterapia e em um estudo não foi possível identificar a categoria profissional dos autores. Estes dados traduzem o envolvimento dos enfermeiros com a temática em discussão. Não se pode esquecer, porém, que educação em saúde é assunto de

interface com as áreas da saúde, educação e social, cuja interdisciplinaridade se faz necessária.

Quanto ao delineamento, sobressaíram os seguintes: pesquisa ação, descritiva, longitudinal, relato de experiência, grupo focal, transversal, quase-experimental, randomizado e um considerado longitudinal com intervenção. Destes, destacaram-se os ensaios clínicos randomizados, com 5 (25%) publicações. Ensaios clínicos conduzidos neste sentido estão obtendo resultados favoráveis porque avaliam a eficácia das intervenções educativas propostas.

No referente aos tipos de estratégias ou técnicas empregadas para abordagem das pessoas com DM e pé em risco neuropático, foi possível observar a existência de duas mais expressivas: a orientação individual e a orientação em grupo, quer sejam associadas entre si ou não, e vinculadas a programas educativos ou não. As estratégias por meio das orientações em grupos foram predominantes nos artigos.

Nesse contexto, cabe destacar, em um estudo dessa revisão (MARTIN; RODRIGUES; CESARINO, 2011), a utilização das atividades educativas fundamentadas no método da problematização como prática libertadora e como forma de fazer as pessoas com diabetes e pé em risco neuropático refletirem sobre suas relações.

Para melhor discutir o enfoque educativo dos trabalhos analisados, optou-se pela organização dos artigos agrupados em três categorias de estudos: Educação em saúde: compartilhando informações e experiências em grupo (12 estudos); Educação em saúde com orientações individuais nas consultas e por telefone (5 estudos); e Educação em saúde com uso de tecnologias educativas (3 estudos).

A adoção de práticas educativas como estratégia no tratamento de pessoas com DM e pé em risco neuropático tem por objetivo empregar uma perspectiva emancipatória. Referida perspectiva esteve presente na maioria dos estudos por superar o modelo curativo e ampliar o conhecimento do indivíduo sobre a doença, os hábitos de vida mais saudáveis e os cuidados com os pés. Isto porque, além de melhorarem a qualidade de vida, aumentam a autonomia da pessoa perante a doença.

Educação em saúde: compartilhando informações e experiências em grupo

Nesta categoria foram agrupados doze estudos que abrangeram questões referentes às atividades de educação em grupo. Em dois destes, a abordagem grupal encontrada foi a técnica de grupo focal. A eficácia da técnica consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, e tem como objetivo a obtenção de dados com base nas discussões dos temas previamente planejados nas quais os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre determinado assunto (FRANCISCO; SUNDEFELD; GARBIN; 2009).

De modo geral, as estratégias adotadas nas sessões da educação em grupo proporcionam forte incentivo para a educação em diabetes, pois se forem interativas, pautadas no diálogo, valorizam o relato das experiências dos próprios participantes e permitem a todos um processo integrador para melhor controle terapêutico da doença (CISNEROS, 2010; RODRÍGUEZ *et al.*, 2013).

Uma característica dos grupos é a possibilidade de unir pessoas com histórias semelhantes, as quais compartilharão experiências, com a chance de aprimorar o conhecimento, levando a mudanças dos hábitos e à construção de um saber voltado para o autocuidado do indivíduo com DM (MARTIN; RODRIGUES; CESARINO, 2011).

Em estudo com gestantes da atenção básica na cidade de Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil, evidenciou-se que o “estar em grupo” propiciou um espaço dinâmico entre a promoção da saúde integral, individual e coletiva, mediada pelas interações que nele ocorrem, favorecendo a socialização e a construção coletiva de conhecimento sobre sua condição de saúde e as possíveis formas de convivência com esta (WILD *et al.*, 2015).

Ao analisarem o conjunto de fatores que incidem sobre o ato de tomar decisão em relação às medidas preventivas do pé diabético com risco neuropático, conforme observado em um estudo, esses cuidados só eram efetuados após uma experiência de complicação ou perda (úlceras, insensibilidade nos pés ou amputação) ou mediante compartilhamento da experiência alheia (ADIB-HAJBAGHERY; ALINAQIPOOR, 2012).

No modelo de educação problematizadora, as ações de educação em saúde devem valorizar a discussão, o diálogo, a humanização e as dificuldades dos envolvidos no processo (MARTIN; RODRIGUES; CESARINO, 2011).

Ainda nessa categoria foram agrupados dois estudos focados em questões referentes às estratégias educativas subsidiadas em atividades práticas (AHMED; ABDEL RHAN, 2006; ADIB-HAJBAGHERY; ALINAQIPOOR, 2012). Os pacientes com diabetes necessitam adquirir habilidades que só serão passíveis de aquisição por meio de atividades práticas relacionadas aos cuidados com os pés (AHMED; ABDEL RHAN, 2006). Dessa maneira, o ensino prático para esses pacientes é de visível importância.

Durante o exercício da educação em saúde baseada em atividades práticas, os pacientes expõem suas histórias, conhecimentos e práticas (ADIB-HAJBAGHERY; ALINAQIPOOR, 2012). Assim, eles passam a ser alguém que não apenas recebe atendimento, mas é também sujeito de aprendizagem e multiplicador de conhecimentos (AHMED; ABDEL RHAN, 2006).

Cabe ressaltar: além da compreensão dessas informações, a educação implementada por meio de atividades práticas em grupo incentiva os pacientes a encontrar soluções para si e a lidar com os problemas de forma mais eficaz (DESPAIGNE *et al.*, 2015).

Conforme mostraram os resultados de um estudo em Cuba durante dois anos, com 44 pacientes afetados por lesões no pé diabético, 77,3% dos participantes do grupo de intervenção, após receberem orientações para as práticas e executarem os cuidados corretos com os pés e lesões, obtiveram cura das lesões, enquanto no grupo controle os resultados foram observados em 54,5% da amostra (ABBAS, ARCHIBALD, 2007).

Cumprido destacar que a efetividade do compartilhamento de conhecimentos do profissional aproximando o saber e o fazer contribuiu para uma ação educativa eficaz para a promoção do autocuidado.

Educação em saúde com orientações individuais nas consultas e por telefone

Essa estratégia educativa foi identificada em quatro estudos que promoveram atividades individuais tradicionais e em um estudo que reforçou as orientações educativas por telefone.

Evidentemente o paciente com diabetes deve cuidar-se constantemente, ser corresponsável pela manutenção da sua saúde e qualidade de vida (DESPAIGNE *et al.*, 2015). De tal forma, como se sabe, alguns pacientes aguardam

o momento da consulta para externarem suas angústias e esclarecerem dúvidas relativas à doença.

Assim, o paciente com diabetes precisa manter uma boa relação com a equipe multiprofissional. Essa relação profissional-paciente contribui para maior adesão ao autocuidado e deve ser baseada na confiança, na escuta às suas necessidades, no estabelecimento de vínculo e autonomia (JOSEPH; SCHMID; ROBINSON, 2010; MAKKIAWOUDA; ELMUKASHFI; HAG AL-TOM, 2014).

Diante da sua relevância para os resultados das ações preventivas, a adesão às intervenções propostas nas consultas foi considerada um ponto positivo porquanto 72,4% da amostra de um estudo fizeram uso diário dos calçados terapêuticos recomendados pelos profissionais (ADIB-HAJBAGHERY; ALINAQIPOOR, 2012). Esse achado é um dos fatores mais importantes para prevenir ulcerações nos pés (JOSEPH; SCHMID; ROBINSON, 2010).

No tocante à educação em saúde por meio de telefonemas, ocorreu em um estudo quase-experimental com idosos residentes em zonas rurais de Taiwan (CHEN *et al.*, 2011). A princípio os pacientes receberam orientações individuais e reforço das orientações por telefone. Essa estratégia é vista como uma alternativa satisfatória para pacientes que moram longe dos serviços, porém os achados indicaram controle ineficaz dos níveis glicêmicos e melhora significativa dos cuidados com os pés (CHEN *et al.*, 2011).

As orientações individuais durante as consultas e por telefonemas baseadas na transmissão de informações podem não ser suficientes para mudanças comportamentais. Segundo se acredita, as atividades educativas com uso de metodologias ativas produzem melhores resultados (NIETSCHE, 2000). Atualmente, condutas que levem em conta a conscientização, responsabilizando as pessoas por sua aprendizagem, têm sido cada vez mais estimuladas e adotadas pelos profissionais de saúde.

Educação em saúde com uso de tecnologias educativas

Estratégias de educação em saúde com uso de tecnologias educativas foram identificadas em três estudos que desenvolveram atividades individuais e/ou em grupo por meio de uma abordagem interativa. Foram utilizadas em consultas ambulatoriais com distribuição de materiais educativos, reforçando o tratamento de pessoas com DM de maneira geral e os cuidados com os pés.

A importância da educação para a promoção da saúde é inegável e tem sido reconhecida através dos tempos como fator imprescindível para a melhoria da qualidade de vida. Entretanto, para o processo ensino-aprendizagem ser efetivo na saúde, os recursos didáticos empregados devem capacitar e motivar os pacientes com vistas a conseguirem incorporar novos significados, práticas, autonomia, a fim de melhorar sua qualidade de vida (SAURABH *et al.*, 2014).

Conforme determinado estudo, a aplicação de um programa de educação em saúde individual por meio de álbum seriado e *folders* em uma instituição pública com 109 pessoas com diabetes mostrou mudança de atitude quanto aos conhecimentos sobre os cuidados preventivos com o pé diabético e com o controle de DM ($p < 0,0001$) (COSSON; NEY-OLIVEIRA; ADAN, 2005).

Como observado, a utilização de imagens por meio de modelos simplificados, como *folders* ilustrativos, álbuns seriados, panfletos, cartazes, folhetos, seguida de orientações mediadas pelos profissionais de saúde, produz resultados satisfatórios por facilitar o ensino-aprendizado e levar os pacientes a refletirem e decidirem sobre a adoção de hábitos mais saudáveis.

Nesse contexto, um estudo quase-experimental realizado no México, fundamentado na comunicação participativa, comparada com o método tradicional, favoreceu a aprendizagem e as escolhas de condutas para o cuidado dos pés (RODRÍGUEZ *et al.*, 2013). Assim, as estratégias educativas ampliam as possibilidades de ensino-aprendizagem e quando empregadas adequadamente auxiliam na aquisição de novos conhecimentos e habilidades no manejo da doença.

Dentre essas diferentes estratégias e cientes da existência de várias tecnologias do cuidado na saúde, não se pode deixar de abordar o uso de imagem por meio dos vídeos. Segundo se acredita, estratégia educativa por meio de vídeos pode ser responsável por mudanças de comportamentos, pois os vídeos são relevantes instrumentos para subsidiar a educação em saúde (RODRIGUES; REIBNITZ, 2011).

Neste prisma, o vídeo educativo intitulado “Se você tem diabetes, por favor, tire seus sapatos e meias”, construído para pessoas com DM atendidas em asilos, hospitais, clínicas e zona rural nos Estados Unidos, ressaltou a importância de algumas medidas necessárias para o autocuidado com o pé, como: educação dos familiares e pacientes, uso de calçado adequado, tratamento da doença não

ulcerativa e inspeção e exame regular dos pés para a identificação do pé em risco (BEEM *et al.*, 2004).

Por ser uma estratégia inovadora, o vídeo favorece o processo de ensino-aprendizagem e auxilia as pessoas com DM nos cuidados com os pés para a prevenção de lesões e/ou amputações (BEEM *et al.*, 2004). Além disso, facilita o trabalho do enfermeiro e melhora a qualidade da assistência por ele prestada.

5 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLOÓGICO

Com vistas a compreender o autocuidado da pessoa com diabetes e pé em risco atendido na Atenção Primária à Saúde (APS), optou-se, para fundamentar esta pesquisa, na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, pois para esse indivíduo a habilidade para o autocuidado é fundamental no intuito de evitar ou minimizar complicações nos pés.

5.1 TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

As estratégias utilizadas para o manejo de pessoas com diabetes têm como finalidade modificar hábitos indesejáveis, visando obter controle metabólico adequado, ampliar o conhecimento sobre a doença, prevenir as complicações micro e macroangiopáticas, estimular mudanças de comportamento, oferecer suporte contínuo para os cuidados com os problemas diários e desenvolver habilidades para o autocuidado. Desse modo, será possível reduzir a taxa de mortalidade e manter uma ótima qualidade de vida.

Nesse sentido, as políticas de saúde enfocam o autocuidado como uma necessidade de responsabilização, envolvimento, maestria dos indivíduos e familiares para cuidarem de si próprios para as atividades da vida diária e na procura de mudanças de comportamentos que integrem esquemas terapêuticos definidos com ajuda de profissionais da saúde para capacitá-los a gerir com mais eficácia o processo saúde-doença (PETRONILHO, 2012).

Este estudo fundamentou-se na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Conforme Meleis (2007), as teorias de enfermagem expõem as tendências das visões sobre o processo saúde-doença e sobre a experiência de cuidado terapêutico; ademais, tratam de uma conceitualização articulada e comunicativa da realidade inventada ou descoberta na enfermagem, com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem.

Segundo ressaltam Vitor, Lopes e Araujo (2010) o uso de modelos e teorias consegue explanar fenômenos relacionados ao cuidado, orientar soluções que respondam às necessidades e interesses das pessoas envolvidas e instrumentalizar o enfermeiro para proporcionar ajuda ao paciente a cuidar de si, por

meio de um processo de educação em saúde que depende do cuidado pessoal do paciente para melhorar a qualidade de vida e prolongar sua sobrevivência.

No entanto, para Galvão e Janeiro (2013), esse cuidado diz respeito ao autocuidado, por ser uma função reguladora que permite às pessoas desempenharem, por si sós, suas atividades com vistas à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar. Conceituar o autocuidado e estabelecer as necessidades e as atividades de autocuidado torna-se fundamental para compreender de que forma as pessoas com DM e pé em risco podem usufruir a intervenção do enfermeiro.

O conceito de autocuidado é introduzido na enfermagem por Florence Nightingale em 1958, e ganha destaque, embora não seja conhecido pelo termo *self care*. Nesse período, ela já enfatizava a participação dos indivíduos nos seus próprios cuidados de saúde, pois, como acreditava, se o indivíduo possuísse condições de executar seus próprios cuidados, deveria fazê-los.

Ao mencionar pela primeira vez o conceito de autocuidado, Dorothea Elizabeth Orem, refletiu sobre a necessidade dos indivíduos em relação aos cuidados de enfermagem e à maneira como eles podem ser ajudados (OREM, 2001).

Somente a partir de Orem o autocuidado foi teorizado. Seu modelo teve início nos Estados Unidos diante de um forte movimento a favor da autonomia e liberdade pessoal. Porém, foi na década de 1950 que o interesse e descobertas sobre o domínio da enfermagem começaram com a formalização da enfermagem como um campo prático (FARIAS; PAGLIUCA, 2006).

Esse modelo oferece subsídios ao cuidado por estar essencialmente apoiado na premissa segundo a qual todos possuem potenciais em diferentes graus, para cuidar de si mesmos e dos que estão sob sua responsabilidade. E define o autocuidado como a prática de atividades que a própria pessoa executa, consciente e deliberadamente, em seu benefício para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Logo, é inerente à vida e sobrevivência dos indivíduos com qualidade (OREM, 2001).

Entre os diversos contextos da sua aplicação, destaca-se a do âmbito das doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais o DM está incluso e sobressai por sua alta prevalência e seu potencial para desencadeamento de complicações crônicas e agudas quando não tratado adequadamente e em virtude da possibilidade de comprometer a capacidade de autocuidado (GOMIDES *et al.*, 2013). Ainda como afirma

Orem, a participação do profissional enfermeiro ocorre em situações em que a pessoa tem dificuldades para o cuidado consigo mesma (OREM, 2001).

Conforme consta nesta mesma fonte e de acordo com a teoria de Orem, os seres humanos distinguem-se dos outros seres vivos por sua capacidade de refletir sobre si mesmos e por seu ambiente simbolizar o que vivenciam e utilizar criações simbólicas no pensamento, na comunicação para fazer coisas que são benéficas para si mesmos e para os outros.

Ainda segundo esta mesma fonte e conforme mencionado, essa teoria é constituída por três constructos teóricos interligados: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Tem como foco principal o autocuidado e é aplicável a todas as pessoas que precisam de cuidado.

Orem preconiza seis conceitos centrais e um periférico nas três teorias. Os seis conceitos centrais são: autocuidado, ação de autocuidado, déficit de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, serviço de enfermagem e sistema de enfermagem. O conceito periférico foi denominado de fatores condicionantes básicos, e é relevante para a compreensão da sua Teoria Geral de Enfermagem (OREM, 2001).

Para ser considerada importante, uma teoria necessita ser útil e acessível à prática. Pode-se questionar a importância de uma teoria pela reflexão acerca dos seus pressupostos básicos, seus propósitos e conceitos, observando sua contribuição para os cuidados de enfermagem (MELEIS, 2007).

Portanto, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, considerada a mais externa e unificadora, engloba a Teoria do Déficit de Autocuidado e esta, por sua vez, contém a Teoria do Autocuidado (OREM, 2001). Quando uma exigência por cuidado de enfermagem é ativada, um sistema de enfermagem é produzido. Por isso, o sistema de enfermagem descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio da enfermagem. Este sistema é classificado em totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação. Como o conceito de déficit de autocuidado refere-se à relação entre o autocuidado e a exigência de autocuidado, esse está contido na Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Ele representa a necessidade de autocuidado, a qual, quando reconhecida, ativa um sistema de enfermagem (OREM, 2001).

Deste modo, para a enfermagem ser legítima, o déficit de autocuidado precisa existir. Embutido no conceito apresentado, o autocuidado surge como o cuidado pessoal requerido pelos indivíduos cotidianamente para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento. E é justamente no comprometimento de alguns dos requisitos para o autocuidado que se manifesta o déficit de autocuidado, explicitado adiante na apresentação da Teoria do Déficit de Autocuidado (VITOR; LOPES; ARAUJO, 2010).

Além dos conceitos explicitados anteriormente, há quatro principais conceitos dessa teoria. São eles: ser humano, saúde, sociedade e enfermagem. O ser humano se diferencia dos outros seres vivos porque tem a capacidade de refletir sobre si mesmo e o ambiente que o cerca (OREM, 2001). Quanto ao conceito de saúde, sustenta a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), “como estado mental e social e não apenas a ausência de doença ou da enfermidade” (OREM, 2001). A saúde tem por base a sua prevenção incluindo promoção e manutenção, o tratamento da doença e prevenção de complicações, ou seja, a prevenção primária, a secundária e a terciária, respectivamente (MCEWEN; WILLS, 2009; OREM, 2001).

No seu conceito de sociedade, atualmente supõe-se que as pessoas adultas sejam responsáveis por si e pelo bem-estar dos seus dependentes (OREM, 2001).

Em seu trabalho, a enfermeira é a profissional apta a ajudar o indivíduo por meio da interação mútua durante a consulta de enfermagem, abordagem com a família, envolvendo-os no tratamento, nas reuniões grupais, orientando-os e levando-os a aprenderem como realizar práticas de autocuidado por meio de ações, visto que todas as ações desempenhadas por enfermeiros em suas relações com os pacientes constituem-se em um sistema de ação (OREM, 2001).

Como mencionado, e sendo foco da pesquisa, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem é dividida em: sistema totalmente compensatório, quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo, e a enfermeira o assiste, o substitui e é suficiente para ele; sistema parcialmente compensatório, quando a enfermeira e o indivíduo participam na execução de ações terapêuticas de autocuidado; o de apoio-educação, quando o indivíduo precisa de assistência na forma de apoio, orientação e ensinamento (OREM, 2001; TOMEY; ALLIGOOD, 2009).

Orem manifesta a necessidade de educação em saúde em suas três teorias, porém ela é sedimentada no sistema apoio-educação da Teoria dos

Sistemas. Neste sentido, o planejamento das ações da enfermagem deve estar vinculado ao suporte educacional. Desse modo, o paciente poderá atingir a proficiência para autocuidar-se de maneira eficiente.

No estudo utilizou-se do sistema de apoio-educação. Esse sistema denota uma relação de interdependência e (co) responsabilidade, e influenciado por fatores pessoais, ambientais e socioculturais. Hábitos saudáveis são indispensáveis na manutenção da saúde. Contudo a habilidade para mudar velhos hábitos e adquirir novos conhecimentos é essencial.

Nesta ótica, as mesmas autoras exaltam ainda que a assistência de enfermagem à pessoa com diabetes e pé em risco não requer apenas o treinamento de práticas de autocuidado, mas o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes positivas relacionadas ao autocuidado (MAIA; SILVA, 2005).

Assim, em sua assistência, cabe à enfermeira o papel de estimular o potencial do indivíduo para a realização do próprio autocuidado. Portanto, mudança de hábitos e comportamentos diante das práticas de saúde é uma tarefa árdua que exige tempo, recursos e disponibilidade do enfermeiro para instrumentalizar-se na aquisição de conhecimentos, na capacitação e na busca de alternativas metodológicas direcionadas ao autocuidado, capazes de sensibilizar as pessoas com diabetes.

5.2 PERCURSO DA PESQUISA

Esse estudo foi desenvolvido em dois momentos: inicialmente realizou-se um estudo metodológico e no segundo um estudo experimental.

5.2.1 Primeira fase: estudo metodológico

A pesquisa metodológica possui como foco o desenvolvimento, a avaliação e o aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas, tendo como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores (POLIT; BECK, 2011).

Nesse momento, a pesquisa foi conduzida em duas fases distintas: na primeira deu-se a construção de um filme educativo de curta-metragem e na

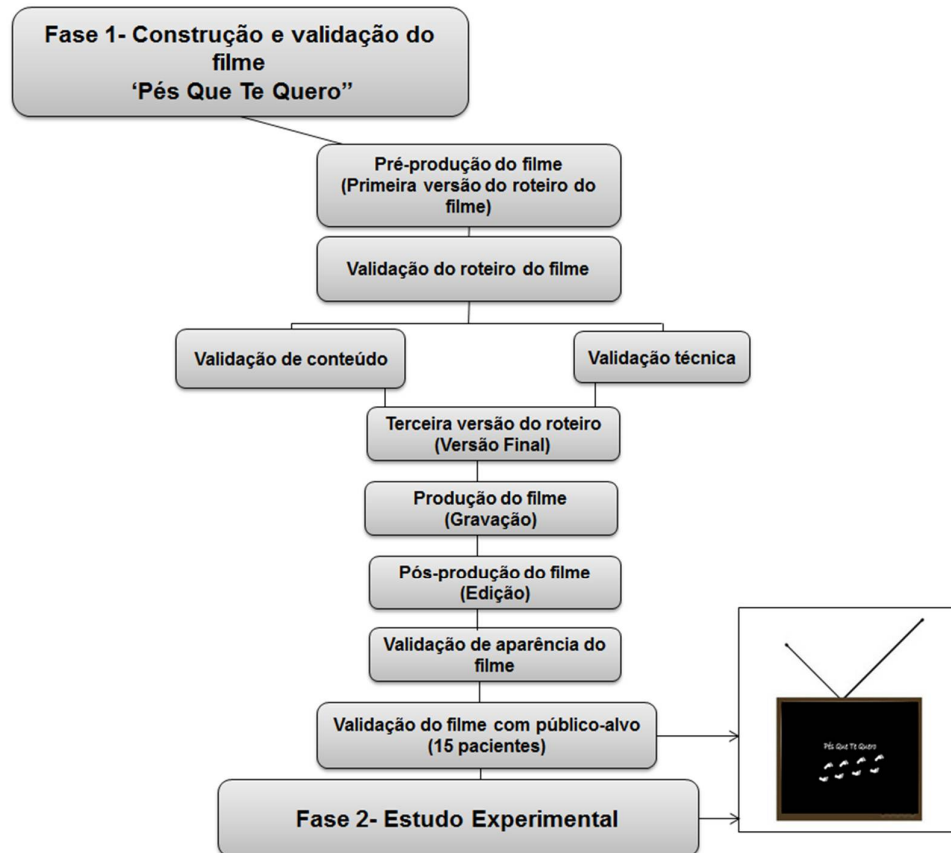
segunda a validação por proficientes da área de enfermagem, comunicação e público-alvo.

Dessa maneira, o estudo construiu e validou uma tecnologia educativa. Conforme Lobiondo-Wood e Haber (2001), faz-se necessário validar o conteúdo e a aparência do material produzido, de modo a torná-lo confiável e válido para o fim a que se destina. O filme produzido poderá ser utilizado como uma estratégia educativa durante as consultas de enfermagem a pessoas com DM e em salas de espera. Sua meta é a instrução das pessoas com DM quanto à promoção do autocuidado com vistas à prevenção de complicações nos pés.

Como exposto em pesquisas, o compartilhamento de informações pelos profissionais ainda não é suficiente para mudanças de comportamento, daí a necessidade de elaboração de vídeos educativos para sensibilizar mudanças de condutas em face de um problema de saúde (MORAES, 2008).

O filme educativo de curta-metragem foi escolhido para o estudo como meio ideal para dar suporte informacional nas ações de autocuidado às pessoas com DM e pé em risco devido seu potencial em transmitir mensagens de maneira mais ampla, sobretudo por conter imagens, sons, legendas, romance, e poder cobrir diversos seguimentos da sociedade. Dentre eles, destacam-se as pessoas com diabetes analfabetas e com retinopatia diabética. A seguir, na Figura 2, serão apresentadas as fases iniciais da pesquisa.

Figura 2– Representação gráfica das fases do desenvolvimento do filme educativo de curta-metragem. Fortaleza-CE, 2016



Fonte: Elaborada pela autora.

Na primeira fase da pesquisa deu-se a construção e validação de um filme educativo de curta-metragem.

5.2.1.1 Construção de filme educativo de curta-metragem

Ao se referirem à elaboração de um vídeo ou filme, denominada pré-produção, Vargas, Rocha e Freire (2007) listam alguns benefícios educacionais na produção de trabalho dessa natureza. Entre estes: desenvolvimento do pensamento crítico; promoção de expressão e da comunicação; favorecimento de visão interdisciplinar; integração de diferentes capacidades e inteligências; valorização do trabalho em grupo.

O processo para transformar determinada história ou ideia em uma sequência de imagens em movimento que se defina como filme ou vídeo é composto de algumas etapas recomendáveis para que essa transformação aconteça com êxito.

Portanto, o processo de produção total desse filme envolveu as seguintes etapas sugeridas por Kindem e Musburger (2005): pré-produção, produção e pós-produção. Para a elaboração do roteiro, Comparato (2009) propiciou grandes contribuições por ser referência na pesquisa sobre roteiro no Brasil. A vasta experiência de Comparato em criar roteiro se dá pela profissão que exerce (ser médico), além de escritor, taumaturgo, roteirista e por manter bom equilíbrio entre a teoria e prática.

- Fase de pré-produção

Esta etapa configurou-se na preparação, planejamento e projeto do filme a ser produzido, ou seja, desde a concepção da ideia inicial até a filmagem, que se divide em quatro fases: sinopse, argumento, roteiro e *storyboard*.

A **sinopse** consiste no resumo a ser produzido no filme, ou seja, a apresentação da ideia principal que pode ser expressa em cinco linhas escritas (COMPARATO, 2009). O **argumento** descreve como será desenvolvida a ação de forma breve, porém mais elaborada do que a sinopse. Nos dois casos, trata-se de um resumo da história com início, desenvolvimento e resolução (PUCCINI, 2009).

Ainda como este autor acrescenta, na fase do argumento é necessário ficar estabelecido quem serão os personagens principais, ação dramática, tempo e lugar dessa ação e os eventos principais que irão compor essa história (PUCCINI, 2009).

Por sua vez, o **roteiro** consiste no detalhamento de tudo que vai acontecer no filme por uma linguagem própria destinada a orientar a equipe de produção nas filmagens e que divide o filme em cenas com o objetivo de informar textualmente o leitor sobre o que o espectador verá e/ou ouvirá no vídeo (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Sua função não é apenas contar uma história, mas também descrever elementos visuais a serem utilizados em cena.

O roteiro precisa ser bem escrito, e a ferramenta de trabalho que dará uma forma e estrutura é a palavra, pois para Comparato (2009) o roteiro é a forma

escrita de qualquer produto audiovisual, devendo conter três qualidades essenciais: *logos*, *pathos* e *ethos*. *Logos* é a palavra, a forma do discurso, a organização verbal do roteiro, “a lógica intrínseca do material dramático” (COMPARATO, 2009, p. 29); *pathos* é o drama, as ações, os acontecimentos que afetam as personagens, as quais, arrastadas por sua própria história e drama, reagem aos fatos se convertendo em heróis ou vítimas, ou até em motivo de divertimento numa comédia para os outros, e *ethos* é a ética, a moral, o significado da história (COMPARATO, 2009).

A escrita de roteiros exige disciplina específica e deve-se avançar por partes. Assim, atenderá às necessidades de descrever a cena, situar a locação no tempo e sequência, a fala dos personagens e os efeitos sonoros. Como afirma Comparato (2009, p.168) “[...] escrever um roteiro é fazer constantemente perguntas: o quê (conflito), quem (personagem), onde (localização), qual (ação dramática), como (estrutura) e [...] quanto (em quanto tempo vai ocorrer)”.

Neste contexto, a produção do roteiro para Comparato (2009) é descrita em seis etapas até se chegar ao roteiro final: ideia, conflito, personagens, ação dramática, tempo dramático e unidade dramática.

Na primeira etapa, a ideia, dá o fundamento do roteiro, o que provoca no autor a vontade de escrever. Na etapa conflito, o autor começa a imaginar a história escrevendo um esboço inicial em aproximadamente cinco linhas.

Na criação das personagens, descreve-se quem vai viver o conflito básico, e o desenvolvimento das personagens se faz na elaboração do argumento ou sinopse. Na etapa ação dramática descreve-se como vai ser contado o conflito básico. O tempo dramático é a determinação de quanto tempo terá cada cena. É no momento que são escritos os diálogos que esse tempo é estabelecido e, assim, completa-se a estrutura com cada cena com o seu tempo dramático e sua função dramática (COMPARATO, 2009).

Na sexta etapa, a unidade dramática, ocorre o roteiro final, “o guia para a construção do produto audiovisual” (COMPARATO, 2009, p. 33). Nessa fase, o diretor trabalha as unidades dramáticas do roteiro, as cenas, tornando o audiovisual uma realidade.

Assim, o roteiro do estudo contou com informações relevantes a respeito dos cuidados com pessoas com DM para prevenção do pé diabético, de maneira a contemplar os seguintes pontos: enfatizar a importância do exame diário do pé, corte adequado das unhas, lavagem, secagem e hidratação dos pés, secagem dos

espaços interdigitais, calçados e meias apropriadas, importância de andar calçado, periodicidade de acompanhamento com avaliação do pé por profissionais de saúde, tratamento das lesões, dentre outros. Essa sequência de tópicos tem a finalidade de estruturar o pensamento da pesquisadora, porém poderá ser necessária uma readaptação de sequência e linguagem de modo a tornar a compreensão do filme menos técnica e mais acessível.

Ao se propor um trabalho com pessoas com DM e pé em risco, é imprescindível que o conteúdo produzido no filme possa contribuir para promover autocuidado. Diante desse fato, faz-se preciso utilizar medidas seguras para avaliação dos instrumentos de coleta de dados, no intuito de medir com precisão o fenômeno a ser estudado.

5.2.1.2 Validação de filme educativo de curta-metragem

De posse da primeira versão do roteiro elaborado, houve a submissão à apreciação dos proficientes tanto da área de enfermagem, envolvendo profissionais docentes e assistenciais com experiência nos cuidados com pessoas com DM e pé diabético, tecnologias educativas, validação de instrumentos, quanto da área de comunicação para validação de conteúdo, e também de técnica, respectivamente.

Os critérios de validade de instrumento nas pesquisas científicas consistem em um elemento fundamental que compõe o rigor metodológico. Na visão de Polit e Beck (2011), a validade de um instrumento indica em que grau o instrumento mede aquilo que supostamente deve medir, logo, pode-se inferir que quando um instrumento é colocado perante uma validação é sua aplicação que está sendo posta em validade.

Na validação, o relevante não é apenas verificar a validade do instrumento e sua aplicação, mas sim saber determinar o grau desta validade, afinal não se comprova, estabelece ou verifica a validade de um instrumento; na verdade, ela é sustentada, em maior ou menor grau, por dados científicos (POLIT; BECK, 2011).

O termo validade significa o grau em que um instrumento mostra-se apropriado para mensurar o fenômeno de interesse (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; DROST, 2011; OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008). Assim, quando se submete um instrumento ao procedimento de validação, na realidade não é o

instrumento em si que está sendo validado, mas o propósito pelo qual o instrumento está sendo usado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2015).

Como estabelecido, a avaliação do filme educativo foi feita em duas etapas: a de validade interna, efetuada por proficientes em enfermagem e comunicação, e a de validade externa, efetuada por pessoas com diabetes, o público-alvo.

Cooper e Schindler (2003) caracterizam validade externa e interna como as principais formas de validades. Enquanto a primeira refere-se à generalização dos dados no tocante às pessoas, aos ambientes e às épocas, enfim, refere-se ao instrumento em si, a segunda relaciona-se à habilidade de mensurar o que deve ser medido a partir do instrumento de pesquisa. No contexto da validade interna, os autores sugerem uma classificação em três principais configurações de validação: validade de conteúdo, de critérios e de constructo (PASQUALI, 2013; POLIT; BECK, 2011). Nesta fase do estudo optou-se pela utilização da validade de conteúdo.

A validade de conteúdo diz respeito à análise minuciosa do conteúdo do instrumento, com objetivo de verificar se os itens propostos constituem-se numa amostra representativa do assunto a ser mensurado. Nesse tipo de validação, os instrumentos são submetidos à apreciação de peritos no assunto, os quais podem sugerir a retirada, o acréscimo ou a modificação dos itens (PASQUALI, 2013).

É importante ressaltar que os itens de um teste traduzem determinado contexto educacional e curricular. Por isso, a validade de conteúdo não é permanente; ela pode alterar-se com o transcurso do tempo e com modificações na filosofia educacional e/ou na estrutura curricular que o instrumento procura refletir. Portanto, um teste possui validade de conteúdo num determinado momento e em função de um contexto educacional específico (RAYMUNDO, 2009).

Na validade de conteúdo, um dos tipos de validação utilizados nesta investigação, há análise sistemática de um conteúdo, realizada por enfermeiros proficientes, os quais foram selecionados mediante um sistema de pontuação, com experiência nos cuidados com pessoas diabéticas, tecnologias educativas e validação de instrumentos.

Além de ressaltar a importância do quantitativo de proficientes para esse processo, Alexandre e Coluci (2011) apontam que as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais também são fatores relevantes e necessários na validação.

Nas observações de critérios de validade dos instrumentos de mensuração, observam-se na literatura diversas formas, porém, nesse estudo, optou-se por adotar as recomendações propostas por Pasquali (1998) segundo o qual um número entre seis a vinte proficientes é recomendável para o processo de validação, enquanto Lynn (1986) sugere um número mínimo de cinco e um máximo de dez proficientes e sempre correspondendo a um número ímpar, para evitar o empate de opiniões. Nesse estudo estipulou-se um número de dezenove proficientes.

Tendo como base a estratégia proposta por este autor, o estudo trabalhou com os proficientes de conteúdo pesquisadores/docentes com experiência na área de DM, em especial, na área de pé diabético, tecnologias educativas e/ou validação de instrumentos e proficientes de conteúdo enfermeiros com experiência no cuidado clínico de pacientes com DM, em especial, na área de pé diabético.

Para reforçar o grupo de proficientes, foram convidados profissionais da área de comunicação, para avaliar a adequabilidade do material para o fim a que se propõe. A divisão foi representada no quadro a seguir:

**Quadro 2 – Divisão dos proficientes segundo sua função durante a validação.
Fortaleza-CE, 2016**

Proficientes docentes/ pesquisadores e com experiência prática	Proficientes com experiência em comunicação
Profissionais com experiência no cuidado clínico a pessoas com DM tipo 2, em especial, na área de pé diabético; Pesquisadores/Docentes com experiência em: -Tecnologias educativas -Validação de instrumento -Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, em especial, na área de pé diabético.	Profissionais com experiência em comunicação responsáveis pela complementação da validação do vídeo: - Comunicação

Fonte: Elaborada pela autora.

Para Echer (2005), a avaliação por diferentes profissionais é a ocasião em que realmente se pode dizer que o trabalho está sendo feito em equipe, valorizando diferentes perspectivas sobre o mesmo foco.

A escolha dos proficientes pesquisadores/doutores deu-se por meio de pesquisa na Plataforma Lattes. A seleção ocorreu da seguinte forma: após acessar o

site “Plataforma Lattes” (<http://lattes.cnpq.br/>), na janela Currículo Lattes, escolheu-se a opção “Busca” na janela “Buscar Currículo Lattes” (<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar>). O primeiro passo foi escolher o modo de busca, clicando no quadro “Assunto” e no espaço reservado foi escrito “Diabetes *Mellitus*” e “Tecnologias educativas em saúde”. Selecionou-se a base “Doutores”, para escolher pesquisadores com nível de excelência no assunto. Em seguida foram aplicados filtros aos resultados por “Atuação profissional”, selecionando-se na Grande área “Ciências da saúde” a área de “Enfermagem” e Subárea “Enfermagem de saúde coletiva”.

Para validação de conteúdo, os proficientes faziam parte da área de interesse. Desse modo, conseguiram individualmente avaliar adequadamente a relevância de conteúdo dos itens submetidos. Tendo em vista a necessidade de estabelecer parâmetros para a seleção, utilizou-se o sistema de classificação de proficientes de conteúdo descrito por Joventino (2010), o qual fez sua própria classificação com base nos critérios de Fehring (1994). Este exige uma pontuação mínima de cinco pontos para a área de enfermagem e mínima de três pontos para os proficientes com experiência em comunicação, segundo adaptação de Barbosa (2008), como exposto no quadro a seguir:

Quadro 3 – Critérios de seleção para proficientes enfermeiros para avaliar o conteúdo e com experiência em comunicação para avaliar a coerência do roteiro. Fortaleza-CE, 2016

(continua)

Critérios para proficientes de Conteúdo e Aparência/Docentes, Pesquisadores e Assistenciais	Pontuação	Critérios para proficientes da Área de Comunicação	Pontuação
Ser doutor	4 pontos	Ser doutor em comunicação social	4 pontos
Possuir tese ou dissertação na área de interesse*	2 pontos	Possuir tese na área de produção de vídeos	2 pontos
Ser mestre	3 pontos	Ser mestre em comunicação social	3 pontos
Ter dissertação na área de interesse*	2 pontos	Ter dissertação na área de produção de vídeos	2 pontos
Ter artigo publicado em periódico indexado na área de interesse*	1 ponto	Ter artigo publicado em periódicos indexados sobre vídeos	1 ponto
Ter experiência profissional (clínica, ensino ou pesquisa), de no mínimo cinco anos na área de interesse*	2 pontos/ano	Ter experiência no desenvolvimento, de vídeos educativos, de no mínimo, cinco anos	2 pontos
Ter especialização na área de interesse*	2 pontos	Ter especialização na área de comunicação	2 pontos

Fonte: Elaborada e adaptada do estudo de Joventino (2010).

*Área de interesse: Assistência à pessoa com diabetes e Tecnologias educativas em saúde.

Foram excluídos os proficientes que não atingiram as pontuações mínimas e os que não devolveram os formulários preenchidos até o segundo prazo de devolução.

O instrumento com as variáveis a serem julgadas pelo grupo de proficientes de conteúdo e técnicos em comunicação foi elaborado e adaptado do estudo de Joventino (2013) que usou a planilha para avaliação de roteiro baseado em Comparato (2009). Para facilitar a compreensão dos leitores, a definição de cada variável e os respectivos aspectos a serem avaliados pelos proficientes de conteúdo está apresentada no Quadro 4.

Quadro 4 – Definição das variáveis e os respectivos aspectos avaliados pelos proficientes de conteúdo. Fortaleza-CE, 2016

(continua)

Definição da variável	Aspectos avaliados
Conceito da ideia (Autocuidado da pessoa com DM e pé em risco para prevenção de complicações)	Relevância e atualidade do conteúdo temático
	Coerência do conteúdo com o objetivo do filme
	Coerência do conteúdo do filme com a prática clínica
	Credibilidade das premissas expostas
	Compreensão das informações
	Suficiência das informações repassadas
	Atenção aos objetivos de instituições que trabalham com autocuidado da pessoa com DM e prevenção de complicações nos pés
	Adequação para ser usado por profissionais de saúde
	Abordagem de comportamentos
Objetivos (Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja medir por meio do filme educativo)	Propõe mudança de comportamento
	O objetivo é evidente
	Estão coerentes com os objetivos da pesquisa de promover o autocuidado da pessoa com DM e pé em risco para prevenção de complicações
	Os objetivos são factíveis
	O número de cenas está suficiente para o alcance dos objetivos do filme
Construção dramática (Abertura, conflito, desenvolvimento. Clímax. Final)	O tempo de duração é adequado para atingir os objetivos do filme
	Impacto do roteiro
	Interesse crescente do roteiro
	Presença de estereótipos ou discriminação nas cenas
Ritmo (Evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena)	O filme estimula/motiva as pessoas com DM a aprenderem
	Motivação das cenas
Personagens (Motivação, credibilidade, interação)	Ritmo das cenas é cansativo
	Empatia dos personagens
	Personagens e situações suficientes
	Os personagens lembram a realidade a que o filme se propõe

Potencial dramático	Existe emoção
	Existe surpresa
Diálogos (Tempo dramático)	Naturalidade dos diálogos
	Adequação do vocabulário das personagens
	Utilização de palavras comuns no vocabulário
	Presença de estilo de voz ativa
	São conclusivos
	Tem relevância a conclusão
Estilo visual (Estética)	As cenas refletem aspectos importantes para o autocuidado da pessoa com DM e pé em risco na prevenção de complicações
Público referente	Relação do conteúdo com o público-alvo
	Identificação do público-alvo com a problemática exposta
	Compatibilidade da linguagem com o nível de conhecimento do público-alvo
Estimativa de produção (Possibilidade real de o produto virar audiovisual)	Excelente, muito bom, bom, regular, regular inferior, pobre
Resultado do analista	1.Aprovado, 2.Aprovado com modificações, 3.Reprovado com qualidades, 4.Reprovado.

Fonte: Elaborada e adaptada do estudo de Joventino (2013) baseado em Comparato (2009).

Alguns outros aspectos foram avaliados individualmente pelos proficientes com experiência em comunicação, os quais estão apresentados no Quadro 5 para melhor compreensão dos leitores.

Quadro 5 – Definição das variáveis e os respectivos aspectos avaliados pelos proficientes em comunicação. Fortaleza-CE, 2016

(continua)

Definição da variável	Aspectos avaliados
Conceito da ideia (Promoção do autocuidado da pessoa com DM e pé em risco para prevenção de complicações)	Adequação do conteúdo do roteiro ao objetivo que se propõe para promoção do autocuidado do diabético com pé em risco com vistas à prevenção de complicações
	A ideia auxilia a aprendizagem
	Acessibilidade da ideia
	Utilidade do roteiro
	Roteiro atrativo
Construção dramática (Abertura, conflito, desenvolvimento. Clímax. Final)	Impacto do roteiro
	Interesse crescente do roteiro
	Tempo de duração das cenas e do filme
	Agradabilidade da apresentação do roteiro
Ritmo (Evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena)	Ascendência da curva dramática
	Dinamismo do ambiente
	Adequabilidade das formas de apresentação das cenas
Personagens (Motivação, credibilidade, interação)	Originalidade das personagens
	Consistência dos valores das personagens
Potencial dramático	Desenvolvimento da expectativa
Diálogos (Tempo dramático)	Motivação dos diálogos para o diálogo seguinte
	Aceleração da ação e clímax da história

Estilo visual (Estética)	Repetição do cenário/ ambiente/personagens
	Adequabilidade das imagens
	Criatividade da estrutura geral
Público referente	Relação do conteúdo com o público-alvo
Estimativa de produção (Possibilidade real de o produto virar audiovisual)	Excelente, muito bom, bom, regular, regular inferior, pobre
Funcionabilidade (Refere-se à funcionabilidade exercida pelo filme)	Capacidade de promoção do autocuidado para prevenção de complicações nos pés da pessoa com DM
	Gera resultados positivos
Usabilidade (Refere-se ao julgamento sobre o filme)	Facilidade na aprendizagem e aplicabilidade dos conceitos apresentados
	Ajuda de maneira clara
	Ajuda de maneira completa
	Ajuda sem ser cansativo
Eficiência (Refere-se ao relacionamento entre o nível desempenhado pelo filme e a quantidade de recursos usados)	O tempo do filme é suficiente para a aprendizagem do conteúdo
	O tempo do filme é suficiente para trazer segurança aos diabéticos com pé em risco
	O número e a caracterização dos personagens atendem aos objetivos propostos
	Compreensão e eficiência dos discursos ofertados pelos personagens
Resultado do analista	1.Aprovado, 2.Aprovado com modificações, 3.Reprovado com qualidades, 4.Reprovado.

Fonte: Elaborada e adaptada do estudo de Joventino (2013) baseado em Comparato (2009).

Os formulários de avaliação do roteiro do filme continham quesitos a serem respondidos com SIM ou NÃO nos subitens, e com nível de avaliação para cada item, como: 1. Excelente; 2. Bom; 3. Regular; e 4. Pobre.

Iniciou-se a coleta com o envio de mensagem por contato telefônico (se tivesse) ou correio eletrônico (e-mail) para os dois grupos de proficientes. Nesse momento, foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar. Em caso afirmativo, o proficiente respondeu à pesquisa de duas maneiras: impressa ou digital.

No primeiro contato, procedeu-se ao convite individualmente com a distribuição dos seguintes documentos: Carta-Convite (APÊNDICE A) explicando por que motivo o sujeito foi escolhido e a relevância dos conceitos envolvidos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), um questionário relacionado à qualificação e trajetória profissional dos proficientes da área de enfermagem (APÊNDICE C) e dos proficientes em comunicação (APÊNDICE D), um instrumento para avaliação do roteiro para os proficientes de enfermagem (APÊNDICE E) e para os proficientes da área de comunicação (APÊNDICE F) e a

primeira versão do roteiro. Na opção pela forma digital, o TCLE e os questionários foram enviados por meio de correio eletrônico.

Durante este primeiro contato, solicitou-se a indicação de outros profissionais com perfil de proficientes para cada um dos grupos de validação, conhecido como amostragem de rede ou “bola de neve” (POLIT; BECK, 2011). Nesse sentido, o pesquisador indicou um avaliador e, posteriormente, foi solicitado a este que indicasse outro, sucessivamente. Após a indicação, foi feita a consulta ao Currículo Lattes para verificar a adequação do proficiente aos critérios de seleção para esse estudo.

Estabeleceu-se o prazo de quinze dias para a devolução do TCLE assinado e do instrumento respondido, além do roteiro do filme com anotações. Destas surgiram sugestões consideradas pertinentes, das quais algumas foram acatadas para o aperfeiçoamento do material educativo.

Mediante a apreciação da primeira versão do roteiro do filme pelos proficientes, as contribuições propostas foram analisadas e ajudaram na reformulação da versão do roteiro para proceder à fase seguinte (gravação do filme).

Após a avaliação dos proficientes, no intuito de determinar o nível de concordância entre eles, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada um dos itens, para o conjunto de itens de cada área de conteúdo e para o conjunto total de itens do instrumento.

Conforme Alexandre e Coluci (2011), o IVC compreende um método muito utilizado na área da saúde, o qual mede a proporção ou a porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e dos seus itens. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que serão marcados por “3” ou “4” pelos proficientes. Os que receberam pontuação “1” ou “2” poderão ser revisados ou eliminados. As respostas incluem quatro itens: 1= não relevante ou não representativo, 2= item necessita de grande revisão para ser representativo, 3= item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4= item relevante ou representativo (LYNN, 1986).

No entanto, não existe na literatura um consenso sobre a melhor maneira para avaliar o instrumento como um todo (POLIT; BECK, 2006). Autores propõem algumas equações matemáticas para o cálculo do IVC. Nesse estudo foram utilizadas as três fórmulas propostas: o S-CVI/Ave (média dos IVC para todos os

itens do instrumento), o S-CVI/UA (proporção de itens que atingiram os escores 3 e 4, por todos os especialistas) e o I-CVI (proporção de especialistas que avaliaram um item de relevância de 3 ou 4), conforme mostram as seguintes fórmulas (POLIT; BECK, 2006):

$$\text{S-CVI/Ave} = \frac{\text{total de item com I-CVI} \geq 0,80}{\text{n}^\circ \text{ de itens do instrumento}}$$

$$\text{S-CVI/AU} = \frac{\text{n}^\circ \text{ dos itens classificados em 3 e 4 por todos os especialistas}}{\text{n}^\circ \text{ de itens do instrumento}}$$

$$\text{I-CVI} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de especialistas que valoraram 3 ou 4}}{\text{n}^\circ \text{ especialistas}}$$

Considerou-se o índice igual ou superior a 0,80 como desejável na validação do conteúdo (POLIT; BECK, 2006). Aqueles que não atingiram esse valor foram reformulados e/ou descartados.

Por fim, também utilizou-se estratégia de validação de aparência, que consiste numa técnica subjetiva, porém não sofisticada, de proporcionar apenas julgamento sobre a relevância e adequação dos itens (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Os dados provenientes da avaliação do filme pelos proficientes foram tabulados no aplicativo *software Excel* (Microsoft®). Desse modo foi possível a formulação de tabelas contendo frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão, bem como o teste binomial dos itens do questionário no intuito de averiguar se havia diferença de concordância quer entre os proficientes em cada item do questionário entre os grupos.

Foi estabelecido o Índice de Concordância (IC) de 0,8% e o nível de significância de 5%. Logo, se realizou análise de concordância interavaliadores, por meio do teste coeficiente de alpha de Cronbach, com um valor mínimo aceitável de 0,7 (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). O coeficiente varia de 0 a 1, onde o 0 indica ausência total de consistência interna e o 1, presença de 100% (PASQUALI, 2013).

Além da análise estatística, considerou-se pertinente avaliar as sugestões dos proficientes com vistas a aprimorar o protocolo. Essas avaliações estão expostas de maneira descritiva nos resultados do trabalho.

Uma vez validado o roteiro pelos proficientes, a segunda versão foi modificada pela pesquisadora, orientadora e diretor, nos aspectos relacionados ao tempo de exibição do filme, por fim, a terceira versão orientou o desenvolvimento do *storyboard*, cuja finalidade é orientar o processo criativo nas demais etapas da produção feito na forma de desenhos sequenciais semelhantes a uma história em quadrinhos (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Isso facilita a compreensão e visualização das cenas antes de serem gravadas pela equipe de produção (JOVENTINO, 2010). Nesse contexto, contou-se com ajuda de um especialista em desenho.

O tempo previsto para a apresentação do filme foi de 24 minutos e sete segundos. Embora não haja um padrão consensual para o tempo máximo de um vídeo de curta duração, segundo a Agência Nacional do Cinema-ANCINE (2014) em sua Instrução Normativa 22, anexo I, a definição de curta-metragem, na qual os vídeos ou filmes educativos estão inclusos, é dada a filmes de até quinze minutos, média-metragem para filmes de duração superior a quinze minutos e igual ou inferior a setenta minutos e longa-metragem para os que possuem duração superior a setenta minutos.

Para a Academia de Artes e Ciências Cinematográficas (*Academy of Motion Picture Arts and Sciences*) dos Estados Unidos, são consideradas curta-metragem "filmes de até 40 minutos, incluindo os créditos". A maioria dos festivais de cinema brasileiros adota esta definição.

A seleção e o quantitativo dos personagens foram definidos após elaboração e avaliação do roteiro do filme.

Concluída a pré-produção passou-se para a segunda fase, a produção do filme, que consistiu na filmagem das cenas descritas na pré-produção, além da narração e seleção de textos, figuras, fotos e animações.

- Fase de produção

Nessa etapa fizeram-se as filmagens das cenas que compuseram o filme, as quais foram realizadas em tomadas. Um conjunto de tomadas forma uma cena, e o conjunto de cenas compõe o vídeo (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Porém, ao invés de filmagens, também podem ser usadas cenas prontas, imagens, esquemas e composições variadas na construção do filme. Isso dependerá do objetivo

estabelecido e do conteúdo que se deseja transmitir (KINDEM; MUSBURGER, 2005, FLEMING; REYNOLDS; WALLACE, 2009).

Pretendeu-se inicialmente efetuar as filmagens em laboratórios específicos para tais finalidades. Portanto, para a gravação das filmagens desse filme, foram selecionadas diversas locações internas e externas, como: postos de saúde, hospitais, praças, residências, bar, estúdio de televisão e praia. Contou-se com quinze figurantes, três atores (dois homens e uma mulher) que possuíam habilidades em artes cênicas e teatrais da região e uma atriz com pouca experiência na área de teatro, porém com um relevante conhecimento no assunto (pé diabético), sendo preciso sua participação no papel teatral de enfermeira. Foram necessários cinco dias seguidos de filmagens para contemplar todo o conteúdo sobre os cuidados com os pés de pessoas com DM.

No entanto, além desses profissionais, foi fundamental a participação da equipe técnica para adequação da iluminação, posicionamento das câmeras e ângulos de filmagem, com vistas a se obter boa qualidade da produção, bem como a inclusão dos especialistas na temática para avaliar se as imagens estão precisas para a fase de pós-produção. No filme, participaram dezoito profissionais na equipe que utilizaram alguns recursos técnicos: duas câmeras da marca Canon 5D Mark II e III com diversos tamanhos de lentes (16-35 mm, 50 mm, 24-70 mm e 70-200 mm) áudio, mixer, gravador, microfone direcional, lapela sennheiser, dentre outros.

Passou-se então, para a fase seguinte de pós-produção, que correspondeu à edição do filme, representada pelas cenas gravadas, inclusão de textos, fotos, desenhos, figuras animadas e áudio.

- Fase de pós-produção

A pós-produção representa a última etapa. Nela foram executadas a edição, a finalização e a organização das tomadas gravadas para a composição das cenas e do filme como um todo (KINDEM; MUSBURGER, 2005).

Nesta fase, contou-se com a avaliação e participação de um especialista em mídias, editor de vídeos e imagens que realizou a edição e confecção final da mídia digital, com um *software* desenvolvido pela *Apple Computer*[®] de edição de vídeo por meio do programa *Cut Pro X*[®]. Elaboradas as devidas adequações, o conteúdo final foi transferido para DVD (*digital versatile disk*) e um *pendrive*.

Após a revisão crítica do roteiro pelos proficientes, adequação dos ajustes sugeridos e as filmagens concluídas, o filme educativo de curta-metragem foi avaliado por duas proficientes da fase de validação de conteúdo do roteiro do filme, as quais foram previamente convidadas para o assistirem e deram sugestões e recomendações para sua melhor qualificação. Além desses profissionais, a validação de aparência do filme também foi realizada pelo público-alvo detentores de perfil sociodemográfico semelhante ao das pessoas com DM e pé em risco da produção.

O objetivo dessa etapa do processo destinou-se a verificar se o filme educativo estava compreensível para as pessoas com diabetes e pé em risco. Esse momento é considerado importante para uma pesquisa, pois segundo Fonseca *et al.* (2004) possibilita verificar o que não foi compreendido, o que deverá ser acrescentado ou modificado, além de se perceber a distância entre o que foi exposto e o que foi apreendido.

O local selecionado para essa fase do estudo foi uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Secretaria Executiva Regional V (SER V) que não participou do estudo experimental. O convite para a participação no estudo foi feito verbalmente, na sala de espera enquanto as pessoas aguardavam o atendimento. Primeiramente foi exposto o objetivo do filme, a importância da avaliação deles para a melhoria do material e o esclarecimento sobre o anonimato da participação. Em seguida solicitou-se à população-alvo manifestar sua concordância e assinar a anuência (TCLE) (APÊNDICE G).

Em continuidade, a coleta de dados verificou-se no mês de maio de 2016, além de um agendamento prévio para a apresentação do filme. Este foi exibido única vez ao público-alvo com no máximo cinco participantes em cada grupo, e essa atividade se repetiu até atingir o número de participantes necessário para compor a amostra. Fez-se a apresentação por meio de um aparelho de televisão num espaço reservado na unidade de saúde.

Concluída a exposição, abriu-se espaço para esclarecimento de dúvidas e questionamentos acerca da compreensão do filme. Dessa maneira, para esta validação, utilizou-se um instrumento (APÊNDICE H) adaptado com modificações do modelo proposto por Joventino (2013) que constou de uma breve descrição dos sujeitos da pesquisa e itens de avaliação do filme.

A amostragem dessa etapa do estudo foi não probabilística por conveniência, na qual as pessoas com DM escolhidas estavam presentes no momento da coleta de dados. Incluíram-se no estudo quinze pacientes com DM2. A escolha desse quantitativo seguiu as recomendações de um número de seis a vinte sujeitos para validação de tecnologias e instrumentos (PASQUALI, 2013).

Quanto aos critérios de inclusão que contemplavam os objetivos do estudo constataram: ter idade acima de 35 anos, de ambos os sexos, ter diagnóstico médico de DM2 há no mínimo dois anos (visto que hoje o diabetes acomete pessoas com idade mais jovem e o rastreamento de risco de neuropatia diabética deve ser efetuado no momento do diagnóstico do DM2) (DORRESTEIN; VALK, 2012; SBD, 2015-2016), serem cadastrados e acompanhados regularmente na referida UAPS.

Excluíram-se aqueles desorientados em relação a tempo e espaço ou detentores de quaisquer dificuldades que inviabilizassem a comunicação, as respostas ao instrumento e assistirem ao filme.

Os dados provenientes da avaliação do filme realizado pelo público-alvo foram digitados no banco de dados do *Excel* e apresentados em tabelas.

5.2.2 Segunda fase: estudo experimental

Após o processo de validação feito por proficientes, implementou-se um estudo experimental, do tipo ensaio clínico controlado randomizado (ECCR). Para Hulley *et al.* (2015) e Kestenbaum (2009), esse tipo de estudo visa o conhecimento do efeito de intervenções em saúde, quando o investigador aplica uma intervenção e observa os efeitos sobre os desfechos. Além disso, é considerado o padrão ouro entre os estudos experimentais ou de intervenção, uma vez que conduz a prática profissional produzindo evidências científicas diretas e com menor probabilidade de erro para esclarecer uma relação causa-efeito entre dois eventos (CARVALHO; SILVA; GRANDE, 2013; OLIVEIRA; PARENTE, 2010).

Os estudos experimentais possuem características próprias. Uma destas é o recrutamento de um grupo comum, a partir de uma população de interesse. Em seguida se decidem quais intervenções os participantes receberão aleatoriamente, por meio da randomização. A randomização determina a alocação por meio de números aleatórios ou obtidos por sorteio, garantindo a homogeneidade das características dos grupos, tornando-os equivalentes (SOUZA, 2009).

Outra característica é a formação de um grupo controle, o qual não recebe ativamente o tratamento ou ação que se quer testar, e um grupo de experimento formado por participantes, que recebe ativamente o tratamento ou ação a se testar. Considera-se o melhor grupo controle aquele que além de não receber tratamento ativo, pode ser cegado, ou seja, nem o examinador e/ou o examinado sabem o que está sendo utilizado como variável (HULLEY *et al.*, 2015).

O método empregado na mensuração do evento final de interesse foi o mascaramento duplo cego. Isto implica que o paciente não sabe qual tratamento e/ou intervenção foi aplicada nos grupos, e o profissional que a está aplicando não conhece a alocação dos pacientes nos grupos (OLIVEIRA; PARENTE, 2010). Respeitaram-se os critérios do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT), o instrumento que vem sendo mais utilizado e exigido por periódicos renomados para estimar a validade do estudo e aplicabilidade dos resultados obtidos, com vistas a facilitar a comunicação completa e transparente dos estudos clínicos randomizados (SCHULZ; ALTMAN; MOHER, 2010).

5.2.2.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Fortaleza-Ceará, que possui população de aproximadamente 2,5 milhões de habitantes, e área de 313 km² (BRASIL, 2014b). Trata-se da quinta cidade mais populosa do Brasil. Fortaleza responde pela gestão plena do sistema municipal de saúde, sendo a principal macrorregional do Estado. Como proposto pela Secretaria de Saúde de Fortaleza, o município está dividido em seis áreas ou seis Secretarias Executivas Regionais (SERs) para melhor territorialização das ações de saúde.

No estudo, foram selecionados por conveniência, por serem unidades que atendem uma grande demanda de pacientes com diabetes *mellitus*, seis postos de saúde pertencentes à Secretaria de Saúde do município de Fortaleza das regionais SER I, II, III, IV, V e VI. Como locais de pesquisa constaram: Unidade de Atenção Primária à Saúde Francisco Domingos da Silva da SER I (localizado no bairro Barra do Ceará); UAPS Flávio Marcílio da SER II (localizado no bairro Mucuripe); UAPS Anastácio Magalhães, da SER III (localizado no bairro Rodolfo Teófilo); UAPS Luiz Albuquerque Mendes da SER IV (localizado no bairro Serrinha); UAPS Pedro Celestino Romero da SER V (localizado no bairro Mondubim); e UAPS Marcus

Aurélio Rabelo Lima Verde, da SER VI (localizado no bairro Jangurussu), considerada sua distribuição territorial no município.

A divisão geográfica pode ser visualizada a seguir na Figura 3:

Figura 3 – Divisão geográfica das regionais de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2016



Fonte: Fortaleza (2013).

Nessas unidades, a dinâmica atribuída às pessoas com DM concentra-se no atendimento ao HIPERDIA, que se configura como um sistema nacional, descentralizado, de cadastramento e acompanhamento de pacientes de hipertensão arterial e diabetes, o qual gera informações para setores municipal, estadual e federal sobre o planejamento de ações de saúde de acordo com a necessidade da população (TOSCANO, 2004). O acompanhamento desses pacientes ocorre com agendamentos de três em três meses para consulta de enfermagem e consultas médicas e por meio das seguintes atividades: realização de Grupos Operativos/Educativos e visitas domiciliares.

5.2.2.2 População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta por pessoas com diabetes cadastradas no Programa HIPERDIA das referidas UAPS entre maio e agosto/2016.

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a seguinte fórmula (POCOCK, 1983):

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_C(1-P_C) + P_I(1-P_I)} \right)^2}{(P_C - P_I)^2}$$

Onde $z_{1-\alpha/2}$ e $z_{1-\beta}$ correspondem ao valor da variável normal padronizada (z) associada, respectivamente, nível de significância ($\alpha = 0,05$; $z_{1-\alpha/2} = 1,96$) e ao poder do estudo ($\beta = 0,20$; $z_{1-\beta} = 0,84$) adotados, P_C e P_I denotam, respectivamente, a taxa esperada de pacientes responsivos para os grupos controle (0,60) e intervenção em relação às habilidades para o autocuidado com os pés (0,80), enquanto P é igual à média aritmética de P_C e P_I , isto é, $P = (P_C + P_I) / 2$. Esses valores aplicados na fórmula implicaram em $n=42$, para cada grupo.

- Critérios de inclusão dos pacientes

A população do ECCR foi composta por pessoas com DM2 cadastradas nas seis UAPS selecionadas, e que cumpriram os seguintes critérios de elegibilidade:

- pessoas com DM2 com idade acima de 35 anos, de ambos os sexos;
- ter diagnóstico médico de DM2 há no mínimo dois anos (visto que hoje o diabetes acomete pessoas com idade mais jovem e o rastreamento de risco de neuropatia diabética deve ser efetuado no momento do diagnóstico do DM2) (DORRESTEIN; VALK, 2012; SBD, 2015-2016);
- cadastradas e acompanhadas regularmente nas referidas UAPS.

- Critérios de exclusão dos pacientes

Adotaram-se como critérios de exclusão:

- desorientados em relação a tempo e espaço ou detentores de quaisquer dificuldades que inviabilizassem a comunicação e/ou responderem às perguntas do instrumento.

- Critérios de descontinuidade

O critério de descontinuidade adotado no estudo foi a perda de seguimento dos participantes na etapa de avaliação das habilidades do autocuidado dois meses após o primeiro encontro. Faltando três dias para o segundo encontro, a pesquisadora realizou um contato telefônico para acompanhamento dos participantes dos dois grupos como forma de lembrete para a reavaliação agendada. Nesse momento, houve a confirmação de todos os participantes para o segundo encontro, no entanto, seis participantes do GI e nove do GC não se apresentaram no dia agendado sem referência do motivo.

5.2.2.3 Coleta de dados

-Recrutamento dos pacientes

Para o recrutamento da amostra, primeiramente, enviou-se o projeto de pesquisa para a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES), a fim de obter autorização para a realização da pesquisa nas unidades de saúde. Após autorização da COGTES e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará (CEP), promoveram-se visitas e reuniões com os responsáveis pelas instituições, com enfermeiros e com os agentes comunitários de saúde (ACSs) para apresentação dos objetivos e metodologia da pesquisa a ser utilizada.

Inicialmente, as pessoas com diabetes foram identificadas como possíveis participantes do estudo com ajuda dos ACSs de cada unidade. Nesse momento, os pacientes foram convidados para um café da manhã constituído por uma alimentação saudável e previamente agendado e organizado pela pesquisadora e alunos de Graduação em Enfermagem.

Assim, devido quantidade de dados a serem coletados e com vistas a minimizar possíveis vieses nas coletas, efetuaram-se treinamentos para uniformização das abordagens. A equipe de coleta foi formada por seis alunos do quinto semestre da Graduação em Enfermagem, bolsistas de iniciação científica de um grupo de pesquisa da UECE especializado na temática em discussão. Esse treinamento durou doze horas, foi ministrado pela pesquisadora principal em salas de aula da UECE e consistiu numa revisão do conteúdo teórico sobre as complicações do DM que levam ao pé diabético e dados relacionados à entrevista

para a coleta dos dados, bem como sobre o método selecionado para a elaboração do estudo.

A seguir, as pessoas com DM receberam explicações da pesquisadora principal sobre a realização da pesquisa. Aqueles que aceitaram participar foram abordados individualmente, assinaram o consentimento formal por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I) duas vezes e informados que deveriam guardar uma cópia deste. Em continuidade, os pacientes foram levados individualmente para uma sala reservada para que a pesquisadora principal fizesse o exame físico do pé. Após esse momento, foram recrutados seis alunos da Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) para o preenchimento dos demais itens do instrumento (APÊNDICE J).

-Processo de randomização da amostra

Depois de selecionados randomicamente, os participantes do estudo foram divididos por meio de sorteio simples em dois grupos: o grupo intervenção e o controle.

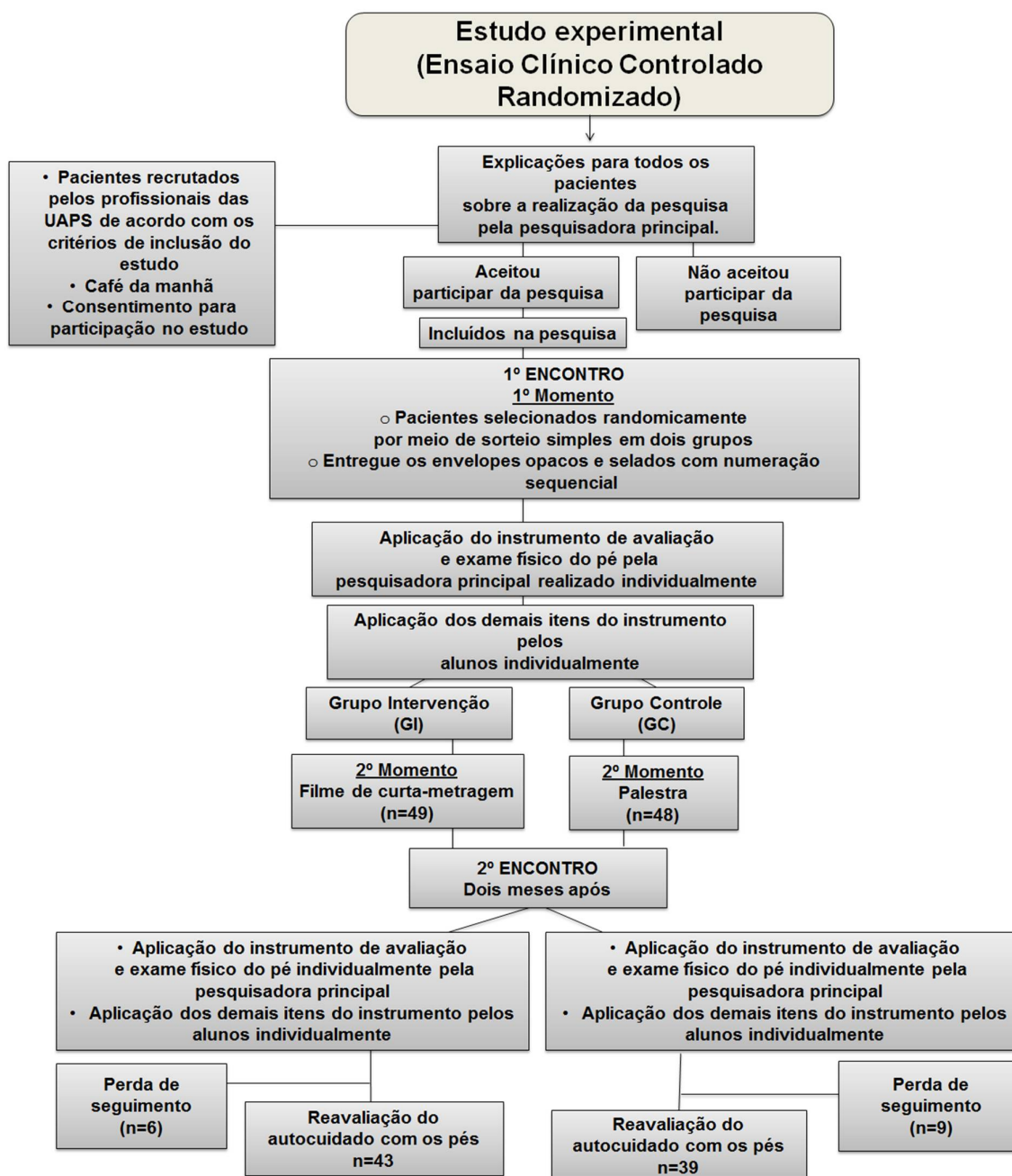
A randomização foi efetuada por um estatístico que não participou diretamente da pesquisa. Com este intento, utilizou-se a tabela de números aleatórios, gerada com o apoio do computador retirado do *site* www.randomization.com e aplicada à medida que os pacientes eram incluídos no estudo.

Essa alocação aleatória evita o fator de confundimento, tornando os dois grupos semelhantes entre si por dispersar igualmente esses fatores entre os grupos de forma paritária (OLIVEIRA; PARENTE, 2010). O caráter aleatório da alocação de um ou outro grupo de estudo estabelece a base para o teste de significância estatística das diferenças entre os grupos nos desfechos medidos.

Na randomização foram usados envelopes opacos e selados com numeração sequencial.

Graficamente, a Figura 4 ilustra a coleta de dados do estudo.

Figura 4 – Representação gráfica da coleta de dados. Fortaleza-CE, 2016



Fonte: Elaborada pela autora.

5.2.2.4 Instrumentos para registro dos dados

As atividades desenvolvidas no estudo aconteceram em dois encontros com o uso dos seguintes instrumentos de coleta de dados, conforme descrição seguinte:

O primeiro encontro ocorreu em dois momentos. Inicialmente foi aplicado o questionário construído, testado e adaptado pela pesquisadora em um estudo anterior (MENEZES, 2013) (APÊNDICE J) ao GI e GC, constando dos seguintes itens: (1) questões concernentes aos dados sociodemográficos: idade, sexo, escolaridade, estado conjugal, ocupação, número de pessoas que moram na mesma residência, categoria profissional, número de filhos e renda; (2) questões relacionadas ao DM: tempo da doença, tipo de tratamento, verificação da glicemia, histórico familiar, outras doenças e fatores de risco, como sedentarismo e hábito de fumar; (3) avaliação dermatológica, circulatória, neurológica e ortopédica do pé, além do uso do teste do monofilamento de 10g para avaliar a sensibilidade cutânea tátil com o monofilamento de *Semmes-Weinstein* (10g), aplicado no paciente com os olhos fechados, tendo como referência a superfície da pele nas seguintes áreas: primeiros, terceiros e quintos pododáctilos e metatarsos (IWGD, 2015).

Esse teste dura até dois segundos e detecta perda de função clínica de fibras grossas (SBD, 2015-2016). Repete-se a aplicação duas vezes no mesmo local, alternada com, pelo menos, uma delas simulada, na qual o filamento não é usado. Ao pressionar o monofilamento, a pessoa é indagada se sente ou não onde a pressão está sendo exercida. São feitas três perguntas por local de aplicação. Enquanto a sensação protetora está presente se a pessoa responder afirmativamente a duas das três aplicações, a sensibilidade cutânea tátil é considerada prejudicada quando houver a presença de dois dos três locais insensíveis, após três tentativas (IWGD, 2015).

Procedeu-se também à avaliação da sensibilidade vibratória com o emprego de um diapasão de frequência de 128 Hz, que também identifica alterações em fibras grossas. Consoante as recomendações propostas pelo *International Working Group on the Diabetic Foot* (2015), o diapasão deve ser aplicado primeiramente sobre o pulso, cotovelo ou clavícula, para que a pessoa a ser examinada saiba como será testada. Aplicou-se o diapasão perpendicularmente, e com uma pressão constante, sobre a parte óssea dorsal da falange distal do hálux. Este procedimento é repetido duas vezes, mas alternado com, pelo menos, uma simulação na qual o diapasão não vibre. Considerou-se a sensibilidade vibratória comprometida quando esteve diminuída ou ausente, após três tentativas.

Por fim, no item 4 foram abordadas questões destinadas à avaliação das habilidades das pessoas com diabetes adaptadas do estudo anterior da pesquisadora para prática do autocuidado com os pés (MENEZES, 2013).

Fez-se a avaliação das habilidades por meio da proporção de acertos em alguns tópicos do questionário. Para cada alternativa atribuiu-se o valor igual a 1 (um) para as respostas julgadas satisfatórias e zero para as não satisfatórias, dessa forma, obteve-se o somatório do questionário. Cada paciente poderia apresentar uma pontuação de zero a 11 pontos, mas algumas respostas (números 33, 35, 37, 39, 46, 47 e 49 do questionário-APÊNDICE J) dependiam da realização dos cuidados constantes da resposta anterior para serem replicadas. No entanto, essas questões replicadas corretamente poderiam ou não tornar-se as habilidades adequadas ou não adequadas. Optou-se por considerar com habilidades sobre o assunto faixas de escores iguais ou acima de 70%, com base no nível de aproveitamento.

Ainda no primeiro encontro, foram trabalhadas também as intervenções educativas.

Ao final deste, entregou-se um “cartão do pé” (APÊNDICE K) adaptado do estudo anterior da pesquisadora contendo a data do retorno (MENEZES, 2013).

No segundo encontro, dois meses após assistirem ao filme e receberem orientações por meio da palestra, aplicou-se novamente o questionário (APÊNDICE J) utilizado para avaliar em que as tecnologias educativas modificaram o comportamento de pessoas com diabetes e pé em risco, em relação às habilidades sobre as medidas de autocuidado, além do exame do pé executado pela pesquisadora.

A necessidade de acompanhamento decorridos dois meses da intervenção educativa ocorre em virtude da combinação de fatores que incluem tomada de decisão, valores, percepção de barreiras para o autocuidado, motivação e metas propostas para comparar as habilidades antes e após.

Ao final do segundo encontro, os participantes receberam uma bolsa com a logomarca do filme contendo materiais para a higiene dos pés (loção hidratante, sabonete líquido, serrinha, cortador de unha, tesoura com ponta arredondada e toalha de algodão). O objetivo da disponibilização desse material era reforçar o conteúdo abordado nas tecnologias educativas e incentivar a continuidade da prática do autocuidado com os pés.

5.2.2.5 Definição operacional das variáveis

Mensuraram-se as variáveis por meio de um instrumento adaptado do estudo anterior da pesquisadora.

-Variável dependente (desfecho)

- ✓ A variável de desfecho foi a habilidade do autocuidado com os pés. Estimou-se o autocuidado com os pés com base nas seguintes habilidades informadas pelos entrevistados: hábito de inspeção/avaliação dos pés (sim/às vezes/não); se realiza, qual a periodicidade da inspeção/avaliação (diariamente/semanalmente/duas vezes ao mês); como efetiva a lavagem dos pés durante o banho (somente com água/com água e sabão/não lava); se lava, qual a temperatura da água (natural/morna/muito quente); secagem do pé após lavagem (sim/as vezes/não); se realiza a secagem, como faz (com um pano macio, passando entre os dedos/ com um pano macio, não passando entre os dedos); utilização de produtos para hidratar os pés (sim/às vezes/não); se sim, qual produto usa (hidratantes/óleos/outros); andava descalço frequentemente (sim/as vezes/não); tipo de calçado utilizado diariamente (fechado/aberto), hábito de examinar os calçados antes de usá-los (sim/as vezes/não); hábito de cortar as unhas (formato arredondado/reto); empregado instrumento para cortar as unhas (tesoura com ponta afiada/tesoura com ponta arredondada/cortadores de unha/alicate/objetos afiados); hábito de usar meias (sim/as vezes/não); se usa meias, qual o tecido delas (tecido de náilon/ algodão, sem costuras/ lã/qualquer tipo); se usa meias, qual a cor (clara/ escura); presença de ferimentos nos pés (sim/não); se teve ferimento o que fez para tratá-lo (usou produtos caseiros/procurou especialistas/não fez nada). Ainda, realizou-se exame físico do pé no momento da entrevista antes e dois meses após a intervenção educativa.

-Variável independente (explanatória)

- ✓ Sociodemográficos:
 - Idade: autodeclarada, em anos completos;
 - Sexo: categorizado em masculino e feminino;

- Escolaridade: autodeclarada, em anos de estudo completos;
 - Estado civil: autodeclarado, em casado e não casado;
 - Ocupação: autodeclarado da ocupação em trabalha e não trabalha;
 - Número de pessoas na residência: número autodeclarado de pessoas que moram com o participante;
 - Número de filhos: número autodeclarado de filhos do participante;
 - Renda familiar: renda familiar mensal autodeclarada em menor que dois salários mínimos ou maior que dois salários, baseada no salário mínimo de R\$ 880,00.
- ✓ Clínicas:
- Tempo do diagnóstico de diabetes: tempo de DM autodeclarado em anos, desde o início da doença até o estudo;
 - Tratamento medicamentoso para o controle do DM: considerado o tratamento referido pelo participante: hipoglicemiantes orais e/ou insulina;
 - Tratamento com dieta: autodeclarado e categorizado em fazer dieta ou não fazer dieta;
 - Frequência de verificação da glicemia capilar: considerada a verificação da glicemia referida pelo participante: diariamente, semanalmente, mensalmente e trimestralmente;
 - Presença de doenças associadas: consideradas as doenças referidas pelo participante: hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, deficiência visual, acidente vascular cerebral, doença renal, outras, não tem nenhuma doença;
Tabagismo: o hábito de fumar foi autodeclarado e categorizado em fumantes ou não fumantes;
 - Ingestão de bebida alcóolica: a ingestão de bebidas alcólicas foi autodeclarada e categorizada em ingere ou não ingere;
 - Antecedentes familiares de DM: autodeclarados e categorizados em sim ou não;
 - Prática de atividade física: autodeclarada e computada em sim ou não;
 - Frequência de exercício físico: autodeclarada e computada em número de dias da prática de exercícios físicos por semana em: 1 vez por semana, 2 vezes por semana, 3 vezes por semana, 4 vezes por semana e todos os dias da semana;

-IMC (índice de massa corporal): autodeclarados o peso e altura identificados no último exame. Como peso elevado para as pessoas adultas, consideraram-se os valores acima ≥ 25 kg/m² conforme as Diretrizes da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) (2016). Enquanto que, nas pessoas idosas, os valores foram: menor ou igual a 22 – baixo peso, maior de 22 e menor de 27 – adequado ou eutrófico, maior ou igual a 27 – sobrepeso (LIPSCHITZ, 1994);

-Glicemia de jejum: autodeclarado o nível de glicose sanguínea referente ao exame mais recente. Como glicemia elevada consideraram-se os valores acima de 100 mg/dl conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes-SBD (2015-2016);

-Pressão Arterial (PA): autodeclarada a pressão arterial referente ao exame mais recente. Consideraram-se recomendações das VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2010). Assim, consideram-se os valores elevados de PAS>130 mmHg e PAD>80mmHg.

✓ Exame físico:

Por meio do exame físico do pé no momento da entrevista antes e após a intervenção educativa, foram avaliados:

-Teste com o uso do monofilamento: consideraram-se as recomendações do *International Working Group on the Diabetic Foot* (2015), categorizado em sim (com alteração na sensibilidade) e não (sem alteração na sensibilidade);

-Teste com o uso do diapasão: consideraram-se as recomendações do *International Working Group on the Diabetic Foot* (2015), categorizado em sim (com alteração na sensibilidade) e não (sem alteração na sensibilidade). Com base nesses resultados, foram categorizados segundo o grau de risco em: grau de risco 0 (Sensibilidade Protetora Plantar-SPP e Doença Arterial Periférica-DAP ausente); grau 1 (SPP + deformidades ósseas); grau 2 (SPP + DAP); e grau 3 (história de úlcera ou amputação).

5.2.2.6 Intervenções

Nesse estudo construíram-se duas intervenções educativas direcionadas às habilidades sobre o autocuidado com os pés das pessoas com diabetes e estimaram-se suas eficácias ao final do estudo. Depois de alocados, os participantes receberam as intervenções propostas realizadas em salas separadas das UAPS,

contendo no máximo cinco participantes em cada grupo, podendo estes estarem acompanhados de algum familiar ou amigo.

Para tanto, foram avaliados os passos adotados pelos sujeitos para a execução dos cuidados antes (desempenho inicial), valendo-se de um instrumento contendo as habilidades sobre o autocuidado com o pé.

Na coleta de dados, o GC foi composto por pessoas com diabetes e pé em risco que assistiram a uma palestra educativa em *Microsoft Power Point*[®] ministrada pelos alunos do Curso de Graduação de Enfermagem treinados pela pesquisadora. Como observado, a apresentação não continha imagens e os alunos não podiam dar nenhuma informação sobre o conteúdo exposto. Os assuntos apresentados correspondiam ao mesmo conteúdo científico abordado no filme, seguindo a mesma ordem de apresentação. A aula expositiva tinha 22 *slides* com duração de aproximadamente vinte minutos.

Segundo definiu-se o GI foi composto por pessoas com diabetes e pé em risco que receberam orientações sobre o diabetes e os cuidados com os pés por meio de um filme educativo de curta-metragem com duração de 24 minutos e sete segundos transmitido por um aparelho de televisão LED da marca AOC[®] de 29 polegadas.

Após dois meses, a avaliação do segundo encontro foi realizada pela pesquisadora com a aplicação do instrumento de avaliação do exame físico do pé e por alunos de graduação treinados para a aplicação dos demais itens do instrumentos, ambos executados individualmente.

5.2.2.7 Período de coleta de dados

Como referido, a realização do ECCR ocorreu nos meses de maio a agosto de 2016.

5.2.2.8 Análise dos dados

Os resultados foram apresentados em tabelas. Foram calculados as medidas estatísticas frequência, média e desvio padrão. Aplicou-se o teste de Kolmogorov-Sminorv para verificação da normalidade dos dados numéricos. Os dados oriundos da aplicação dos questionários, feita antes e após o aprendizado educativo, foram trabalhados com os seguintes testes estatísticos: testes do Qui-quadrado, razão

de verossimilhança e o Exato de Fischer. Para as análises de associações entre variáveis independentes, utilizou-se os teste de *t* de Student, McNemar e Wilcoxon, considerando um alfa crítico de 0,05. Os dados foram processados no *software* SPSS versão 20.0 (licença nº 10101113007).

5.2.2.9 Aspectos éticos

Em atendimento ao exigido, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) 47663215.5.0000.5534 e número do Parecer 1.235.019 (ANEXO C). A pesquisa foi registrada na Plataforma de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) sob número de identificação universal TRIAL RBR-3PFCJS e *The Universal Trial Number* (UTN), sob número U1111-1184-9228.

Registrou-se o filme na Fundação Biblioteca Nacional (FBN)/Escritório de Direitos Autorais (EDA) do Ministério da Cultura sob nº 696.446 e em cartório sob protocolo nº 468282. Os atores e figurantes assinaram o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz de acordo com a Lei nº 9.610/98.

No momento da validação pelo público-alvo, este assistiu ao filme e participou de uma entrevista na qual falou das suas percepções sobre o material. Mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I), asseguram-se aos participantes anonimato e sigilo das identidades, independente do grupo alocado, bem como a privacidade e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem nenhuma penalidade ou prejuízo. Para garantir o anonimato dos entrevistados, eles foram codificados pela letra “P”, de pacientes, seguida de numeral arábico, conforme ordem das entrevistas.

Nessa pesquisa há riscos quanto a participação dos pacientes, porém serão mínimos, pois não haverá nenhum procedimento doloroso. Caso traga algum desconforto, a pesquisadora estará apta para contornar. Tudo foi planejado para minimizar riscos, mas se o paciente sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com a pesquisadora.

Ademais, a pesquisa cumpriu os preceitos éticos e legais segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que trata e regulamenta as diretrizes e normas envolvendo pesquisa com seres humanos.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente, apresentam-se a construção e a validação de conteúdo e aparência do filme educativo de curta-metragem. Em seguida, os resultados referentes ao ensaio clínico, com exposição dos dados sociodemográficos, clínicos e a análise das variáveis de desfecho da pesquisa.

6.1 DESCRIÇÃO DA CONSTRUÇÃO DO FILME DE CURTA-METRAGEM NAS ETAPAS DE PRÉ-PRODUÇÃO, PRODUÇÃO E PÓS-PRODUÇÃO

O primeiro item para a construção de um filme de curta-metragem é a ideia, a qual não consistiu uma fase propriamente dita, mas retrata a necessidade do escritor de escrever determinado assunto. A primeira dificuldade enfrentada por aqueles que iniciam uma construção audiovisual pode ser desmembrada, segundo Lucena (2012), em dois fatores: a falta de conhecimento sobre filmagem e edição e o desafio de elaborar uma ideia e desenvolvê-la.

Apesar da falta de conhecimento sobre filmagem e edição, a ideia da construção do filme sobreveio da experiência durante a dissertação de Mestrado com pessoas com pé diabético, e também da análise do constructo teórico e seleção do conteúdo sobre o assunto subsidiada pelos resultados da pesquisa na literatura (revisão integrativa apresentada na revisão de literatura deste estudo).

No cenário nacional e internacional, a magnitude do pé diabético, além da responsabilidade do manejo dessa condição pela atenção básica, motivou a ideia de elaborar uma estratégia de educação em saúde capaz de melhorar o autocuidado para prevenir complicações nos pés de pessoas com DM, e, ao mesmo tempo, utilizada por enfermeiros da atenção básica em sua assistência.

Diante da diversidade de estratégias educativas existentes na prática assistencial, a produção de um filme de curta-metragem do gênero ficcional, com enredo, tempo, espaço e personagens contextualizados em um mundo possível, teve o intuito de fazer um recorte da realidade dessas pessoas, dos seus costumes, de fatos, de histórias e de personagens, para a melhoria do conhecimento e promoção do autocuidado.

Nascimento *et al.* (2014) consideram o filme ficcional uma tática de aprendizagem lúdica inovadora pela sua versatilidade e aplicabilidade e por ser

facilmente disponibilizada a qualquer pessoa, independente da classe social ou do nível educacional.

Assim, as estratégias de educação em saúde constituem-se como medidas essenciais para reduzir o desenvolvimento e a progressão de complicações nos pés, uma vez que essa área é vulnerável a traumas imperceptíveis (REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015).

Sob o impulso dessa ideia, elaborou-se a seguinte sinopse ou *storlyne* em cinco linhas, conforme o modelo orientado por Comparato (2009):

A história se passa no município de Senador Pompeu no interior do Estado do Ceará e na cidade de Fortaleza-Ceará. Fazem parte como protagonistas três pessoas com diabetes e pé em risco. São elas: João (cantor de música sertaneja); Maria (funcionária pública aposentada) e José (pedreiro), além da enfermeira Ana. Todos se unem para prevenção de complicações nos pés.

Em seguida definiu-se o título do filme. Para Molleta (2009) não precisa escolher o título do seu filme para começar a escrever, porém, segundo Lucena (2012), é bom ir pensando e tomando notas dos títulos que lhe forem ocorrendo.

Inicialmente, o filme teve vários títulos provisórios, como “Unidos pelos pés” (mas já havia uma cartilha educativa com um título semelhante); “Unidos pela prevenção do pé diabético em risco” (era uma alusão direta a um personagem importante, sendo esse o nome escolhido para as reuniões educativas do filme) e “Pés pra que te quero” (um título misterioso e enigmático). Decidiu-se pelo explícito “Pés Que Te Quero[®]”, um título curto, apenas quatro palavras, representando um elemento importante da narrativa com uma referência ao universo ficcional do filme, os pés que muitas pessoas com diabetes necessitam e querem tê-los.

Para se chegar ao argumento, faz-se necessária a criação de personagens, elementos que dão origem à história. O argumento é uma espécie de esboço do projeto que descreve o conteúdo e o estilo da filmagem, ou seja, a estrutura básica do projeto audiovisual; seu esqueleto ou espinha dorsal. O argumento deve ter entre 20 e 45 linhas. Deve ser claro e ter começo, meio e fim (COMPARATO, 2009).

Na etapa de pré-produção, o desenvolvimento do argumento do filme foi elaborado com base em uma ideia ficcional, sendo adaptado aos objetivos educacionais. Escrito em 42 linhas, o argumento funcionou como um pré-roteiro e direcionou toda a produção do filme:

O filme contou com cenas fictícias que buscaram aproximação com a realidade das famílias pretendidas pelo filme, bem como o figurino das personagens demonstrando simplicidade no vestir das pessoas da comunidade, na qual se pretende posteriormente aplicar o filme. Para tanto, o filme contou com três personagens principais: João, Maria e José e uma co-protagonista, a enfermeira Ana (enfermeira do Posto de Saúde). As cenas do filme ocorreram em oito locações e se passam inicialmente no município de Senador Pompeu (Estado do Ceará). As cenas se iniciam no "Bar da Amizade", onde o cantor João, de 55 anos, diabético há quinze anos, solteiro e morava sozinho, dedica-se um dia da semana a cantar música sertaneja naquele bar. João, nos seus shows sempre faz um pequeno relato de como descobriu o diabetes e como ganhou qualidade de vida após essa descoberta. Esse relato, para ele, serve para sensibilizar pessoas que tenham a doença e não encaram a vida como uma necessidade de adoção de novos hábitos, e assim acabam desenvolvendo muitas complicações. Após o término de um dos seus shows, a personagem Maria, de 65 anos, solteira, diabética desde seus 41 anos, sem controle da doença, funcionária pública aposentada, que também frequenta o "Bar da Amizade", procura o cantor João e os dois conversam bastante. Após esse primeiro encontro, Maria e João começam um romance que já dura anos. Na busca de um controle da doença e complicações, graças à convivência com João, Maria se voltou às mudanças de hábitos. Juntos, o casal realiza todos os cuidados orientados pelos profissionais, participa da reunião educativa no Posto de Saúde e sempre dá dicas para familiares, amigos, vizinhos e muitas pessoas que os procuram sobre os cuidados com os pés. O casal sempre enfoca que os pés de pessoas com diabetes exigem muito cuidado, carinho, amor e atenção. A reunião educativa da qual os personagens participavam intitulada "Unidos pela prevenção do pé diabético em risco" acontecia três vezes por semana no Posto de Saúde e era coordenada pela enfermeira Ana. A enfermeira tem muita experiência com o pé diabético, além de doutorado no assunto. O personagem que exerceu a função de enfermeira foi uma das pesquisadoras, devido sua vasta experiência prática e familiaridade com a temática. Dentre os assuntos abordados nas reuniões destacaram-se os cuidados preventivos com o pé diabético, que eram realizados por meio de palestras, utilizando panfletos e modelos anatômicos de pés com e sem lesões. Além desses, também participa da ficção o personagem José, que trabalha como pedreiro numa construção, tem 57 anos, três filhos e há doze sofre com o diabetes. Ele já

apresenta dormência nos pés e tem uma lesão no pé direito. Com a piora do ferimento, ocasionado após pisar em um prego, José resolve procurar a enfermeira Ana no Posto de Saúde. A enfermeira, avaliando a gravidade da lesão, encaminhou José para um serviço hospitalar. José passou por uma internação prolongada de quarenta dias e recebeu alta após a cicatrização do ferimento. Após esse acontecimento, José passou a participar ativamente das reuniões educativas e nunca mais adquiriu ferimento no pé. A história do filme construiu laços de amizade, e José, João e Maria juntos modificaram seus hábitos e conseguiram realizar o autocuidado tendo uma vida com mais qualidade e mais alegria.

Com a ideia tomando forma e as cenas de roteiro já previamente definidas, passou-se à escrita do roteiro do filme (APÊNDICE L).

O formato do roteiro foi o "master scenes", que é o mais utilizado atualmente, onde cada informação tem seu local específico. Como principais elementos utilizados no roteiro constataram:

- Cabeçalho: indica o número da cena; indica o espaço em que ocorre a ação do personagem (INT. para interno e EXT. para externo); depois informa o local (rua, centro da cidade, etc.) e por último o tempo da ação (manhã, tarde, noite, madrugada); aparece em caixa alta;

- Descrição do ambiente ou ação: indica o que ocorre durante a ação do personagem e o que acontece ao redor dele. Moletta (2009) sugere que os personagens e as ações sejam indicados em caixa alta, para facilitar a marcação de quem lê de imediato. A descrição aparece colada à margem da folha em espaço de parágrafo simples;

- Personagens: marcada em caixa alta e centralizada. Marcações em parênteses em itálico sugerem ações da personagem na hora da sua ação.

- Diálogos: são as falas que aparecem durante as ações. Como descreve cenas que se passam a nossa frente, o roteiro foi narrado na terceira pessoa. Segundo Moletta (2009), o tempo de visualização de um filme é sempre o presente, mesmo no caso de um *flashback*.

Os diálogos aparecem centralizados na página e em espaço simples. Entre o cabeçalho, a descrição e o diálogo há espaço 1,5. O Celtx[®], *software* usado para a escrita do roteiro desse estudo, automaticamente introduziu estas medidas.

Embora a primeira versão do roteiro abrangesse 38 minutos, a segunda foi reduzida para 32 minutos, mas ainda parecia extenso para um filme de curta-metragem.

Como propõe Lucena (2012), é essencial a atenção ao tempo de reprodução de uma cena escrita em forma de roteiro: é preciso estar atento e fazer a marcação do tempo de leitura da narração com o tempo da cena que se passa no filme. Dessa forma, a última versão do roteiro escrita em 21 páginas foi reduzida para um tempo de 24 minutos e sete segundos de filme.

Nesta, os créditos iniciais foram destinados a um breve depoimento do que será abordado durante o filme realizado por um ator conhecido nacionalmente. O filme propriamente dito começa com uma imagem de fundo preto contendo o título em letras brancas e ruídos de pés pisando. Assim, vai sendo construída a ideia de que algumas pessoas, para sobreviver, precisam reforçar laços, conforme mostram imagens na Figura 5. Foram retiradas algumas cenas e apresentações desnecessárias pela pesquisadora, pela orientadora, pelo diretor do filme e pelos proficientes de conteúdo, aparência e de comunicação.

Figura 5- Imagens do filme “Pés Que Te Quero[®]”. Fortaleza-CE, 2016



Fonte: Elaborada pela autora.

Na elaboração do conteúdo científico contido no roteiro para contemplar o tempo proposto, as informações descritas foram organizadas em sequência lógica de raciocínio de modo a retratar sucintamente os cuidados com os pés para prevenção de complicações. Dentre os procedimentos destacam-se: exame diário dos pés, lavagem, secagem e hidratação dos pés, corte adequado das unhas, tratamento de calos, micoses, ferimentos, uso de calçados e meias adequadas, dentre outros. Ressalta-se que além dos assuntos citados, optou-se por trazer no filme algumas nuances relacionadas ao diabetes em geral, como: a definição da doença, as complicações agudas e crônicas, os cuidados com a alimentação, com a prática de atividade física, com os medicamentos, a importância de participar das reuniões educativas, de procurar um atendimento de maneira precoce, dentre outros.

Sobre a fundamentação bibliográfica do conteúdo do filme, mencionam-se as seguintes fontes: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016), no *International Working Group on The Diabetic Foot* (2015) e na Teoria do Autocuidado de Orem (2001).

O modelo proposto por Orem contribuiu para o aprendizado do autocuidado na prática da enfermagem construída no filme. Consoante enfatiza Orem em sua teoria, que a atuação do enfermeiro, priorizando as atividades inerentes ao seu papel de educador, é relevante no engajamento das pessoas às atividades de autocuidado, principalmente quando apresenta déficit de conhecimento e de habilidades para cuidar de si mesmo (OREM, 2001).

Evidentemente, uma intervenção pautada no autocuidado requer não apenas o treinamento de práticas de autocuidado, mas também o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes positivas relacionadas ao autocuidado.

Embasado nessas bibliografias, o filme “Pés Que Te Quero[®]” foi dividido em doze cenas cujo conteúdo científico está exemplificado nas falas dos personagens descritas no Quadro 6.

Quadro 6- Conteúdo científico abordado no roteiro final, segundo categorias de assunto. Fortaleza-CE, 2016

(continua)

Categories	Conteúdo científico
Descoberta da doença	<i>Fala do cantor João</i> Eu descobri que tinha diabetes tipo 2 e procurei não ficar abalado. Hoje tenho um novo modo de comer e beber. Pratico exercícios todos os dias e levo uma vida mais saudável. É sempre importante você pedir ajuda aos seus familiares. Como moro só, ter alguém da família que cuide de você é muito importante.
Definição do diabetes <i>mellitus</i>	<i>Fala da enfermeira Ana</i> O diabetes é uma doença séria causada pela deficiência do pâncreas que libera um hormônio chamado insulina. O nosso corpo todo se torna resistente a ação desse hormônio e as quantidades de glicose no sangue se elevam. Essa doença tem início muito lento e você acaba não sentindo os sintomas nos primeiros estágios da doença.
Tipos de complicações: agudas e crônicas	<i>Fala da enfermeira Ana</i> As complicações do diabetes podem ser agudas e crônicas. As complicações agudas têm início rápido e súbito, enquanto as crônicas aparecem num momento mais avançado da doença. Dentre as complicações crônicas, tem-se uma ferida no pé da pessoa com diabetes. Existem três condições nas quais vocês devem estar atentos, pois podem realmente causar problemas nos seus pés: circulação deficiente, deformidades ósseas e nervos danificados.
Definição de neuropatia periférica	<i>Fala da enfermeira Ana</i> Os danos nos nervos são chamados neuropatia periférica. A neuropatia aparece como a complicação crônica mais comum da doença e causa modificações na maneira como sinta dor ou pressão, calor ou frio nos pés e como manter o equilíbrio do corpo quando você está em pé. Pode apresentar perda da sensibilidade (dormência), sensação de queimação, pontadas, agulhadas, dor que piora à noite e pequenas feridas que não doem. Ocorre em média dez anos após o começo da doença e, quando se juntam a falta de circulação sanguínea, a infecção no ferimento, alterações na maneira como o senhor anda e no formato dos dedos e nos pés podem agravá-la com rapidez imprevisível.
Definição de amputação	<i>Fala da enfermeira Ana</i> Nos casos em que não há tratamento assim que aparece o ferimento, existe o risco de perder a perna (amputação). Começa com a amputação do dedinho do pé que fica preto (necrosado) sem vida por não ter mais circulação de sangue, depois vai amputando os pés até chegar na coxa.
Hábitos saudáveis	<i>Fala da enfermeira Ana</i> E isso se consegue mantendo o nível de açúcar do sangue controlado: tomando os medicamentos prescritos para o diabetes, comendo os alimentos saudáveis de três em três horas recomendados por um profissional, praticando atividade física, pelo menos trinta minutos por dia e cinco vezes por semana, como caminhada, pedalada, corrida e participando das consultas e reuniões educativas.
Exames dos pés	<i>Fala da enfermeira Ana</i> A primeira coisa que devemos fazer é examinar nossos pés todos os dias: prestar atenção em mudanças de cor da pele e temperatura; olhar cada um dos dedos e entre eles; por cima e por baixo em todos os ângulos, procurar cortes, bolhas, calos, formatos das unhas e se está encravada, rachaduras, pele ressecada e feridas. <i>Fala do cantor João</i> Doutora, atualmente moro sozinho, sem familiares, mas estou à procura de uma moça bonita que possa cuidar dos meus pés. Enquanto isso uso uma lupa para ver melhor.
Lavagem dos pés	<i>Fala da enfermeira Ana</i> A limpeza dos pés deve ser realizada diariamente, pode-se utilizar água morna. Nunca verifique a temperatura da água diretamente com os pés. Faça isso com o

	cotovelo ou com os dedos das mãos, pois como tem dormência nos pés, você pode não sentir a temperatura da água e causar queimaduras e formar bolhas.
Limpeza das unhas	<i>Fala do cantor João</i> Doutora, sempre uso uma escovinha de dente com cerdas macias para limpar minhas unhas, pois elas são grossas e um pouco encurvadas.
Secagem dos pés	<i>Fala da enfermeira Ana</i> Na hora de secar, não esfregue, use uma toalha macia somente para os seus pés, enxugue bem entre os dedos, pois evita micoses entre os dedos e nas unhas, prevenindo assim o aparecimento de feridas. Se houver micoses, seque-os com papel, pois as micoses de um dedo podem transmitir para os outros dedos e realize o tratamento prescrito por um profissional.
Hidratação dos pés	<i>Fala da enfermeira Ana</i> Após secar, aplique diariamente ou até mais de uma vez ao dia creme hidratante sobre a parte de cima e sola dos pés, para evitar ressecamento e rachaduras, mas nunca entre os dedos e em ferimentos. Não use talco nos pés, pois pode deixar a pele ressecada e formar rachaduras.
Corte adequado das unhas	<i>Fala da enfermeira Ana</i> O corte deve ser realizado com cortadores de unhas ou tesouras com pontas arredondas e limpas, preferencialmente após o banho, pois elas estarão mais moles, e num local bem claro. O corte deve ser realizado em formato quadrado e reto, nunca corte os cantos, assim você evita que as unhas cresçam de forma inadequada, encravada e inflamada. Nos cantos, use de preferência uma lixa e jamais use objetos afiados e pontiagudos, pois eles podem machucar. Não retire cutículas. Caso não consiga ver as unhas ou já apresentar dormências nos pés, peça a alguém para fazer por você, pois a possibilidade de se machucar diminui bastante. Se encravar procure um profissional especializado.
Cuidados com os calos	<i>Fala da enfermeira Ana</i> Quando aparecer calos, não usem solução calicida caseira e nem tesouras de ponta fina e nem lixas de metal. Após o banho, quando a pele ainda estiver macia, passem pedra-pomes ou lixas de papel de maneira bem suave sobre a pele.
Exame dos calçados	<i>Fala da enfermeira Ana</i> Além de olhar é sempre bom sacudir e passar a mão por dentro para ter a certeza que não há nem um objeto, inseto, partes descosturadas ou soltas do calçado.
Uso de calçados confortáveis	<i>Fala da enfermeira Ana</i> Várias pesquisas descobriram que os calçados são as principais causas de feridas nos pés das pessoas com diabetes, e muitas levam até o corte da perna. Então toda pessoa com diabetes deve usar um calçado confortável e adequado para o seu pé e isso é bem simples: coloca uma folha sulfite A4 no chão e sobre ela coloca seus pés, faz um contorno desenhando e depois recorta. Aquela folha desenhada e recortada você leva para comprar seu calçado. Quando escolher o calçado encaixa a folha na parte de dentro e observa como ela ficou acomodada. Ao retirar e você perceber que a folha está amassada será assim que ficará os seus dedos.
Uso de meias apropriadas	<i>Fala da enfermeira Ana</i> Deve-se usar calçado com meias limpas, preferencialmente de algodão, sem elástico, porque o elástico aperta o tornozelo e dificulta a circulação, sem costura e de preferência na cor branca, pois assim pode-se ver claramente algum objeto ou inseto, além de alguma sujidade ocasionada por ferimentos.

Fonte: Elaborada pela autora.

6.2 ANÁLISES DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO ROTEIRO DO FILME PELOS PROFICIENTES

6.2.1 Proficientes da área da enfermagem

A primeira versão do roteiro foi submetida a um processo de validação por proficientes em conteúdo e técnico, formado por enfermeiros. Por prever perdas na devolução do material, enviou-se o roteiro do filme educativo para avaliação de 72 enfermeiros. Destes, apenas 31 responderam em tempo hábil, os quais constituíram a amostra dessa fase do estudo. O número de proficientes seria de seis a vinte, conforme amostra especificada na metodologia (PASQUALI, 2013). Desta maneira, conseguiu-se êxito na amostra em discussão.

Ao caracterizar os proficientes, viu-se que a maioria, 28 (90,3%), era do sexo feminino e a idade variou entre 27 e 61 anos (média $(x) = 42 \text{ anos} \pm 10,27$) com mediana de 41 anos. Os participantes enfermeiros tinham experiência com DM2, pé diabético, educação em saúde e validação de tecnologias educativas, com o tempo de experiência variável de dois a quarenta anos, médias de 11,2, 9 e 12,5 anos, respectivamente. Além da experiência, 31 (100%) participaram da elaboração/avaliação de material educativo e 27 (87%) apresentaram publicações sobre o tema em periódicos indexados. Como observado, 29 (93,5%) participavam de algum grupo/projeto de pesquisa, predominando os grupos de doenças crônicas não transmissíveis (DM e HAS) e prevenção e tratamento de feridas.

No tocante à ocupação desses participantes, 26 (83,8%) enfermeiros estavam no ensino, 24 (77,4%) na pesquisa, 16 (51,6%) na assistência e 5 (16,1%) eram consultores. Logo, estes podiam estar desenvolvendo várias dessas atividades ao mesmo tempo.

Ainda como observado, 19 (61,2%) exerciam suas atividades de trabalho na região Nordeste (Estados do Ceará, Maranhão e Piauí), 9 (29%) na Sudeste (Estados de São Paulo e Minas Gerais) e 3 (9,6%) na região Sul (Estados do Rio Grande do Sul e Paraná) do país. A intenção foi avaliar a tecnologia em diferentes perspectivas e contextos, tornando-a aplicável em âmbito nacional.

Quanto à pontuação no Sistema de Classificação dos proficientes, 8 (25,8%) obtiveram a máxima de dezesseis pontos, 7 (22,5%) alcançaram doze pontos, 5 (16,1%) dez pontos, 4 (12,9%) quatorze pontos, 3 (9,6%) alcançaram seis,

e por fim, 2 (6,4%) pontuaram sete e oito, respectivamente. Os achados mostraram um elevado nível dos proficientes selecionados para o estudo, sendo 23 (74,1%) com doutorado e 3 (9,6%) doutorandos.

Segundo se acredita, o considerável número de doutores na área, a experiência na docência, na assistência e na pesquisa nesses cenários e a presença de especialistas oriundos de sete Estados do Brasil contribuíram para fortalecer a fidedignidade dos dados obtidos no processo de validação.

No pertinente ao processo de validação do filme educativo, as opiniões dos proficientes (n=31) foram analisadas de forma quantitativa, por meio das respostas dadas aos itens do instrumento de avaliação que abordou dez categorias preestabelecidas: conceito da ideia, objetivos, construção dramática, ritmo, personagens, potencial dramático, diálogos, estilo visual, público referente e estimativa de produção. Cada categoria foi composta por subcategorias, mas as categorias estilo visual e estimativa de produção apresentaram apenas uma subcategoria. Ao final de cada categoria, os proficientes poderiam justificar suas respostas e/ou dar sugestões sobre o roteiro do filme educativo.

Na Tabela 1 constam as descrições dos Índices de Validade de Conteúdo (IVC) e testes estatísticos. Calculou-se o IVC de cada item, composto por dez itens, por meio do qual se verificou a opinião dos proficientes em relação ao objetivo e à finalidade do filme educativo.

Tabela 1- Índice de Validade de Conteúdo, teste de distribuição binominal dos itens e alfa de Cronbach das dimensões do filme “Pés Que Te Quero[®]”. Fortaleza-CE, 2016

CATEGORIAS/SUBCATEGORIAS	IVC*	IVC**	Teste binominal (p-value)	(continua)
				alpha de Cronbach
1. CONCEITO DA IDEIA				,780
Conteúdo temático relevante/atual	1,00	1,00	,001	
Conteúdo coerente com os objetivos do filme	1,00	1,00	,001	
Objetivos coerentes com a prática clínica	1,00	1,00	,001	
Premissas expostas corretas	1,00	1,00	,001	
Informações compreensíveis	0,96	1,00	,009	
Informações suficientes	0,90	1,00	,037	

(continua)

Atendem aos objetivos de instituições	0,96	1,00	,009
Adequado para uso dos profissionais	1,00	1,00	,009
Propõe mudanças de comportamento	1,00	1,00	,001
Propõe melhora no conhecimento	1,00	1,00	,001
2. OBJETIVOS			,746
Objetivos evidentes	0,96	1,00	,009
Objetivos coerentes	1,00	1,00	,001
Objetivos factíveis	0,90	1,00	,037
Número de cenas suficiente	0,90	1,00	,009
Tempo de duração adequado	0,87	1,00	,001
3. CONSTRUÇÃO DRAMÁTICA			,740
Ponto de partida tem impacto	0,96	1,00	,009
Interesse roteiro cresce	1,00	1,00	,001
Cenas refletem estereótipos/discriminação	0,67****	1,00	,000
O filme motiva/estimula	1,00	1,00	,001
4. RITMO			,694
Cenas motivam próximas	1,00	1,00	,001
Ritmo cansativo	0,77****	1,00	,429
5. PERSONAGENS			,714
Empatia dos personagens	1,00	0,87	,001
Personagens e situações suficientes	0,83	0,87	,229
Personagens lembram a realidade	0,90	0,87	,107
6. POTENCIAL DRAMÁTICO			,505
Existe emoção	0,96	0,93	,009
Existe surpresa	0,87	0,93	,229
7. DIÁLOGOS			,798
Diálogos têm naturalidade	1,00	0,96	,001
Personagens com vocabulário adequado	0,96	0,96	,107
Vocabulário utiliza palavras comuns	0,90	0,96	,107
Empregado estilo de voz ativa	1,00	0,96	,001
Existe conclusão	0,96	0,96	,009
Conclusão relevante	1,00	0,96	,001
8. ESTILO VISUAL			,812
Cenas refletem aspectos importantes	1,00	1,00	,001
9. PÚBLICO REFERENTE			,730

O conteúdo tem relação com o público-alvo	1,00	1,00	,001
Identificação do público-alvo com a problemática	1,00	1,00	,001
Linguagem compatível com o nível de conhecimento do público-alvo	0,96	1,00	,037
10. ESTIMATIVA DE PRODUÇÃO			-
Possibilidade do produto virar audiovisual	1,00	1,00	,001
IVC GERAL***	0,95		,849

Fonte: Elaborada pela autora; IVC* = I-CVI; IVC** = S-CVI/UA; *** S-CVI/AVE; ****Item reavaliado.

Como evidenciado, o processo de validação confere confiabilidade ao filme educativo. Desse modo, respalda seu uso em práticas educativas. Segundo Alexandre e Coluci (2011), a validade de conteúdo mede o grau em que cada elemento de um determinado instrumento de medida é relevante e representativo de um específico constructo com um propósito particular de avaliação.

O roteiro do filme obteve um *Scale-Level Content Validity Index, Average Calculation Method* (IVC S-CVI/AVE) geral de 0,95. Esse dado foi obtido pelo somatório de todos os IVC calculados separadamente, dividindo-os pelo número de itens do instrumento (POLIT; BECK, 2006).

No cálculo do S-CVI/UA, alcançou-se pontuação de 1,0 em quase todos os itens, exceto quanto aos seguintes: empatia dos personagens, personagens e situações suficientes, personagens lembram a realidade, existe emoção, existe surpresa, diálogos têm naturalidade, personagens com vocabulário adequado, vocabulário que utiliza palavras comuns, empregado estilo de voz ativa, existe conclusão e conclusão relevante nos diálogos. Nesses itens, alguns proficientes avaliaram o roteiro como aprovado com modificações, resultando em um IVC variável entre 0,87 a 1,00.

Ao se efetuar o cálculo do I-CVI (proporção de especialistas que avaliaram um item de relevância de 3 ou 4), atingiram-se os resultados entre 0,67 e 1,0, considerando-se, assim, que alguns itens avaliados no roteiro do filme necessitaram ser reformulados em aspectos relacionados ao conteúdo.

Das duas subcategorias da categoria ritmo, o ritmo cansativo do roteiro do filme foi a que recebeu o menor IVC (0,77). Associa-se esse resultado ao fato do roteiro inicial apresentar um número de 18 cenas e 35 páginas. A validação dos itens com IVC baixo sofreu adequações e estes foram reavaliados.

No tocante à subcategoria presença de estereótipos ou discriminação, algumas cenas contidas no roteiro, para alguns proficientes, refletem discriminação. Isto provavelmente aconteceu em decorrência da profissional enfermeira ser chamada de “doutora”. Nesse caso, verificou-se um IVC de 0,67.

Analisou-se também o coeficiente do alpha de Cronbach, o qual mede a consistência interna das respostas dos proficientes. Quanto mais homogênea a amostra de respondentes, maior a possibilidade de um coeficiente alto (ALEXANDRE; COLUCCI, 2011). A confiabilidade averiguada pelo alfa de Cronbach total relativa ao conteúdo foi de 0,849, portanto, alta consistência interna. Na categoria estimativa de produção não foi possível calcular o teste alpha de Cronbach, em virtude de haver apenas uma variável no instrumento referente a essa categoria.

Neste intento, empregou-se o teste binomial para examinar se a proporção dos proficientes que indicaram como adequado cada critério não era inferior a 80%. Para esta análise, o nível de significância (α) adotado foi de 5%. Dessa forma, como indicaram valores de p superiores a 0,05 apresentados em algumas subcategorias (ritmo cansativo, personagens e situações suficientes, personagens que lembram a realidade, existem surpresas nas cenas, personagens com vocabulário adequado e vocabulário que utiliza palavras comuns) se o item fosse considerado adequado, era estatisticamente inferior a 80%. Nos resultados em que o teste binomial não apontou a adequação, conceituou-se como adequados aqueles com IVC igual ou superior a 0,7.

Além das variáveis supracitadas, as justificativas das inadequações e sugestões, conforme mostra o Quadro 7, também puderam ser feitas, a fim de que os itens fossem ser modificados e melhorados.

Quadro 7- Sugestões dos proficientes, aceitação ou recusa e justificativa do pesquisador. Fortaleza-CE, 2016

(continua)

Categoria do instrumento	Sugestões dos proficientes	Aceitação ou recusa	Justificativa
Conceito da ideia	“Reformular a frase: essa doença pode passar de um familiar para outro”.	Sim	Retirada a cena.
	“Substituir o termo ferimento por ferida ou machucado”.	Em parte	Mantidos os três por serem termos com mesmo significado, porém com diferenças regionais.
	“Acrescentar no controle da doença a hidratação e o intervalo de três horas entre as refeições, medidas importantes no controle glicêmico e na prevenção de complicações”.	Sim	Acrescentado à fala da enfermeira: “tomando os medicamentos do diabetes prescritos, comendo os alimentos saudáveis de três em três horas recomendados por um profissional, praticando atividade física, pelo menos trinta minutos por dia e cinco vezes por semana, como caminhada, pedalada, corrida”
	“O número de dias de internação pela descrição do caso é exagerado”.	Não	Mantidos os quarenta dias de internação por achar um tempo suficiente para epitelização da lesão no paciente do filme.
	“Sugestão: explicar também o que é a infecção e como reconhecer seus sinais e sintomas”.	Em parte	Como o foco da pesquisa está na prevenção, apenas foi orientado para procurar um atendimento em um hospital precocemente.
	“Ao falar do enfermeiro especialista neste tipo de problema mostre que você é estomaterapeuta”.	Sim	Realizado uma apresentação da especialidade (estomaterapia) pela enfermeira Ana.
	“Senti falta de explicar para a população diabética o que é o pé diabético em risco”.	Sim	Acrescentado na fala da enfermeira: “As pessoas com diabetes devem se cuidar ainda mais, pois, se não cuidarem, colocam os pés em risco, podendo ocorrer ferimentos”.
	“As cenas podem ser ampliadas dando mais reforço às ações relacionadas à promoção da saúde”.	Sim	Foram colocadas ilustrações de pessoas tomando medicamento, frequentando as consultas, participando de reuniões educativas, praticando atividade física

(continua)

			e alimentando-se com base em uma dieta saudável.
	“Falar sobre a avaliação dos pés do indivíduo com diabetes”.	Em parte	Os instrumentos para avaliar os pés estavam expostos na mesa do consultório, mostrando que o exame do pé era realizado pela enfermeira.
	“Não utilizar a palavra diabético”.	Sim	Substituído por pessoa com diabetes.
	“Poderia falar um pouco mais de vasculopatia”.	Sim	Acrescentado na fala da enfermeira: “começa com a amputação do dedinho do pé que fica preto (necrosado) sem vida por não ter mais circulação de sangue, depois vai amputando os pés [...] chegando até na coxa”.
Objetivos	O número de cenas está incompatível com o tempo proposto.	Sim	Reduziu-se para doze cenas.
Construção dramática	“A compra de calçados especiais como algo obrigatório não é factível, mas sapatos do comércio em geral podem ser recomendados num custo menor. O sapato especial não é uma realidade nacional, ou até mesmo regional”.	Sim	Foi alterada a cena indicando a compra do calçado terapêutico para a compra de um calçado confortável e adequado.
	“O que estarão calçando os personagens finais na praia? Estarão de sapatos especiais?”.	Sim	A cena final foi alterada para uma caminhada no calçadão da Beira Mar com o casal João e Maria usando tênis confortável.
	“Tem estereótipo regional. ‘Não compreendi por que chamam a enfermeira de doutora’.”	Em parte	Modificado a fala da Maria: “A enfermeira Ana é competente, estuda muito sobre o diabetes, tem até doutorado em pés diabéticos”.
	“Desmistificar que o aparecimento de lesões é inerente à baixa condição socioeconômica”.	Sim	Alterada a profissão da Maria, que passou de empregada doméstica para funcionária pública aposentada.
Ritmo	“Melhorar a limitação do tempo, para que a tecnologia não se torne cansativa no momento da educação em saúde”.	Sim	Diminuídos o número de páginas do roteiro e cenas do filme.
Personagens	“Trocaria os nomes de um dos personagens, para não ficar muito parecidos (João e José)”.	Não	Mantidos os nomes, por achar desnecessária essa mudança.

Diálogos	“O vocabulário está com palavras comuns. Sugiro usar termos técnicos como neuropatia, diabetes, apenas explicar, dar sua definição”.	Sim	Reformulado com uso de termos técnicos, porém fáceis de compreensão para definição da neuropatia e diabetes.
Público referente	“Sugiro que seja revista a linguagem científica em alguns momentos da fala da enfermeira Ana, para facilitar o entendimento do público (pacientes)”.	Sim	Alterado para uma linguagem mais simples na fala da enfermeira.

Fonte: Elaborada pela autora.

Embora a ideia da construção do filme tenha sido considerada interessante pelos proficientes, na categoria **conceito da ideia** foram sugeridas mudanças em alguns itens. Em sua maioria, as sugestões limitaram-se a correções de textos, termos e frases, com vistas ao melhor entendimento dos espectadores. Destas sugestões, algumas foram acatadas.

A terminologia “Pé Diabético” é mundialmente utilizada para definir as ulcerações nos pés de pessoas com DM desenvolvidas em consequência de neuropatia (90% dos casos), vasculopatia e alterações biomecânicas (deformidades) (IWGD, 2015).

Inicialmente, tentou-se abordar todas essas complicações de maneira simples. No entanto, foi solicitada uma melhor abordagem da vasculopatia por alguns proficientes. Acatando as sugestões, no roteiro empregou-se a terminologia “circulação deficiente”.

Segundo demonstraram os resultados de um estudo de coorte realizado na Europa, com 1.232 pacientes, a vasculopatia é considerada fator predisponente para amputações em pessoas com DM (VAN BATTUM *et al.*, 2011). Diante desta realidade, essa complicação, quando associada à neuropatia e infecção, muitas vezes leva à amputação.

A infecção nos pés de pessoas com DM é, isoladamente, a principal causa de internação, constituindo um sério fator causal de amputação e ameaça à vida destes pacientes (CAIAFA *et al.*, 2011).

No referente à infecção, os proficientes sugeriram explicação do termo. No desenrolar da trama, essa orientação foi dada no momento em que o paciente (José) procura uma unidade de atenção básica com infecção no ferimento e a enfermeira (Ana) o encaminha a um hospital. Em face dessa situação, enfatizou-se a importância de tratar as complicações de maneira precoce, procurando um atendimento de saúde.

Mediante conhecimento das complicações que causam o pé diabético, pacientes de alto risco podem ser identificados precocemente, e, assim, evitar amputações. Conforme estudo, até 50% das amputações podem ser evitadas com atividades de educação em saúde acrescidas do estímulo ao autocuidado, do atendimento interdisciplinar e da avaliação do grau de risco (AMOGNE; REJA; AMARE, 2011).

Foi solicitado também pelos proficientes se enfatizar a avaliação do grau de risco. Por ser a identificação do pé em risco, por meio de inspeção e exame regular dos pés, segundo Audi *et al.* (2011), uma das estratégias iniciais para prevenção, nessa pesquisa, em virtude do tempo de duração do filme, os instrumentos necessários para a avaliação do grau de risco foram apenas expostos no consultório da enfermeira. A profissional mostrou serem estes importantes para a utilização por profissionais da atenção básica.

De acordo com os resultados de uma pesquisa realizada na atenção básica do município de Fortaleza-Ceará, as enfermeiras estomaterapeutas sinalizaram mais conhecimentos e preocupações em executar avaliação clínica eficaz, no intuito de evitar complicações no pé diabético (MENEZES *et al.*, 2016).

Desse modo, os proficientes em conteúdo mencionaram a relevância de destacar a estomaterapia. Essa sugestão se deu pelo fato da apresentação feita pela pesquisadora no início do termo de consentimento do estudo ter se identificado com profissional com essa especialidade. Para isso, inseriu-se um trecho na fala da personagem que fez o papel de enfermeira no filme ressaltando a estomaterapia como uma especialidade que presta assistência de enfermagem a pessoas com estomias, incontinências e feridas, como o pé diabético.

De maneira geral, o estomaterapeuta é o profissional constantemente interessado nos avanços técnicos e científicos referentes aos cuidados com esses pacientes, os quais possibilitam avaliação clínica satisfatória do pé em risco. Todavia, nem sempre se encontram esses profissionais nos serviços (MENEZES *et al.*, 2016).

Além da avaliação do grau de risco disponibilizada por esses profissionais às pessoas com pé diabético, a literatura aponta que uma das formas de prestar informações para contribuir na mudança de comportamentos de pessoas com DM sobre os cuidados com os pés é associando o recurso verbal e as tecnologias visuais, como um filme ou vídeo (STINA; ZAMARIOLI; CARVALHO, 2015).

O filme tem sido evidenciado na literatura como uma estratégia promissora na aquisição de conhecimentos, desempenhando papel educativo relevante. Nesse contexto, um estudo quase-experimental tipo antes-depois utilizou um filme como intervenção educativa para alunos do último ano de Graduação em Enfermagem sobre os cuidados com a higiene bucal de pacientes em quimioterapia. Após assistirem ao filme, o conhecimento adquirido favoreceu a aprendizagem cognitiva e procedimental dos alunos, minimizando complicações na cavidade bucal e sistêmica dos pacientes assistidos (STINA; ZAMARIOLI; CARVALHO, 2015).

No roteiro do filme, três proficientes questionaram o uso do termo “diabético”, sugerindo mudança para “pessoas com diabetes”. Como afirmou a educadora em diabetes Evan Sisson, ao ser entrevistada pelo repórter da área de saúde e bem-estar do *U.S. News*, Amir Khan, que publicou na internet (<http://health.usnews.com/health-news/health-wellness/articles/2014/12/10/why-diabetic-is-a-dirty-word>), ao se referir a alguém como “diabético” implica que ele não é nada mais do que a disfunção; é como se o diabetes o definisse como pessoa, mantendo a doença, e não a pessoa, em primeiro lugar.

Ao levar tudo isso em consideração, as maiores entidades internacionais dedicadas ao diabetes, entre estas, a *American Diabetes Association* (ADA) e a *International Diabetes Federation* (IDF), não admitem o uso em suas revistas científicas (*Diabetes Care*, *Diabetes*, *Diabetes Research and Clinical Practice*, entre outras) do substantivo “diabético” para se referir às pessoas com diabetes (BARONE, 2014).

Nessa ótica, são indispensáveis os programas voltados para educação em DM com a finalidade de valorizar o papel da pessoa com diabetes na sua tomada de decisão. No filme “Pés Que Te Quero[®]”, o conteúdo abordado é relevante e adequado para a prática clínica da enfermagem na atenção básica de saúde na opinião dos proficientes. Assim, as estratégias educativas ampliam as possibilidades de ensino-aprendizagem e quando empregadas adequadamente auxiliam na aquisição de novos conhecimentos e habilidades no manejo da doença.

No contexto da enfermagem, promover saúde, por meio de uma ação educativa, estimulando as pessoas a adotarem comportamentos e hábitos de vida saudáveis, não é uma tarefa fácil. Diante de tal realidade, essas atividades educativas devem contribuir, em forma de incentivo, para comportamentos que

proporcionem bem-estar, favorecendo melhorias no estado de saúde (MOREIRA *et al.*, 2013).

Em relação aos **objetivos** alcançados pelo filme, destaca-se a preocupação de alguns proficientes com o número de cenas. Dentre as modificações sugeridas e acatadas, reduziu-se o número de cenas por estar incompatível com o tempo proposto; restaram, então, doze. Entretanto, em virtude do caráter crônico do diabetes muitas vezes as informações acabam por se tornar extensas.

A ficção, apresentada pela enfermeira Ana, exhibe a história e os aspectos principais do problema em discussão; já os demais atores interpretam uma ficção propriamente dita, tendo como centro da trama os problemas enfrentados por pessoas com pé diabético.

Não existe um padrão único para definir curta-metragem. Segundo a Agência Nacional do Cinema (2014), este é o filme com tempo máximo de quinze minutos, a maioria das agências internacionais estabelece como duração máxima de trinta minutos.

No entanto, as características de um curta-metragem vão muito além do seu formato. Outras propriedades relacionadas à sua curta duração conferem-lhe peculiaridades discursivas importantes, como o reduzido número de personagens e diálogos, condensação narrativa que, por sua vez, leva à condensação da linguagem e da ação; tempo da história, na maioria dos casos, linear; verossimilhança com a realidade, grande carga emotiva e sugestiva, além de apresentar desfechos geralmente surpreendentes (RIBEIRO, 2013). E, pela sua natureza cinematográfica, é grande a possibilidade de veicular conteúdo cultural com valores educativos.

No tocante à categoria **construção dramática**, um proficiente sugeriu reformular as cenas que abordavam o uso dos calçados terapêuticos questionando não serem realidade regional e nacional em face do elevado custo. Assim, acatou-se essa sugestão.

Além do custo elevado, de acordo com uma pesquisa, a baixa adesão ao uso dos calçados terapêuticos se deve ao aspecto estético, pois segundo os pacientes, eles são “feios e ruins” (ANSELMO; NERY; PARISI, 2010). As mesmas autoras preconizam ainda a relevância dos profissionais de saúde nas orientações sobre a escolha do calçado adequado e na disponibilidade de informações

importantes sobre proteção dos pés para diminuir o risco de ulceração, permitindo o reconhecimento do calçado inapropriado. Nestas situações, o indivíduo precisa adquirir conhecimentos e habilidades a fim de incorporá-los em seu sistema de cuidado (LESSMANN *et al.*, 2012).

Ainda na categoria construção dramática, um dos proficientes sugeriu que a última cena do roteiro não deveria ser realizada numa praia, pois uma pessoa com DM não poderia pisar na areia quente com os pés descalços. Acatou-se a sugestão e procedeu-se à modificação na versão final do roteiro e nas filmagens. A cena foi alterada para uma caminhada do casal na Beira Mar usando calçados adequados e confortáveis. Segundo recomenda a SBD (2015-2016), as pessoas com DM não devam caminhar descalços por favorecer o aparecimento de úlceras.

Para as autoras Moura, Guedes e Menezes (2016) mesmo com os elevados custos dos calçados terapêuticos, as pessoas com DM sempre devem ser orientadas a andar calçadas e não usarem sapatos apertados.

Duas proficientes afirmaram que na subcategoria “presença de estereótipos ou discriminação” as cenas contidas no roteiro refletiam discriminação, em virtude do uso do termo “doutora” quando os pacientes se referiam à enfermeira Ana. Diante do exposto, o tratamento mantido ao longo do filme foi “doutora Ana”, em relação à enfermeira que presta orientações às pessoas com DM.

Essa sugestão foi acatada parcialmente, porquanto não se excluiu o termo “doutora” em nenhuma cena, porém foi acrescentada uma titulação para a enfermeira.

Nesse sentido, a utilização do termo “doutor” no Brasil designa um título de prestígio, dado a qualquer um a que se queira atribuir (merecidamente ou não) autoridade (REICHMANN; VASCONCELOS, 2009).

De acordo com a Resolução nº 256/2001, do Conselho Federal de Enfermagem, o título de doutor é um complemento, ou seja, um “*plus*”, quanto à afirmação de um legítimo direito conquistado em nível de aprofundamento de uma prática terapêutica, com fundamentação científica.

Alguns proficientes criticaram também a condição socioeconômica das pessoas com DM no filme, por afirmarem que o surgimento de lesões é inerente à baixa condição socioeconômica. Essa sugestão foi aceita e modificou-se a profissão da personagem “Maria” de empregada doméstica para funcionária pública aposentada.

Sabe-se que o surgimento do DM independe da condição socioeconômica. No entanto, as condições socioeconômicas das pessoas com DM interferem diretamente no seu cotidiano, pois se trata de uma doença carente de tratamento geralmente muito dispendioso, em especial no uso dos calçados adequados, controle glicêmico e no plano alimentar. Essa situação pode representar um fator limitante para o tratamento, sobretudo em relação à dieta adequada, por constituir um fator de alto custo para esta população. Isso pode ser determinante para as pessoas com diabetes negligenciarem as recomendações dos profissionais de saúde (GOMIDES *et al.*, 2013).

Tal fato respalda-se ainda na própria teoria do autocuidado. Segundo Orem (2001), as capacidades de autocuidado são as habilidades que o indivíduo possui e, que o fazem realizar determinadas atividades, como banhar-se, dentre outras, e estão condicionadas a uma série de fatores, como sexo, idade, estado de desenvolvimento, condições socioeconômicas e culturais, nível educacional, estado de saúde e experiência de vida.

Quanto à categoria **ritmo** das cenas, sete proficientes avaliaram as cenas como cansativas, destacando a necessidade de assistir o filme para avaliar com mais precisão essa subcategoria, a qual foi aprovada com modificações. Segundo ressalta Comparato (2009), as categorias e subcategorias contidas no instrumento de avaliação se propõem a avaliar roteiros em sua forma técnica e não filmes já produzidos.

No referente à categoria **personagens**, apenas um proficiente sugeriu a troca dos nomes dos personagens “João e José”, afirmando serem parecidos e por isso poderiam causar confusão aos pacientes. Contudo, por serem esses nomes comuns na região onde as filmagens foram realizadas e serem nomes diferentes, essa sugestão não foi acatada.

Na avaliação da categoria **diálogos**, foi solicitada melhor adequação do vocabulário dos personagens utilizando palavras comuns, para que o filme não se tornasse cansativo e o público não se distraísse com facilidade. Essas sugestões foram aceitas e a linguagem ficou mais simplificada, com frases mais curtas, buscando-se, para tanto, o auxílio do corretor de português.

No concernente à linguagem cinematográfica, Carrière (1995) destaca que ela tem uma característica universal e que deve ser compreendida por diferentes culturas. Dessa maneira, o filme “Pés Que Te Quero[®]” possui uma linguagem própria

capaz de ser compreendida em diferentes contextos, por meio dessa linguagem simples, apresentando um recorte da sociedade ao espectador, porquanto o roteiro foi validado por profissionais de três regiões do Brasil.

Quanto à categoria **público referente**, foram solicitadas mudanças na explicação dos termos “diabetes e neuropatia”, além de alterações em outros termos técnicos usados no roteiro. Nesse contexto, evidencia-se que o assunto é difícil de ser abordado, em virtude dos inúmeros termos técnicos relacionados. Diante da especificidade do assunto, os termos técnicos foram alterados e abordados de forma mais simples, com recursos lúdicos e imagens do cotidiano. Contudo, o caráter crônico da doença tende a tornar esses termos técnicos mais familiares.

6.2.2 Proficientes da área de comunicação

Após a apreciação dos 31 proficientes de enfermagem (conteúdo), o filme foi avaliado por proficientes na área de comunicação. A ideia inicial era que a amostra deste grupo fosse de três proficientes. No entanto, um número maior (12 proficientes) foi convidado a colaborar e seis deles concordaram em participar da avaliação do material e responderam ao instrumento. Portanto, a amostra final da validação técnica compôs-se de seis profissionais.

Como observado, a média de idade foi 49,8, com desvio padrão de $\pm 9,5$, mediana de 49 anos, variando de 34 a 61 anos. A maioria dos avaliadores, 4 (66,6%), era do sexo masculino, tinha formação profissional em comunicação social, jornalismo/cinema, pedagogia, odontologia, engenharia mecânica e administração de empresas, com especialização em *marketing*, direção cinematográfica de curta e longa-metragem, produção e roteiros, e comerciais de televisão.

Concluída a análise dos critérios de caracterização dos proficientes, quatro atingiram uma pontuação de quatro pontos e os demais obtiveram cinco pontos no sistema de classificação adotado no estudo.

Fez-se a validação técnica pelo Índice de Concordância (IC) entre os proficientes, considerando-se taxa aceitável de 80%, conforme recomendações de Polit e Beck (2006) e por meio do percentual simples.

A coleta se deu com um instrumento semelhante ao dos proficientes de conteúdo, porém, para a validação do roteiro do filme por este grupo de proficientes,

incluiram-se mais três categorias: funcionalidade, usabilidade e eficiência, como exposto a seguir (Tabela 2).

Tabela 2- Índice de Concordância e IVC das dimensões do filme “Pés Que Te Quero®”. Fortaleza - CE, 2016

CATEGORIAS/SUBCATEGORIAS	SIM	NÃO	IC	(continua)
				IVC
1. CONCEITO DA IDEIA				
Conteúdo temático adequado ao objetivo	6	-	100	1,00
Ideia auxilia aprendizagem	6	-	100	1,00
Ideia acessível	6	-	100	1,00
Utilidade do roteiro	6	-	100	1,00
Atratividade do roteiro	6	-	100	1,00
2. CONSTRUÇÃO DRAMÁTICA				
Ponto de partida tem impacto	6	-	100	1,00
Interesse do roteiro cresce	6	-	100	1,00
Número de cenas e tempo de duração suficientes	6	-	100	1,00
Apresentação agradável do roteiro	6	-	100	1,00
3. RITMO				
Dinamismo dos ambientes	6	-	100	1,0
Dinamismo das cenas	4	2	66,7	0,33*
Formas de apresentação das cenas são adequadas	6	-	100	1,0
4. PERSONAGENS				
Perfil original dos personagens	6	-	100	1,00
Personagens com valores consistentes	6	-	100	1,00
Personagens lembram a realidade que se propõe	6	-	100	1,00
5. POTENCIAL DRAMÁTICO				
Existe emoção no roteiro	6	-	100	1,0
Existe surpresa no roteiro	6	-	100	1,0
6. DIÁLOGOS				
Cada intervenção motiva a próxima	6	-	100	1,00
Há aceleração de ação até o clímax	6	-	100	1,00
7. ESTILO VISUAL				
Existem repetições de cenário/ambiente	3	3	50	0,50*
Imagens adequadas	6	-	100	1,00

Estrutura geral é criativa	6	-	100	1,00
8. PÚBLICO REFERENTE				
O conteúdo tem relação direta com o público	6	-	100	1,00
Identificação do público-alvo com a problemática exposta	6	-	100	1,00
Existe compatibilidade da linguagem com o público-alvo	6	-	100	1,00
9. ESTIMATIVA DE PRODUÇÃO				
Avaliação da estimativa de produção	6	-	100	1,00
10. FUNCIONALIDADE				
O filme propõe incentivar o autocuidado para prevenir complicações	6	-	100	1,00
Filme gera resultados positivos	6	-	100	1,00
11. USABILIDADE				
Fácil aprender os conceitos utilizados e suas aplicações	6	-	100	1,00
Filme fácil de ser usado nas unidades básicas	6	-	100	1,00
Proporciona ajuda de maneira clara	6	-	100	1,00
Proporciona ajuda de maneira completa	6	-	100	1,00
Proporciona ajuda sem ser cansativo	6	-	100	1,00
12. EFICIÊNCIA				
Tempo proposto adequado	5	1	83,3	1,00
Número de cenas coerente com o tempo proposto no filme	6	-	100	1,00
Caracterização dos personagens atende ao objetivo proposto	6	-	100	1,00
IC/IVC GERAL			97,2	0,97

Fonte: Elaborada pela autora.

*Item reavaliado.

Conforme os resultados da avaliação técnica, a maioria dos itens apresentou IC 100%. Diante disso, serão abordadas apenas as categorias ritmo e estilo visual. Quatro proficientes mencionaram o ritmo do filme como cansativo e três referiram a existência de muitas repetições de cenários/ambientes. Todas as sugestões relacionadas às categorias/subcategorias supracitadas foram analisadas e revisadas para melhor adequação do roteiro do filme.

Assim, na avaliação da categoria **ritmo**, evidenciou-se preocupação dos proficientes técnicos com o dinamismo das cenas, afirmando a existência de cenas e diálogos muito longos (cenas 8 e 10). Desta forma, os proficientes consideraram

pertinente acrescentar uma nova cena entre as duas para deixar o roteiro mais interessante e acessível.

Observaram-se estas sugestões e acrescentou-se uma cena (cena 9) com o casal “João e Maria” dançando no Bar da Amizade ao som de música sertaneja. Segundo aponta Comparato (2009), ao se trabalhar com cenas mais longas, o dinamismo e a atratividade da ação dramática devem ser ampliados; caso contrário, a ação não é sustentada e o telespectador perde o interesse.

No filme, exibiu-se a música sertaneja "Não interessa se ela é coroa, panela velha é que faz comida boa" (Sérgio Reis-1940). Este áudio foi selecionado para participar de duas cenas (1 e 9). Alguns proficientes elogiaram essa escolha. Para eles, a seleção de um áudio atrativo contagia as pessoas que assistem ao filme, deixando a ficção mais interessante.

Associado à imagem, o áudio vem ganhando cada vez mais importância na linguagem cinematográfica. O uso adequado desses recursos confere aos audiovisuais um efeito de realidade muito forte, podendo transformar uma cena em algo impactante ou singelo (GOMES, 2015).

Na avaliação da categoria **estilo visual**, metade dos proficientes, três (50%), mostrou preocupação quanto a repetições de cenários/ambientes. Segundo afirmaram, as mudanças de locações poderiam comprometer o entendimento das cenas, principalmente em relação às duas cidades (Senador Pompeu e Fortaleza) onde estas ocorreram.

Em virtude da aproximação das locações e das cidades selecionadas para as filmagens com a realidade dos pacientes aos quais se deseja transmitir o filme, as sugestões de mudanças não foram aceitas. Como afirma Comparato (2009), a seleção do ambiente onde será realizada a ficção não contém apenas elementos geográficos, mas sim um recorte da realidade.

Na construção do filme “Pés Que Te Quero[®]”, foram escolhidas oito locações/ambientes, alternando as cenas entre eles: estúdio de televisão (apresentação do filme por um ator), ruas fictícias do município de Senador Pompeu (cenas 1 e 3), bar (cenas 1 e 9), casa de José (cena 4), posto de saúde (cenas 5, 8 e 10), hospital (cenas 6 e 7), praça (cena 11) e Beira Mar (cena 12).

Na análise final dos conteúdos técnicos, o roteiro do filme educativo de curta-metragem foi considerado válido por todos os proficientes (IVC= 0,97), obteve

aprovação de cinco proficientes, enquanto apenas um julgou como aprovado mas algumas modificações.

6.3 VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DO FILME

A validade aparente, também chamada de semântica ou de face, consiste na avaliação da facilidade de compreensão e da aparência, por meio do julgamento pelo público-alvo a que se destina a tecnologia produzida (PASQUALI, 2013).

Inicialmente, esta etapa foi realizada por duas proficientes que participaram da validação de conteúdo do roteiro e foram convidadas para assistirem o filme. Apenas breves sugestões relacionadas aos aspectos de ordem estética, como cor, foram recomendadas e acatadas para melhor qualificação do filme.

Após essa validação, o filme foi exibido para quinze pessoas com DM cadastradas no Programa SIS-HIPERDIA, com a função de avaliar quanto sua compreensão, atratividade, autocuidado, aceitação cultural, persuasão e motivação.

Os participantes foram contatados pela pesquisadora durante seus retornos às consultas médicas e/ou de enfermagem no período de coleta de dados. Utilizou-se um formulário para a caracterização dos participantes e avaliação geral do material educativo. Para garantir o anonimato, as falas dos pacientes foram codificadas pela letra "P", de pacientes, seguida do número do formulário preenchido (P1, P2, P3, etc).

Em relação às características sociodemográficas e clínicas do público-alvo, a média de idade foi de 57,26 anos, 9 (60%) eram mulheres, 8 (53,3%) tinham o primeiro grau incompleto, 14 (93,3%) encontravam-se casados e 8 (53,3%) eram donas de casa. Ainda, 7 (46,6%) moravam com duas pessoas no domicílio e 6 (40%) tiveram três filhos. Quanto à renda familiar, baseada no valor do salário mínimo vigente na época da coleta de dados de R\$ 880,00, 14 (93,3%) pessoas dispunham de um a três salários mínimos. Quanto ao tempo de diagnóstico, encontrou-se uma média de $8,9 \pm 7,0$ anos e 8 (53,3%) tinham antecedentes familiares para DM.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, e os dados, examinados por meio da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2010). Com base na leitura do conteúdo, foi possível definir as unidades de análise ou unidades de registro (partes da frase), as quais foram categorizadas por semelhança, e de acordo com os

critérios semânticos, divididas em duas categorias temáticas: Filme como conteúdo de ensino para a prática do autocuidado; e Filme como sensibilização para a prática do autocuidado.

6.3.1 Filme como conteúdo de ensino para a prática do autocuidado

No tocante à adoção do filme como estratégia de ensino-aprendizagem, a literatura aponta que, para o processo de assimilação do conteúdo ser atingido, a transmissão do conhecimento deve ser realizada de modo a favorecer a compreensão da informação transmitida (CARVALHO *et al.*, 2014).

Compreender as informações contidas no filme é um domínio que precisa ser abordado de maneira satisfatória. O conhecimento sobre a própria doença é imprescindível na prevenção de complicações e para a prática do autocuidado, conforme constatado pelas entrevistas e apresentado nas falas a seguir:

“Aprendi no filme que tenho que andar calçado, limpar meus pés, cortar as unhas”. (P1)
“O que mais me chamou atenção foi andar calçado, porque adoro pisar no chão”. (P6)
“A parte que mais gostei no filme foi os cuidados com os pés e com a alimentação”. (P5)
“A questão da alimentação também foi importante[...] É [...] Eu cuido, eu não como o que não posso comer”. (P8)

Na intervenção empregada sobre a importância de andar calçado, limpar os pés, cortar as unhas e sobre a alimentação, o filme foi capaz de promover um entendimento com uso de imagens de alimentação saudável, modelos de pés com e sem ferimentos, instrumentos para o corte das unhas, calçado confortável, dentre outros.

Um filme pode constituir rica estratégia de aprendizagem, por produzir formas simbólicas como gestos, expressões e imagens (SILVA; SANTOS, 2009). Nesse sentido, isso pode estimular a participação mais intensa dos pacientes.

Ainda no referente às sugestões e críticas, os participantes mencionaram a possibilidade de mais explicações em relação à cena (cena 10, página 16 do roteiro) sobre a temperatura da água para lavagem dos pés. Tal afirmativa é exemplificada na sequência:

“Compreendi tudo no vídeo, mas a água que aparece é pegando fogo mesmo? Fiquei sem entender”. (P3).

Quanto à temperatura, segundo Bowker e Pfeifer (2002), a água para a higiene do pé deve ser morna, 35° C. Entretanto, é oportuno salientar o seguinte: apesar da cena 10 ter mostrado uma bacia contendo água quente e sendo reforçado o uso de água morna, neste momento da cena, a relevância estava em apontar o teste da temperatura da água, o qual deverá ser realizado com os antebraços, cotovelos ou termômetro de banho antes de colocar o pé, para evitar queimaduras.

Ao longo desta pesquisa, como foi possível constatar, o uso do filme no âmbito da atenção básica viabiliza às pessoas com DM inúmeras possibilidades para construir e reconstruir o seu aprendizado, influenciando no desencadear de diversos processos, de conceber e construir saberes. Assim, a experiência relatada nos depoimentos dos pacientes sobre a produção de filme como uma tecnologia que pode ser utilizada na atenção básica desmistifica a concepção segundo a qual o processo de produção dos audiovisuais é uma tarefa complexa e impossível de ser executada nesses locais.

Consoante se pôde evidenciar em seus depoimentos, a utilização do filme poderá induzir novas formas de interação e interatividade diante da constituição do conhecimento, como mostram os discursos:

“Gostei muito e o segredo é fazer tudo direitinho, porque se não dança fora do ritmo (rsrsrsrs)”. (P14)

“[...] eu acredito que posso realizar todos os cuidados”. (P7)

“Tudo ficou muito claro, fiquei muito interessada no assunto”. (P3)

De acordo com Sant’Anna e Sant’Anna (2004), os recursos audiovisuais propiciam memorização eficiente; interpretação com maior clareza; facilitação da compreensão; aprendizagem rápida, eficaz e duradoura; e aquisição de novos conhecimentos. Portanto, tais recursos empregados no filme se mostraram como um potencial para auxiliar no processo de aquisição do conhecimento, facilitando a aprendizagem de maneira significativa e proporcionando o incentivo ao autocuidado.

As atividades de autocuidado são definidas como habilidades humanas para engajamento em ações que o próprio indivíduo desempenha a seu benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar, contribuindo, dessa forma, para conservar sua integridade e funcionamento (OREM, 2001).

Mediante os relatos expostos, foi possível constatar que os participantes consideraram o filme como apropriado e esclarecedor para as pessoas com DM. Logo, constitui uma importante ferramenta para o incentivo ao autocuidado.

6.3.2 Filme como sensibilização para a prática do autocuidado

O aprendizado evidenciado no filme por meio da troca de experiências e vivências dos pacientes em cenário real foi a categoria mais expressiva nas respostas. Segundo os depoimentos, o filme expõe situações clínicas, bem como possibilita implementar cuidados com os pés tecnicamente mais adequados, mostrando a realidade vivenciada por estas pessoas.

O filme “Pés Que Te Quero[®]” trouxe vários cenários reais. As imagens reais facilitam a aproximação do cotidiano das famílias espectadoras, possibilitando-lhes identificar-se com aquilo que estão assistindo (NASCIMENTO *et al.*, 2014). Embora o cinema não seja o mundo real, segundo a literatura aponta, o espectador está sempre fazendo associações com seu espaço e tempo (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Nesse contexto, alguns participantes mencionaram a parte técnica, como imagens e locais escolhidos para a gravação, como uma ligação entre o que assistiram e suas realidades, conforme exposto a seguir:

“Gostei de tudo principalmente do local escolhido, porque parece com esse posto, foi feito aqui?”. (P8)

“Gostei da aula da doutora e das cenas do velhinho saindo do hospital, feliz! (rsrsrsrs)”. (P1)

“Tenho vontade de assistir o vídeo até o final, porque as imagens são lindas, aquelas frutas coloridas, o beijo do casal (rsrsrsr)”. (P11).

Como é perceptível pelas falas dos pacientes, a utilização de filmes com boa qualidade técnica, que realmente mostre aquilo que se pretende, no caso, a experiência daqueles que já passaram pela situação em imagens reais, ajudará no aprendizado.

Recorrer à produção audiovisual significa muito mais do que uma simples produção; significa, principalmente, mostrar as pessoas, advindas de comunidades carentes, que elas são capazes e que o aprendizado não é tão difícil e desestimulante como muitos acreditam.

Outra importante questão relacionada ao filme é a fala dos personagens. Nesse sentido, um participante relatou sua opinião ao assistir ao filme educativo, consoante o depoimento:

*“O filme me trouxe mais confiança pra evitar as complicações, pois elas são muito sérias e a doutora falou com muita simplicidade, então foi bem legal.”
(P4)*

Esta fala traduz o principal objetivo a ser alcançado com a tecnologia educativa: que ela fosse acessível a pacientes com diferentes níveis de literacia.

Ao comentarem sobre a linguagem adotada no filme, percebe-se a importância atribuída pelos participantes à forma como o tema é abordado nas falas dos personagens, considerando-as de fácil compreensão para quem assistiu e assistirá ao filme.

Quanto ao recrutamento, à seleção e ao treinamento de pessoas para atuar no filme, ressalta-se: a atriz que fez o papel de enfermeira foi a própria pesquisadora em face da sua vasta experiência na área do estudo, e também para reduzir custos e apresentar o conteúdo de maneira relativamente simples. Desse modo, pôde-se facilitar o ensino-aprendizagem.

Consoante a literatura destaca, o uso de linguagem científica por parte da equipe de saúde é fonte de angústia, pois dificulta a compreensão do estado de saúde do paciente. Como facilitador desse processo, o enfermeiro deve utilizar uma linguagem científica, porém acessível, despertando o interesse de aprender, de perceber-se como sujeito desejante do saber (BEUTER *et al.*, 2009).

Ainda na visão dos participantes do estudo, o estilo da fala e a linguagem dos personagens estão apropriados e permitem que às pessoas com DM se identifiquem com a situação e se sintam acolhidas ao assistir ao filme. Nesse sentido, outro importante comentário dos participantes foi relacionado ao que acreditam que o filme trará às famílias, quais serão as repercussões para aqueles que assistirão e o que poderá ser transmitido com a sua reprodução.

Em relação à atratividade do filme, a linguagem audiovisual construída poderá desenvolver múltiplas atitudes perceptivas, pois solicita constantemente a imaginação. Um bom filme é interessante para introduzir um novo assunto, para despertar a curiosidade, a motivação para novos temas. Isso estimulará o desejo de

conhecer, multiplicar os conhecimentos (SANTOS, 2015) e criar possibilidades para sua própria construção (FREIRE, 2011).

Em decorrência do conhecimento adquirido e do contato prévio com as pessoas que passam por essa vivência, percebe-se que os participantes acreditam que o filme poderá ajudá-los a passar por essa experiência. Ao verem como outras pessoas enfrentam a mesma situação, que já se sentiram inseguras em relação ao futuro, como fazer as trocas de experiências, como trabalhar para ajudar o familiar, tudo isso poderá fortalecê-las neste momento novo em suas vidas. E, ainda: saber como outros lidaram, nas mesmas circunstâncias, poderá levá-las a refletir sobre sua experiência e a encontrar formas de lidar com sua própria vida. Tal afirmativa é exemplificada nos relatos a seguir:

“Eu acho que, pra quem está escutando, pensa, ah! legal, ele já passou por isso, ele resolveu assim, assim [...]. Acho bom as pessoas falarem como é que elas estavam se sentindo naquele momento, acho que é bem interessante, o filme ficou muito bom”. (P5)

“Eu deveria levar esse vídeo pra casa, porque ficou tão bom que podia passar pro pessoal do meu bairro, tem muitos sem pernas por causa dessa doença”. (P2).

“Tudo que aprendi hoje, vou fazer igual à Maria, espalhar essas orientações, meu vizinho tem a doença (diabetes) e não faz nada”. (P15).

“Gostei muito da cura do idoso e os cuidados que ele passou a ter com os pés, porque conheço pessoas que nem ele e agora posso ajudá-las”. (P4)

Nos depoimentos, os pacientes reafirmaram ainda questões consideradas importantes no filme, como o apoio da família. Assim, na visão de todos os participantes, de alguma forma, o filme poderá ajudar as famílias que têm pessoas com DM a enfrentar essa nova caminhada em suas vidas. Neste prisma, o filme atingiu o objetivo inicial proposto, o desenvolvimento de um material educativo.

Educação, segundo a concepção da pedagogia da imagem, vai além da tela branca: negocia os diversos significados que constituem o espetáculo, desenvolvendo uma visão crítica sobre ele (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Conforme evidenciado, a maioria das questões trazidas pelos validadores do estudo foi em relação às trocas de experiências e vivências compartilhadas. Com isso, entende-se novamente que a experiência da família veio à tona ao assistir ao filme.

Evidentemente, a questão da identidade cultural não pode ser desprezada (FREIRE, 2011). O domínio de aceitação cultural com foco na família de acordo com os depoimentos mostrou-se relevante para a validação do material educativo. Isso

pode ser compreensivo, uma vez que a cultura de um povo está ligada a seus valores e saberes diante do mundo onde vive.

Neste cenário, a família compõe poderosa rede de suporte às pessoas com DM. Conforme a grande maioria dos entrevistados relatou, a presença da família constitui um fator facilitador no ensino-aprendizagem. No entanto, apenas um participante mencionou a ausência dos familiares como fator negativo nesse processo. No discurso a seguir pode-se identificar a preocupação de um paciente com a ausência dos familiares para executar os cuidados com os pés:

“[...] só uma coisa que eu fiquei me perguntando. E as pessoas que não têm família? Porque tem gente que não tem mesmo, sabia? Acho que de repente se cortar um pouco aquela parte dos filhos tomando café com o pai. Acho que já ajuda, não?”. (P12)

Mesmo sem existir sugestões de alteração para a cena 4 (cena de José em casa com seus filhos, página 6 do roteiro), sabe-se da importância da presença dos familiares para os cuidados com os pés. Assim, a pessoa pode não ter família consanguínea, mas pode ter amigos, vizinhos, pessoas do seu círculo social dispostas a ajudar nesses cuidados. Segundo Rezende Neta, Silva e Silva (2015), a família e os amigos exercem papel determinante na vida diária das pessoas com DM.

A teoria de Orem (2001) focaliza o indivíduo e a família como provedores do autocuidado. Este fato é reforçado por Mayberry e Osborn (2012) em seu estudo no qual, consoante identificaram, aqueles que relatavam a ausência de apoio dos familiares apresentavam pior aderência ao tratamento e afirmavam que esta falta de suporte dificultava seus esforços para manter comportamentos de autocuidado.

Como fica evidente, a utilização de novas tecnologias, a exemplo dos filmes de curta-metragem, onde os pacientes se colocam ativos no processo de aprendizagem juntamente com seus familiares, os estimula a desenvolver competências e habilidades para a prática do autocuidado.

No tocante à clareza, relevância e grau de relevância dos assuntos abordados no filme, os participantes avaliaram pelo seu grau, calculado mediante o IVC. Na Tabela 3, constam cálculos do IVC individual dos assuntos abordados nas cenas, o qual variou de 0,80 a 1,00.

Tabela 3 – Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo de cada assunto contido nas cenas, segundo a análise das pessoas com DM. Fortaleza-CE, 2016

Assuntos	IVC (Clareza)	IVC (Relevância)	IVC (Grau de relevância)
Higiene dos pés	1,00	1,00	1,00
Secagem dos pés após o banho	1,00	1,00	1,00
Secagem dos espaços interdigitais	1,00	1,00	1,00
Hidratação dos pés	1,00	1,00	1,00
Coloca pés na água quente	0,80	1,00	1,00
Exame diário dos pés	1,00	1,00	0,93
Utilização de calçados terapêuticos	0,93	1,00	1,00
Analisa o calçado antes de usá-lo	1,00	1,00	0,93
Importância de andar calçado	0,93	1,00	0,86
Utilização de meias	0,88	0,80	0,86
Corte das unhas	1,00	1,00	1,00
Tratamento das lesões (micoses, rachaduras, calosidades, bolhas, unhas encravadas)	0,86	0,86	0,86
IVC total	0,95	0,97	0,95

Fonte: Elaborada pela autora.

O IVC destinado a avaliar o conteúdo dos itens com foco nos assuntos abordados do filme em relação à representatividade da medida foi considerado válido e confiável, pois se obtiveram resultados favoráveis (IVC individual acima de 0,80), ou seja, o conteúdo do filme possibilita medir o que se propõe medir.

Quanto ao IVC global do filme encontrou-se um valor de 0,95 a 0,97. Isso justifica um excelente nível de concordância entre as pessoas com DM no pertinente ao conteúdo do filme.

Como observado, o público-alvo avaliou positivamente o filme educativo; considerou os conteúdos abordados claros e muitos relevantes. Essa avaliação foi de suma importância para estimar o material educativo com vistas a incentivar o autocuidado com os pés das pessoas com DM, e prevenir o desfecho do pé diabético.

Essas pessoas podem ser agentes da sua própria história; elas devem ter um olhar crítico sobre a realidade onde estão inseridas (FREIRE, 2011). Sendo assim, sua participação reconhecida e intensificada durante a validação pode elevar

a aceitação e adesão dessa tecnologia para a educação em saúde visando um processo mais participativo e inclusivo.

6.4 CARACTERIZAÇÃO DO ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO RANDOMIZADO

Organizados segundo os objetivos propostos, os resultados começam com a caracterização sociodemográfica, com os dados relacionados à doença, com a clínica e com o exame físico dos pés dos pacientes (grupos controle e intervenção) antes e após a intervenção; e prosseguem com a avaliação das adequações e das habilidades para o autocuidado dos pacientes (grupos controle e intervenção).

6.4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

Com os dados coletados na primeira parte do instrumento procedeu-se à caracterização sociodemográfica dos 82 pesquisados, dos quais 39 fizeram parte do GC e 43 do GI. Por se tratar de um ensaio clínico controlado randomizado, julgou-se necessário fazer uma correlação entre os GC e GI, associada às variáveis sociodemográficas, consoante mostra a Tabela 4.

Tabela 4- Distribuição do número de pessoas com diabetes, segundo as variáveis sociodemográficas e o grupo. Fortaleza-CE, maio/agosto/2016

Variáveis	GC	(n=39)	GI	(n=43)	p
	n	%	n	%	
Sexo					,643 ^a
Masculino	10	25,6	13	30,2	
Feminino	29	74,3	30	69,7	
Faixa etária (ano)					,152 ^a
36-59	19	48,7	12	27,9	
60-69	9	23,0	14	32,5	
70-84	11	28,2	17	39,5	
Média ± DP	60,5±13,6			65,3±10,2	
Escolaridade (anos de estudo)					,892 ^a
Até 4	15	38,4	15	34,8	
5 a 9	17	43,5	21	48,8	
10 a 20	7	17,9	7	16,2	
Média ± DP	6,2±4,2			5,7±3,8	
Estado civil					,634 ^a
Casado	22	50,0	22	50,0	
Não casado	17	44,7	21	55,3	
Ocupação					,496 ^a
Trabalha	8	20,5	8	18,6	
Não trabalha	31	79,4	35	81,3	
Número de pessoas que moram na residência					,512 ^a
1	7	17,9	7	16,2	
2 a 3	15	38,4	12	27,9	
4 a 11	17	43,5	24	55,8	
Média ± DP	3,2±1,8			3,6±2,0	
Número de filhos					,298 ^a
0 a 1	13	33,3	9	20,9	
2 a 3	13	33,3	21	48,8	
4 a 16	13	33,3	13	30,2	
Média ± DP	3,3±3,3			3,3±2,7	
Renda familiar					,318 ^b
< 2 salários*	36	92,3	36	83,7	
> ou =2 salários	3	7,6	7	16,2	
Média ± DP	1,0±0,27			1,6±0,37	

Fonte: Elaborada pela autora.

Notas: p^a: teste χ^2 ; p^b: teste exato de Fisher; *salário mínimo= R\$ 880,00

Conforme evidenciado, os grupos GC e GI não diferem entre si quando correlacionados às variáveis sociodemográficas, tendo em vista que os valores de p não demonstram significância estatística entre ambos, a saber: sexo (p=0,643), idade (p=0,152), escolaridade (p=0,892), estado civil (p=0,634), ocupação (p=0,496), número de pessoas que moram na residência (p=0,512), número de filhos (p=0,298), e renda familiar (p=0,318).

Dos 82 pesquisados, houve predominância do sexo feminino nos dois grupos; controle, com 29 (74,3%), e intervenção, com 30 (69,7%). Essa predominância é uma realidade constante nos estudos da área da saúde de maneira geral. Talvez a maior participação de mulheres nos serviços de saúde esteja associada à valorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde (MENEZES, 2013; GROFF; SIMÕES; FAGUNDES, 2011).

Como aponta a literatura, os homens preferem buscar assistência pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Isto tem como consequências o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e o maior custo para o sistema de saúde (SILVA *et al.*, 2015).

Em contrapartida, não se pode afirmar que existe maior incidência de mulheres, porquanto elas procuram mais os serviços de saúde. Casos em que mulheres com DM tiveram mais participação foram observados em estudos nacionais e internacionais (AUDI *et al.*, 2011; BALTAZI *et al.*, 2012; BORTOLETTO *et al.*, 2010; FELEKE; ALEMAYEHU; ADANE, 2013; LANGE *et al.*, 2010; SBD, 2015-2016; DA SILVA; MOREIRA; MENEZES, 2015).

Em estudo randomizado produzido por Silva *et al.* (2015) com pessoas adultas com DM quanto à avaliação das práticas de autocuidado com os pés por meio de sessões de reflexologia podal, identificou-se o predomínio do sexo feminino em 65% no GI e em 62% no GC dos avaliados.

Tal fato se justifica na dificuldade dos homens em externarem suas inquietações e assumirem problemas de saúde, pois isto implica reconhecerem-se frágeis, indo de encontro aos preceitos da hegemonia masculina (BRITO; SANTOS, 2011). Outras justificativas apontadas no estudo de Rossaneis *et al.* (2016) foram as seguintes: a falta de tempo devido à jornada de trabalho, a incompatibilidade entre seu horário e o atendimento dos serviços de saúde, a ausência de sintomas graves e mais dificuldades para atendimento do que as mulheres.

Por sua vez, de maneira menos expressiva, também foram encontrados estudos com pessoas diabéticas nos quais sobressaiu o gênero masculino (BORTOLETTO *et al.*, 2010; GEBREKIRSTOS; GEBREKIROS; FANTAHUN, 2015; GOMIDES *et al.*, 2013; MCMAHON *et al.*, 2012).

Vale ressaltar: o baixo interesse por medidas preventivas de saúde pode contribuir para o aumento do risco dos indivíduos do sexo masculino ao desenvolvimento de complicações decorrentes das doenças crônicas.

Sobre isso, consoante estudo realizado no Sul do Brasil, a prevalência de déficit de autocuidado com os pés, caracterizada por baixa frequência de secagem dos espaços interdigitais; da não avaliação periódica dos pés; do hábito de andar descalço; de higiene insatisfatória e corte inadequado de unhas foi significativamente maior entre os homens (ROSSANEIS *et al.*, 2016).

Outro dado importante apontado nesta pesquisa refere-se ao fato de as mulheres apresentarem maior prevalência de cuidados com os pés, como secar os espaços interdigitais destes após o banho, avaliar os pés, cortar as unhas de maneira a prevenir o encravamento e lesões, não andar descalço e manter higiene adequada (ROSSANEIS *et al.*, 2016).

Os cuidados com os pés constituem-se uma das vertentes do autocuidado das pessoas com DM, pois o pé diabético é uma das principais complicações advindas da doença que leva a hospitalizações constantes, prolongadas e a amputações. Nesta perspectiva, é importante o desenvolvimento de ações educativas com vistas ao autocuidado sobre os cuidados com os pés, as quais se iniciam com o exame diário criterioso desses membros (REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015).

No tocante à idade, a média foi de $60,5 \pm 13,6$ anos para o GC e de $65,3 \pm 10,2$ para o GI. No GC, 19 (48,7%) dos participantes concentravam-se na faixa etária de 36 a 59 anos enquanto no GI, 17 (39,5%) estavam entre 70 e 84 anos. Nas publicações consultadas, sobretudo nas internacionais, as médias eram próximas da registrada no presente estudo (CHIWANGA; MARINA; NJELEKELA, 2015; GEBREKIRSTOS; GEBREKIROS; FANTAHUN, 2015; LEE *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2012; ROSSANEIS *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2015).

Estes resultados coincidem com a estimativa da SBD (2015-2016), a qual revela maior prevalência de DM2 após os 40 anos. O risco de desenvolver DM2 aumenta com o avanço da idade, especialmente nos indivíduos com mais de 45 anos afetados por hipertensão, taxas elevadas de colesterol e triglicérides, excesso de peso e sedentarismo (SBD, 2015-2016).

Desse modo, as consequências do DM nos idosos podem ser mais severas que nos jovens, por favorecer o aparecimento de limitações relacionadas à mobilidade física, o entendimento das orientações e a capacidade de autocuidado. Para Orem (2001), o processo desenvolvimental é um dos fatores a caracterizar a demanda do autocuidado, pois as dificuldades enfrentadas no cotidiano geram

insatisfação, estresse, alterações metabólicas e desviam a atenção da clientela no tocante ao desempenho e manutenção de comportamentos voltados para a saúde. Essas diferentes demandas terapêuticas pontuam desinteresse, falta de motivação relacionada à doença e deficiência de conhecimento.

Ante a situação, a assistência de enfermagem nesse grupo merece atenção especial por requerer dos profissionais de saúde um olhar diferenciado e ampliado, abrangendo não somente o aspecto da doença, mas todo o contexto que o envolve. Na teoria do autocuidado, o foco é reconhecer o indivíduo como capaz de exercer o controle sobre seu tratamento e sobre si mesmo, participando da decisão, a qual deve considerar seu conhecimento, suas crenças, valores e motivações (OREM, 2001).

No pertinente à escolaridade, 17 (43,5%) no GC e 21 (48,8 %) no GI das pessoas com DM tinham de cinco a nove anos de estudo, com média $6,2 \pm 4,2$ e $5,7 \pm 3,8$, respectivamente, mas para 15 (38,4%) no GC e 15 (34,8%) no GI deles a escolaridade era inferior a quatro anos de estudo. Tal realidade possibilitou a comparação de aprendizagem entre eles. Nível de escolaridade semelhante foi encontrado em estudos nacionais (CORTEZ *et al.*, 2015; REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015; PEREIRA *et al.*, 2012; TORRES; SANTOS; CORDEIRO, 2014) e internacionais (CHANG *et al.*, 2013; CHIWANGA; MARINA; NJELEKELA, 2015; GEBREKIRSTOS; GEBREKIROS; FANTAHUN, 2015).

O nível de escolaridade pode ser considerado fator determinante da efetividade de um programa educativo, principalmente em pessoas com DM, que necessitam adquirir determinados conhecimentos para conseguir implementar o autocuidado. Essa condição pode limitar o acesso às informações, em decorrência do comprometimento das habilidades de leitura, escrita e fala, bem como a compreensão dos complexos mecanismos da doença e do seu tratamento (CORTEZ *et al.*, 2015; GOMIDES *et al.*, 2013; MENEZES, 2013; RODRIGUES *et al.*, 2012; TORRES; SANTOS; CORDEIRO; 2014).

Diante desse fato, a baixa escolaridade de pessoas com DM traz desafios para a equipe multiprofissional de saúde quanto às estratégias a serem utilizadas para incrementar a adesão ao tratamento (PEREIRA *et al.*, 2012; MORESCHI *et al.*, 2015). Por isso, faz-se mister serem as informações simples e de fácil linguagem.

Segundo o *International Working Group on the Diabetic Foot* (2015), a não adesão ao tratamento, a negligência, a frágil educação terapêutica e o acesso

precário aos serviços de saúde são fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras no pé.

No presente estudo, o baixo nível educacional, evidenciado entre as pessoas com diabetes pesquisadas, despertou a necessidade de construir um filme de curta-metragem para ser empregado na atenção primária para aquelas com DM e pé diabético, pois é uma tática de aprendizagem lúdica que utiliza uma linguagem adequada e de fácil entendimento. Além de possibilitar a disseminação rápida da informação, pode ser simplesmente disponibilizada para qualquer pessoa, independente da classe social ou do nível educacional (MORAES, 2008).

No referente à situação conjugal, 22 (50,0%) do GC e também 22 (50,0%) do GI das pessoas com DM eram casados. Tal condição já era esperada, porquanto a população acometida pelo DM2 tende a estar com mais de 40 anos, logo, provavelmente já se encontravam em uma união estável ou, até mesmo, em viuvez. Na maioria dos estudos consultados, os participantes eram predominantemente casados (CHIWANGA; MARINA; NJELEKELA, 2015; CORTEZ *et al.*, 2015; FELEKE; ALEMAYEHU; ADANE, 2013; MOURA; GUEDES; MENEZES, 2016; REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015). Como se trata de uma doença crônica que acomete geralmente idoso, a presença de familiares e acompanhantes mostra-se como fator contribuinte para o autocuidado.

Estudos destacam a importância da família como componente de motivação para a adesão ao tratamento (MARTIN *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2011). Esta é condição tanto como incentivo para a adoção de um estilo de vida saudável quanto como auxílio para a realização de ações de autocuidado que podem estar limitadas em decorrência das incapacidades físicas advindas da idade e das alterações provocadas pelo diabetes (SMANIOTO; HADDAD; ROSSANEIS, 2014).

Em reforço a isso, o DM e suas complicações podem intervir negativamente na capacidade de autocuidado das pessoas e, por conseguinte, em seu desempenho no papel familiar e social. Na teoria de Orem (2001) nota-se a evidente intenção em considerar, no enfoque do déficit de autocuidado, a família ou grupos/comunidades como agentes de autocuidado.

No tocante à ocupação, 31 (79,4%) no GC e 35 (81,3%) no GI desempenhavam atividades do lar e/ou eram aposentados. Em relação aos aposentados, esses dados são congruentes com a idade das pessoas do estudo.

Como referido, o DM tem sua prevalência aumentada em pessoas acima de 40 anos de idade (SBD, 2015-2016). Esses dados são confirmados no estudo de Martin *et al.* (2012), em Ribeirão Preto, no qual 66,7% dos participantes eram aposentados, e no de Groff, Simões e Fagundes (2011) em Criciúma, em que 86% eram aposentados ou realizavam atividades do lar.

Portanto, o tipo de ocupação provavelmente não os impede de participar de grupos de educação em saúde em diabetes. Logo, esses pacientes devem ser incentivados a participar destes eventos. Todavia, em determinado estudo apontaram-se como principais causas para a não participação em grupos a falta de interesse, o horário inadequado e as dificuldades de transporte (COSTA *et al.*, 2011). A participação nas atividades educativas poderia, inclusive, constituir um momento oportuno para caminhadas e modificações de hábitos de vida, adotando-se práticas mais saudáveis, as quais resultariam num controle mais adequado da doença (SILVA *et al.*, 2012).

De acordo com estudo realizado numa área urbana de um município da região Centro-Oeste de Minas Gerais no Brasil com pessoas com DM acompanhadas na Estratégia Saúde da Família, 403 (42,0%) dos participantes eram ativos, ou seja, possuíam alguma atividade remunerada (CORTEZ *et al.*, 2015).

Em relação à quantidade de pessoas que moram na mesma residência, no GC, 17 (43,5%), e no GI, 24 (55,8%), com média de $3,2 \pm 1,8$ no GC e $3,6 \pm 2,0$ no GI, esses dados foram compatíveis com alguns estudos, cuja média foi de 2 a 4 pessoas (MOURA; GUEDES; MENEZES, 2016; REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015).

A rede de apoio familiar e dos amigos é essencial para a sensibilização de mudanças necessárias ao êxito do tratamento. Nesse sentido, a modificação de hábitos de vida é de fundamental importância não só para as pessoas com DM, mas também para aqueles que estão próximos. Desse modo, pode-se evitar que indivíduos predispostos à doença também a desenvolvam (COSTA *et al.*, 2011).

Sobre o número de filhos dos entrevistados do GC, 13 (33,3%), variou entre um e dezesseis, com média de $3,3 \pm 3,3$, enquanto a maior parte dos integrantes do GI, 21 (48,8%), tinham de dois a três filhos e média de $3,3 \pm 2,7$. Esse dado mostra um número elevado de filhos dos entrevistados no presente estudo. No Brasil, o número de filhos por mulheres caiu 26% nos últimos quatorze anos. Passou de 2,39 por mulher para 1,77, entre 2000 e 2013. Verificou-se, pois, a queda na taxa

de fecundidade com conseqüente aumento do percentual de mulheres sem filhos no país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2014). Ainda como o referido estudo aponta em alguns Estados do Norte e do Nordeste, o índice de fecundidade mostrou-se maior do que a média nacional, 2,1 filhos por mulher.

O DM é uma doença crônica que exige ajustamentos na dinâmica e organização familiar e impõe cuidados permanentes e contínuos (SANTOS *et al.*, 2011; MOURA; GUEDES; MENEZES, 2016). Neste prisma, o apoio familiar é o principal determinante para a adesão ao tratamento.

No caso de pessoas com DM, muitas precisam da ajuda de familiares e terceiros para a execução dos seus cuidados diários. Portanto, as práticas educativas devem englobar essas pessoas também (AHMED; ABDELRHAN, 2006). Para Orem (2001), o paciente é o centro da organização do cuidar em enfermagem; destaca-se a influência do envolvimento familiar no seu processo educativo, pois o autocuidado é fundamental na manutenção do seu equilíbrio físico, mental e espiritual.

No tocante à situação econômica dos pacientes do presente estudo, observou-se uma renda familiar mensal média de $1,0 \pm 0,27$ salário mínimo no GC e $1,6 \pm 0,37$ no GI, no qual 36 (92,3%) no GC e 36 (83,7%) no GI tinham renda inferior a dois salários mínimos. Outros autores também identificaram baixa renda familiar entre indivíduos com DM (REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015; ROSSANEIS *et al.*, 2016).

Como se percebe, as condições socioeconômicas das pessoas com DM podem se refletir negativamente nas ações de autocuidado e na adesão ao plano terapêutico, pois se trata de uma doença carente de tratamento que muitas vezes exige gastos expressivos, principalmente no uso dos calçados adequados, controle glicêmico e no plano alimentar. Essa condição pode representar um fator limitante para o tratamento, sobretudo em relação à dieta adequada, por constituir um fator de alto custo para esta população. Ademais, pode ser determinante para as pessoas com DM negligenciarem as recomendações prescritas pelos profissionais de saúde (GOMIDES *et al.*, 2013).

Consoante afirma Orem (2001) em sua teoria, o engajamento das pessoas nas práticas de autocuidado depende de aspectos culturais e educacionais,

habilidades e limitações individuais, experiência de vida, estado de saúde e recursos disponíveis.

A seguir, na Tabela 5, consta a distribuição dos dados sobre a doença e a clínica por grupo.

Tabela 5- Distribuição do número de pessoas com diabetes, segundo as variáveis relacionadas à doença e à clínica por grupo. Fortaleza-CE, maio/agosto/2016

Variáveis	GC (n=39)		GI (n=43)		p
	n	%	n	%	
Tempo de DM					,301 ^a
2 a 5	15	38,5	22	51,2	
6 a 10	10	25,6	12	27,9	
11 a 32	14	35,9	9	20,9	
Média ± DP	10±7,2		7,8±5,6		
Tratamento com medicamento					,674 ^b
Hipoglicemiantes orais (HO)	32	82,1	34	79,1	
Insulina	1	2,6	0	0,0	
HO+ Insulina	5	12,8	7	16,3	
Não usa medicamento	1	2,6	2	4,7	
Tratamento com dieta					,842 ^a
Sim	19	48,7	20	46,5	
Não	20	51,3	23	53,5	
Verifica glicemia					,798 ^a
Diariamente	5	12,8	3	7,0	
Semanalmente	14	35,9	15	34,9	
Mensalmente	13	33,3	15	34,9	
Trimestralmente	7	17,9	10	23,3	
Outras doenças crônicas					,285 ^a
Sim	35	89,7	35	81,4	
Não	4	10,3	8	18,6	
Tabagista					,843 ^a
Sim	4	10,3	5	11,6	
Não	35	89,7	38	88,4	
Uso de bebidas alcoólicas					,884 ^a
Sim	4	10,3	4	9,3	
Não	35	89,7	39	90,7	
Antecedentes familiares					,442 ^a
Sim	29	74,4	35	81,4	
Não	10	25,6	8	18,6	
Prática de atividade física					,307 ^a
Sim	16	41,0	13	30,2	
Não	23	59,0	30	69,8	
Frequência da atividade física					,811 ^a
Até 2 vezes	3	18,8	2	15,4	
3 ou mais	13	81,3	11	84,6	
IMC-adultos (kg/cm²)					,872 ^a
Eutrófico	5	26,3	2	16,7	

Sobrepeso	7	36,8	4	33,3
Obeso I	3	15,8	3	25,0
Obeso II	4	21,1	3	25,0
Média ± DP	28,9±6,2		27,8±5,7	
IMC-idosos (kg/cm²)				,484 ^a
Baixo peso	1	5,0	5	16,1
Eutrófico	8	40,0	11	35,5
Sobrepeso	11	55,0	15	48,4
Média ± DP	28,2±4,5		26,7±5,4	
PAS (mmHg)				,512 ^a
Normal	23	59,0	22	51,2
Alterado**	16	41,0	21	48,8
Média ± DP	133,3±16,7		122,7±29,7	
PAD (mmHg)				,442 ^a
Normal	29	74,4	35	81,4
Alterado**	10	25,6	8	18,6
Média ± DP	82,0±8,9		76,9±18,4	
Glicemia (mg/dl)				,507 ^a
Normal	6	15,4	4	9,3
Alterado***	33	84,6	39	90,7
Média ± DP	192,7±86,8		184,3±81,8	

Fonte: Elaborada pela autora; p^a: teste χ^2 ; p^b: razão de verossimilhança**; Parâmetro estipulado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010); ***Glicemia alterada: Parâmetro estipulado pelas Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015-2016).

De acordo com a Tabela 5, no tangente à testagem da homogeneidade das variáveis relacionadas à doença, os grupos intervenção e controle assemelharam-se quanto ao tempo de DM (p=,301), tratamento medicamentoso (p=,674), tratamento com dieta (p=,842), verificação da glicemia (p=,798), outras doenças crônicas (p=,285), tabagismo (p=,843), uso de bebidas alcóolicas (p=,884), antecedentes familiares (p=,442), prática de atividade física (p=,307), frequência da prática de atividade física (p=,811), IMC-adultos (p=,872), IMC-idosos (p=,484), PAS (p=,512), PAD (p=, 442) e níveis glicêmicos (p=,507).

Em relação ao tempo de diagnóstico dos pesquisados, houve variação de dois a 32 anos. Quando divididos entre os grupos, no GC predominou a faixa de dois a cinco anos, com 15 (38,5%), e média de 10 ± 7,2 anos; no GI sobressaiu a mesma faixa de dois a cinco anos, com 22 (51,2%) e média de 7,8 ± 5,6 anos.

Estudo realizado numa área rural de uma grande cidade no Sul do Brasil detectou que o tempo de diagnóstico médio foi de 9,4 anos, variando de zero a 32, e em 56% dos casos o tempo de diagnóstico foi de menos de dez anos, enquanto 44% tinham sido diagnosticados há dez anos ou mais (SILVA *et al.*, 2015). Em outro estudo numa zona rural de Taiwan a média de tempo de DM foi de 8,3 anos (LEE *et*

al., 2014). Pesquisa desenvolvida em ambulatorios de unidades secundária e terciária da saúde na cidade de Ribeirão Preto obteve uma média do tempo de diagnóstico mais alto, de 19,4 (DP±8,4) anos (GOMIDES *et al.*, 2013).

Como demonstrado em estudos, no momento do diagnóstico de DM2, as pessoas já apresentam algum tipo de complicação e reportam o tempo de diagnóstico a partir do início do tratamento (AMARAL; TAVARES, 2009, MARTIN *et al.*, 2012).

Conforme Baquedano *et al.* (2010) em sua pesquisa em um serviço no México, essas pessoas possuem maior risco para desenvolver complicações crônicas, em virtude de estarem expostas aos efeitos da hiperglicemia por um período de tempo prolongado. Ademais, esse tempo é um ponto indicativo de gravidade. O *International Working Group on the Diabetic Foot* (2015) relaciona o tempo transcorrido desde o início do DM com a ocorrência do pé diabético, revelando em torno de dez anos de convivência com a doença para o desencadeamento deste. E ainda, a demora no início do tratamento adequado para o pé diabético aumenta a ocorrência de complicações e a necessidade de amputação (SANTOS *et al.*, 2013).

Ao considerar o tempo de convivência das pessoas com o DM, espera-se maior conhecimento sobre a doença, melhor entendimento e manejo do esquema terapêutico e, conseqüentemente, maior adesão ao tratamento prescrito. Dessa maneira, em estudo na região Sudeste do Brasil com 1.406 pessoas com DM2 na atenção primária, os resultados mostraram que os pacientes com mais de dez anos de diagnóstico denotaram maior adesão ao tratamento medicamentoso, alimentar e exercício físico (FARIA *et al.*, 2013). No estudo de Rodrigues *et al.* (2012), os achados encontrados foram contraditórios, pois, segundo observaram, quanto maior o tempo de doença, menor é a capacidade para realizar o autocuidado e a adesão ao tratamento.

Talvez essa condição possa ser justificada pela baixa escolaridade das pessoas com DM, porquanto tal situação pode favorecer a não adesão ao plano terapêutico pela dificuldade para ler e entender a prescrição, aumentando, assim, as chances de adquirir complicações.

Dentre as complicações graves da pessoa com DM, as úlceras configuram-se como a mais comum e mais devastadora, visto se manifestarem em

média após cinco ou dez anos de evolução da doença, sendo responsáveis por 50% a 70% das amputações não traumáticas (IWGDF, 2015).

Tal fato reforça a importância e necessidade de os profissionais abordarem as ações de educação em saúde de maneira simples, traçando planos de intervenção coerentes com as expectativas e possibilidades das pessoas, valorizando e respeitando-as com a doença e suas limitações e envolvendo os pacientes, os familiares e amigos como sujeitos nas ações de autocuidado.

No tocante ao tratamento medicamentoso prescrito, consoante os resultados indicaram, tanto no GC, 32 (82,1%), quanto no GI, 34 (79,1%), os pesquisados usavam predominantemente os hipoglicemiantes orais, sendo estes biguamidas e sulfonilureias, em uso associado ou isolado.

O tratamento farmacológico com hipoglicemiantes orais, insulina e a combinação das duas opções terapêuticas, além da predominância para a prescrição de HO isoladamente, foi observado em estudos nacionais e internacionais (BOEL; RIBEIRO; SILVA, 2014; LEE *et al.*, 2014; MARQUES *et al.*, 2013; MENEZES, 2013).

Para a maior parcela de pessoas com DM2 do presente estudo, a metformina, exemplo de biguamida, foi o medicamento de escolha. O uso desse medicamento se justifica por reduzir em 29% as complicações microvasculares, enquanto a insulina e os medicamentos da classe terapêutica da sulfonilureia reduzem em apenas 25% e 12%, respectivamente (FARIA *et al.*, 2009). As sulfonilureias prescritas para os pacientes do estudo foram glibenclâmida e glimepirida. Vale salientar que os participantes dessa pesquisa eram usuários da atenção básica vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, a qual segue as recomendações propostas pelo manual disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Não existe um consenso sobre o tratamento medicamentoso ideal, porém a SBD (2015-2016) construiu protocolos preestabelecidos com diretrizes específicas de tratamento que considera a experiência profissional na prescrição do medicamento e as individualidades de cada pessoa na elaboração do plano terapêutico.

Em relação aos outros pilares do tratamento, segundo mostraram os resultados do estudo, o plano alimentar não foi executado por 20 (51,3%) no GC e 23 (53,5%) no GI. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos

brasileiros (BOEL; RIBEIRO; SILVA, 2014; CECILIO *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2011). Já na pesquisa de Da Silva, Moreira e Menezes (2015), 60,4% da amostra relataram seguir a dieta prescrita rotineiramente.

Nesse prisma, de acordo com estudo prospectivo clínico em pessoas com DM, metade dos entrevistados afirma seguir as orientações nutricionais da equipe, e 74% dos que seguem a dieta recomendada referiram emagrecimento (GROFF; SIMÕES; FAGUNDES, 2011).

Para as pessoas com diabetes, a terapia nutricional tem como principais objetivos: manter bom estado nutricional e boa qualidade de vida, além de prevenir e tratar complicações a curto e longo prazo (TEIXEIRA *et al.*, 2011).

Como recomendado, a manutenção de uma dieta adequada contribui para a melhora no perfil lipídico, diminuindo os riscos de doenças cardiovasculares. A dieta indicada para pessoas com DM deve conter alto teor de fibra alimentar, já que esta reduz a velocidade de absorção da glicose em nível intestinal, propiciando o controle glicêmico e a melhora do perfil lipídico. Ademais, a redução do consumo de gorduras, em especial as saturadas e as trans, em contraposição aos maiores teores de ácidos graxos ômega-3 da dieta, auxiliam na prevenção das complicações vasculares do diabetes, favorecendo a perda de peso e a adequação dos níveis sanguíneos de lipídeos (COSTA *et al.*, 2011).

Em estudo realizado no México com pessoas com DM, os autores executaram uma intervenção educativa com o objetivo de mostrar as vantagens da dieta no controle do LDL-colesterol. Conforme o resultado, o grupo que recebeu a intervenção educativa apresentou um valor reduzido do colesterol LDL comparado com o grupo controle posterior à intervenção ($p < 0,05$). Os autores concluíram, a intervenção educativa, por meio da promoção de um novo estilo de vida direcionado às pessoas com DM, contribuiu na melhora do nível metabólico do LDL-colesterol (CABRERA *et al.*, 2001).

Em estudo transversal produzido no município de Florianópolis (SC) com setenta pessoas com DM, 63 (90,0%) da amostra relataram ter recebido orientação sobre a alimentação ideal, porém grande parte delas não seguia a dieta recomendada (BOEL; RIBEIRO; SILVA, 2014). Embora alguns saibam como deve ser sua alimentação, a habilidade para praticar tal cuidado não é garantia de aplicação na vida diária.

Uma dieta adequada é essencial no tratamento do DM, mas mudança de hábitos nesse sentido não é fácil, sobretudo por envolver uma amplitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais. Esse processo de mudança de hábitos é um desafio tanto para o enfermeiro quanto para o paciente. Ambos devem interagir para o desenvolvimento de um regime terapêutico eficaz.

Características do indivíduo como idade, sexo, escolaridade e tempo de DM devem ser considerados nesse processo. Na averiguação de Rossaneis *et al.* (2016) o cumprimento da dieta para o controle alimentar foi mais frequente entre as mulheres (77,3%). Torres, Santos e Cordeiro (2014), no seu estudo, mencionaram as dificuldades financeiras como barreiras para aderir a uma dieta mais saudável. Essa condição pode ser determinante para as pessoas com DM negligenciarem as recomendações prescritas pelos profissionais de saúde.

Dessa forma, a SBD (2015-2016) recomenda que estratégias educacionais com foco no autocuidado usando diferentes metodologias sejam inseridas no acompanhamento dessas pessoas. O autocuidado em DM é complexo, e deve envolver orientações importantes para a nutrição, atividade física, medicação e glicemia.

Quando questionados a respeito da periodicidade da monitorização glicêmica, menos da metade da amostra do GC, 5 (12,8%), e do GI, 3 (7,0%), afirmou verificar a glicemia rotineiramente. Todavia, no GC, 14 (35,9%), e no GI, 15 (34,9%) disseram examiná-la semanalmente.

Por ser uma doença que evolui muitas vezes de maneira insidiosa, a monitorização glicêmica mantida regularmente é fundamental para o diagnóstico e o controle do DM. Assim, as pessoas identificam o valor da glicemia ao longo do dia com vistas a corrigirem imediatamente descontroles referentes à hipo ou hiperglicemia.

Vale lembrar: não existe esquema padrão de frequência de testes glicêmicos que seja aplicável a qualquer paciente. Mas a periodicidade dos testes para pessoas com DM deve ser determinada por três critérios principais: o tipo de diabetes, o esquema terapêutico utilizado e o grau de estabilidade ou instabilidade do controle glicêmico (SBD, 2015-2016).

Para pessoas insulinizadas, recomenda-se a realização de mais um teste glicêmico durante a madrugada para a detecção de eventual hipoglicemia (SBD, 2015-2016). A melhor adesão relacionada à periodicidade de testes glicêmicos foi

observada no estudo de Gomides *et al.* (2013), no qual os pesquisados avaliaram a glicemia 5,8/dia e 4,3/dia conforme orientações dadas pelos profissionais de saúde.

Na prática clínica, a utilização esporádica e não estruturada de testes de glicemia capilar não fornece os elementos necessários para a avaliação completa do estado glicêmico. No entanto, a SBD (2015-2016) recomenda a realização de pelo menos três perfis glicêmicos diários de seis ou sete pontos (três glicemias pré-prandiais + três glicemias pós-prandiais + uma glicemia durante a madrugada para pessoas insulinizadas) por semana, o qual possibilita estimar a glicemia média semanal e viabilizar a avaliação do nível de controle glicêmico e da adequação da conduta terapêutica em prazo muito curto.

A hiperglicemia crônica é o fator primário e responsável por desencadear as complicações do DM. Contudo, segundo Orem (2001), é mister os indivíduos terem uma adaptação satisfatória para retardar ou diminuir o aparecimento de complicações diante das necessidades de mudanças.

Sabe-se que a presença de outras doenças crônicas poderá comprometer o autogerenciamento do DM e aumentar o risco de complicações. Nessa pesquisa, conforme constatado, 35 (89,7%) no GC e 35 (81,4%) no GI da amostra referiram alguma outra doença, com destaque para a HAS.

Esses achados estão em consonância com a literatura, porquanto a HAS configura-se como a comorbidade mais prevalente e como fator de risco significativo para o surgimento e progressão de doenças cardiovasculares e periféricas (CECILIO *et al.*, 2015; GROFF; SIMÕES; FAGUNDES, 2011; FARIA *et al.*, 2013; RODRÍGUEZ *et al.*, 2013; SBD, 2015-2016; VALENT; TILLATI; ZANIER, 2013).

A associação entre DM e HAS é comum. Cerca de 40% das pessoas com DM2 são hipertensas (RODRÍGUEZ *et al.*, 2013). Essa relação é apontada por Mashitisho (2012) ao afirmar em seu estudo que qualquer queda de 10 mmHg da pressão sanguínea está associada a uma redução da taxa de mortalidade associada com o diabetes em 15%, infarto do miocárdio em 11% e as complicações microvasculares, como retinopatia ou nefropatia, em 13%.

Quanto às complicações do DM, o quantitativo foi semelhante em pesquisa realizada na Associação dos Diabéticos do município de Maringá (PR), região Sul do Brasil, onde as complicações microvasculares referidas pelas pessoas mais frequentes foram as oftálmicas, seguidas das vasculares e renais (CECILIO *et al.*, 2015). Em estudo cross seccional com 423 pessoas com diabetes *mellitus*

desenvolvido no Sudeste do Brasil, evidenciaram-se a retinopatia (37,8%) e a cardiopatia (20,3%) como as principais complicações decorrentes da doença (FARIA *et al.*, 2013).

São muitas as complicações e consequências advindas do diabetes ao longo dos anos. Identificar esta associação pode ser uma estratégia para traçar metas que minimizem o aparecimento de complicações precocemente.

No tocante ao estilo de vida, houve predominância de indivíduos no GC, 35 (89,7%), e no GI, 38 (88,4%), que referiram não ser fumantes. O tabagismo é extremamente prejudicial, porquanto a nicotina e o alcatrão são lesivos ao endotélio vascular, provocando doença cardiovascular e aterosclerose, sobretudo em membros inferiores (IWGDF, 2015). Ademais, é considerado como agravante para o surgimento da neuropatia sensitiva periférica, principal precursor de ulcerações e amputações entre pessoas com DM (BORTOLETTO *et al.*, 2010). Entretanto, a cessação do fumo reduz o risco de desenvolvimento de claudicação intermitente e consequentemente risco de amputação.

Em estudo transversal elaborado com uma amostra de 1.515 pessoas com DM desenvolvido no Sul do país, segundo observado, o hábito de fumar em excesso foi mais prevalente em homens, com 11,8%, enquanto apenas 6,5% das mulheres referiram fumar e em quantidades acima do recomendado (ROSSANEIS *et al.*, 2016).

Tendo em vista que mudanças simples nos hábitos de vida podem prevenir os fatores causais modificáveis, urge o desenvolvimento de estratégias educativas para a cessação do tabagismo no controle das complicações referentes ao sistema vascular em membros inferiores e a possibilidade do pé diabético (GRILLO *et al.*, 2013; SBD, 2015-2016).

No tocante à necessidade do uso de estratégias educativas, para Orem (2001), a assistência de enfermagem promove o sistema de apoio-educação. Nele, o paciente consegue, sob orientação, realizar medidas de autocuidado. O papel do enfermeiro é tornar o paciente um agente do autocuidado. De acordo com a teoria, a enfermagem tem como especial preocupação a promoção de ações de autocuidado do indivíduo e a disponibilidade e controle dessas, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou ferimento e obter a compatibilização com seus efeitos (OREM, 2001).

As pessoas com DM devem ser orientadas quanto à manutenção ou mudança de um estilo de vida adequado para a promoção da sua saúde; além disso, devem ser encorajadas a modificar outros hábitos, tal como a redução da ingestão alcoólica.

Assim como o tabagismo, o baixo índice de consumo de bebida alcoólica foi relatado pelos pesquisados do estudo, tanto no GC, com 35 (89,7%), como no GI, com 39 (90,7%). Resultados semelhantes também foram encontrados em outros estudos (BORTOLETTO *et al.*, 2010; CECILIO *et al.*, 2015). Nessa pesquisa, os resultados encontrados podem estar relacionados às características da amostra, com predomínio do sexo feminino e aposentados ou trabalhadores do lar.

O álcool é uma substância tóxica e lícita, sem restrições para seu consumo. Isto muitas vezes leva homens e mulheres ao uso abusivo, além de contribuir para a ocorrência de algumas doenças, como o diabetes (STIPP *et al.*, 2007). Da mesma maneira, o uso abusivo do álcool favorece na pessoa com DM o surgimento de complicações, o qual pode desencadear manifestações agudas, a exemplo de hipoglicemia, além do surgimento e/ou agravamento de complicações crônicas em longo prazo, como neuropatia diabética (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

Ao investigar sobre os antecedentes familiares com diagnóstico de DM2, percebeu-se o predomínio de familiares no GC, 29 (74,4%), e no GI, 35 (81,4%), cujo parentesco é de 1º grau, a confirmar que a hereditariedade (risco aumentado de 12,7%), juntamente com a idade acima de 40 anos, sobrepeso e sedentarismo são fatores predisponentes para o desenvolvimento do DM2 (SBD, 2015-2016).

No tratamento do DM, a prática regular de atividade física é considerada primordial. No estudo, ao se perguntar sobre a prática de atividade física, a maioria, no GC, 23 (59,0%), e no GI, 30 (69,8%), se disse sedentária. A atividade física reduz as taxas de colesterol, favorece a redução do peso corporal e melhora os níveis da pressão arterial e da circulação colateral. Ademais, minimiza o risco de eventos cardiovasculares e, conseqüentemente, de úlceras nos pés e amputações (SBD, 2015-2016). Mas a prescrição efetiva de exercício para as pessoas com DM deve se restringir ao tipo, modo, duração, intensidade, frequência e progressão do exercício. Conforme os resultados mostraram, participantes do GC, 13 (81,3%), e do GI, 11 (84,6%), praticavam atividade física com uma frequência de três a mais dias/semana.

Deve-se também orientar sobre situações específicas, como a prevenção e controle das hipoglicemias ou a adaptação da realização do exercício a comorbidades associadas, como, por exemplo, o pé diabético (MENDES *et al.*, 2011).

Segundo observado no estudo, apesar de muitos reconhecerem a importância da prática de atividade física, seguem uma conduta inadequada, como mostram os resultados. Este déficit de autocuidado está associado com os requisitos desvios de saúde, pois a atividade física deve ser praticada pelas pessoas com diabetes.

Como evidenciado nos dados do Ministério da Saúde, as mudanças de estilo de vida reduziram em 58% a incidência de diabetes em três anos, e essas mudanças visavam discreta redução de peso (5-10% do peso), manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular. Cabe ressaltar: pacientes obesos (IMC $>30\text{kg/m}^2$) requerem maior apoio da equipe para manutenção de peso (BRASIL, 2006).

No presente estudo, o peso e a estatura dos participantes foram verificados com base na mensuração na consulta de enfermagem e/ou médica. O IMC é um índice frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos como preditor de sobrepeso e obesidade. Uma vez mensurados esses dados, foram calculados os valores de IMC de todos os pesquisados pela fórmula padrão da razão entre peso (kg) e altura (m^2), tomando-se como referência os valores específicos para sexo e faixa etária. Em adultos, um IMC igual ou superior a 25 é caracterizado como sobrepeso, e igual ou superior a 30 configura obesidade (ABESO, 2016). Para o IMC das pessoas idosas, classificou-se em baixo peso ($\leq 22\text{ kg/m}^2$), peso adequado (23-26 kg/m^2) ou sobrepeso ($\geq 27\text{ kg/m}^2$) (LIPSCHITZ, 1994).

Na avaliação das pessoas adultas com DM investigadas entre a faixa etária de 36 e 59 anos, 7 (36,8%) no GC e 4 (33,3%) no GI estavam com sobrepeso. Na faixa de idade entre 60 e 84 anos, os dados também mostraram sobrepeso, 11 (55,0%) no GC e 15 (48,4%) no GI. Casos em que o IMC apresentou redução após a intervenção, porém de maneira discreta, foram observados nas pesquisas de Ferreira e Santos (2009) e Rodríguez *et al.* (2013). Já na de Souza e Araújo (2015) não houve melhora de nenhum dos indicadores antropométricos entre os dois momentos da avaliação.

É de extrema importância essa relação de pessoas com DM2 e obesidade, principalmente nos idosos, porquanto a obesidade pode acelerar o aparecimento de fragilidades e vulnerabilidades, representando um significativo determinante para o surgimento das complicações da doença (BORGES *et al.*, 2015).

No tocante à pressão arterial, 23 (59,0%) e 22 (51,2%) apresentaram valores normais na PAS e 29 (74,4%) e 35 (81,4%) na PAD, no GC e GI, respectivamente. Estes achados corroboram os encontrados em outros ensaios clínicos (AZIZI *et al.*, 2016; BALTACI *et al.*, 2012; KEMPF; KRUSE; MARTIN, 2012).

A pressão alta contribui sobremaneira para a elevada morbidade e mortalidade de pessoas com DM. Isso acontece porque aumenta o risco de doenças cardíacas e vasculares, tais como infarto do miocárdio, angina e isquemias, além de acelerar o processo de lesão nos rins e na retina, causados pela própria doença (SBD, 2015-2016).

Nessa direção, com vistas a se prevenir tais complicações, segundo a ADA (2010) e a SBD (2015-2016) recomendam toda pessoa com DM deve ter a pressão sistólica medida e mantida em torno de 120 ou 130 mmHg e a pressão diastólica, abaixo de 90 mmHg. Estes valores podem variar dependendo se a pressão foi aferida por método automático oscilométrico ou auscultatório, já que no primeiro a pressão arterial costuma ser de 5 a 10 mmHg menor que no método auscultatório.

Em uma revisão sistemática com meta-análise com quarenta ensaios clínicos com baixo risco de viés (100.354 participantes), segundo evidenciado, a redução da pressão sistólica e diastólica estava associada a uma melhora da mortalidade e de outros desfechos clínicos de pessoas com DM (CONNOR *et al.*, 2015).

Em relação aos níveis de glicose, ambos os grupos, 33 (84,6%) no GC e 39 (90,7%) no GI estavam com seus níveis glicêmicos alterados. Um dos maiores desafios para manter o DM controlado, a fim de minimizar ou retardar o aparecimento de complicações, é manter os níveis glicêmicos dentro dos parâmetros adequados. Por sua vez, estudos mostraram a importância do controle glicêmico para a redução de problemas associados à doença (RODRÍGUEZ *et al.*, 2013; VERAS *et al.*, 2014). Dentre as intervenções para manutenção de um bom controle glicêmico e metabólico destacam-se os seguintes: automonitoramento da

glicemia capilar (AMGC), hemoglobina glicada (HbA1c) e sistema de monitoramento contínuo da glicose em líquido intersticial (SMCG) (SBD, 2015-2016).

O automonitoramento da glicemia capilar constitui um grande avanço. Frequentemente realizado com amostras em ponta de dedo coletadas a diariamente e a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição, é de fácil aquisição, imprescindível e de substancial relevância para a prevenção de complicações advindas da hipoglicemia ou hiperglicemia, mesmo sem nenhuma sintomatologia (LAGUNA NETO *et al.*, 2009). Atualmente, o AMGC é preconizado para pacientes com todos os tipos de DM (SBD, 2015-2016).

Porém o método mais indicado na quantificação de risco para complicações crônicas do DM é sua medida no plasma (RODRÍGUEZ *et al.*, 2013). Escolheu-se a utilização da hemoglobina glicada como critério de diagnóstico para o DM2 (SBD, 2015-2016). A alegação é que a medida da HbA1c avalia o grau de exposição à glicemia durante o tempo, e os valores se mantêm estáveis após a coleta. Em 2010, a ADA modificou o critério inicial com as seguintes recomendações: HbA1c $\geq 6,5\%$ a ser confirmada em outra coleta para as pessoas com DM (dispensável em caso de sintomas ou glicemia ≥ 200 mg%) e HbA1c entre 5,7 e 6,4% para os indivíduos com alto risco para o desenvolvimento de diabetes. Recomenda-se a mensuração da hemoglobina glicada 2 a 4 vezes ao ano, de acordo com a condição clínica e mudanças efetuadas no tratamento (SBD, 2015-2016).

Outro ponto a observar é a discordância entre os resultados da glicemia e da HbA1c quando, mesmo após a repetição deles, somente um permanecer anormal. Nesse caso, a pessoa deve ser considerada diabética (SBD, 2015-2016).

O sistema de monitoramento contínuo da glicose proporciona informações sobre a direção, a magnitude, a duração, a frequência e as causas das flutuações nos níveis de glicemia. Desse modo, garante uma visão muito mais ampla dos níveis de glicose durante todo o dia, além de informações sobre tendências de níveis glicêmicos capazes de identificar e prevenir períodos de hipo ou hiperglicemia (SBD, 2015-2016).

Vale a pena ressaltar: o êxito no controle dos níveis glicêmicos e da pressão arterial está na adesão das pessoas ao tratamento e nas atividades de saúde que estimulem ou facilitem mudanças no estilo de vida.

6.4.2 Avaliação da adequação das habilidades do autocuidado no tocante às variáveis da doença e da clínica antes e após as intervenções educativas

Ao se comparar a adequação das habilidades do autocuidado no GC e GI, notou-se em relação às variáveis da doença e da clínica que após a intervenção, em alguns aspectos, houve valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Mesmo nos itens nos quais não se identificaram alterações significativas da adequação após a intervenção, estes apresentaram melhora em ambos os grupos, consoante mostra a Tabela 6.

Tabela 6- Distribuição do número de pessoas com diabetes, segundo a adequação das variáveis relacionadas à doença, à clínica por grupo. Fortaleza-CE, maio/agosto/2016

(continua)

Variáveis	GC (n=39)					GI (n=43)				
	Antes		Depois		p	Antes		Depois		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Tempo de DM										
2 a 5	3	20,0	4	26,7	,013 ^b	1	4,5	13	59,1	,0001 ^b
6 a 10	1	10,0	4	40,0	,250 ^d	1	8,3	10	83,3	,004 ^b
11 a 32	-	-	-	-	-	1	11,1	8	88,9	,016 ^b
Tratamento com hipoglicemiantes orais										
HO	4	12,5	11	34,4	,065 ^a	3	8,8	23	67,6	,000 ^a
Tratamento com dieta										
Sim	4	21,1	7	36,8	,453 ^a	1	5,0	17	85,0	,000 ^a
Não	-	-	-	-	-	2	8,7	14	60,9	,000 ^a
Verificação da glicemia										
Diariamente	1	20,0	2	40,0	1,000 ^d	-	-	-	-	-
Semanalmente	2	14,3	4	28,6	,625 ^d	-	-	-	-	-
Mensalmente	1	7,7	6	46,2	,063 ^d	2	13,3	10	66,7	,008 ^d
Trimestralmente	-	-	-	-	-	1	10,0	6	60,0	,063 ^d
Outras doenças crônicas										
Sim	4	11,4	14	40,0	,013 ^a	2	5,7	27	77,1	,000 ^a
Não	-	-	-	-	-	1	12,5	4	50,0	,250 ^a
Não tabagista										
Não	4	11,4	12	34,3	,039 ^a	3	7,0	31	72,1	,000 ^a
Não faz uso de bebidas alcoólicas										
Não	4	11,4	12	34,3	,039 ^a	3	7,7	27	69,2	,000 ^a
Antecedentes familiares										
Sim	4	13,8	9	31,0	,180 ^a	3	8,6	27	77,1	,000 ^a
Prática de atividade física										
Sim	2	12,5	8	50,0	,070 ^a	-	-	-	-	-
Não	2	8,7	6	26,1	,219 ^a	3	10,0	21	70,0	,000 ^a
IMC-adultos (kg/cm²)										
Eutrófico	2	20,0	3	30,0	1,000 ^b	2	13,3	11	73,3	,004 ^b
Sobrepeso	1	6,7	5	33,3	,125 ^b	1	7,7	8	61,5	,016 ^b
Obeso I	1	10,0	3	30,0	,500 ^b	-	-	-	-	-

IMC-idosos (kg/cm²)										
Eutrófico	2	8,7	6	26,1	,219 ^a	2	12,5	8	50,0	,070 ^a
Sobrepeso	1	7,7	6	46,2	,063 ^b	-	-	-	-	-
PAS (mmHg)										
Normal	-	-	-	-	-	1	4,8	17	81,0	,000 ^a
Alterada**	4	17,4	10	43,5	,109 ^a	2	9,1	14	63,6	,000 ^a
PAD (mmHg)										
Normal	1	3,4	9	31,0	,021 ^a	3	8,6	26	74,3	,000 ^a
Alterada**	3	30,0	5	50,0	,625 ^a	-	-	-	-	-
Glicemia alterada (mg/dl)										
Alterada***	4	12,1	13	39,4	,022 ^a	3	7,7	27	69,2	,000 ^a

Fonte: Elaborada pela autora.; p^a: teste de McNemar; p^b: teste de Wilcoxon; **parâmetro estipulado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010); ***glicemia alterada: parâmetro estipulado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015-2016).

Conforme evidenciado, após as intervenções educativas, houve melhora na adequação das habilidades para o autocuidado com os pés em relação a alguns aspectos. No GI os aspectos que não apresentam significância estatística foram: verificação da glicemia trimestralmente, ausência de alguma doença crônica e no IMC (eutrófico) dos idosos.

No GC, identificou-se significância estatística no tempo de doença na faixa entre dois a cinco anos, presença de alguma doença crônica, hábito de não fumar e não usar bebidas alcólicas, PAD normal e os níveis glicêmicos alterados. Embora, alguns itens não tenham mostrado significância estatística, o aumento discreto foi detectado na grande maioria.

Segundo constatado nessa pesquisa, a proposta de uso do filme “Pés Que Te Quero[®]”, permeada pelas ações educativas em saúde com foco nos cuidados com os pés, possibilitou às pessoas com DM e pé em risco condições favoráveis para o desenvolvimento das habilidades para o autocuidado, tornando-as agentes de autocuidado e agentes multiplicadores das ações de autocuidado junto à família e à comunidade.

Um filme de curta-metragem produzido por enfermeiros passa a ser utilizado como suporte para a aprendizagem, entretanto, não deve ser considerado apenas como meio de comunicação ou distração, mas como recurso didático que favorece a aquisição de conhecimentos, na busca do desenvolvimento de habilidades que levem à aprendizagem significativa.

Para Orem (2001), a enfermagem é um serviço, uma tecnologia e uma arte. Como serviço ajuda os seres humanos no desempenho de ações deliberadas e

desempenhadas pelo enfermeiro, mantendo ou alterando sua própria competência ou o ambiente. Como tecnologia, refere-se ao conjunto de informações sistematizadas para a obtenção de resultados, e como arte é a habilidade de assistir pessoas na gerência do autocuidado.

Deste estudo depreendeu-se que a teoria de Orem favoreceu a autonomia das pessoas com DM para o autocuidado ao conduzir ao reconhecimento de suas habilidades e capacidade de cuidar de si. De acordo com Orem (2001), o desenvolvimento do autocuidado está diretamente relacionado às habilidades, limitações, valores, regras culturais e científicas da própria pessoa.

Quanto à adequação das habilidades para o autocuidado com os pés no tocante ao tempo de DM2, espera-se que as pessoas com mais tempo de doença tenham mais conhecimento sobre esta, melhor entendimento e manejo do esquema terapêutico e, conseqüentemente, maior adesão ao tratamento prescrito.

No entanto, consoante observado nesse estudo, as pessoas na faixa de tempo entre dois e cinco anos tiveram suas habilidades com os pés adequadas na avaliação basal, no GC, 3 (20%), e no final, 4 (26,7%). No GI, na faixa entre dois e cinco anos 1 (4,5%) pesquisado apresentou suas habilidades adequadas e no final ficaram 13 (59,1%), na faixa de seis a dez anos, 1 (8,3%) antes e 10 (83,3%) após e na faixa de onze a 32 anos, 1 (11,1%) antes e 8 (88,9%) ao final tiveram suas habilidades adequadas. Na faixa de tempo de DM de seis a onze anos no GC, as pessoas denotaram aumento na adequação das habilidades, porém não houve mudança comportamental significativa.

Como ressalta a Organização Mundial da Saúde, a adesão do indivíduo com DM ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso é menor entre aqueles com mais de cinco anos de diagnóstico. Cabe aos profissionais de saúde ponderar que no processo de envelhecimento pode ocorrer declínio da capacidade cognitiva e motora, aumento do grau de dependência para as ações de autocuidado, como a tomada de medicamentos e seguimento do plano alimentar e de exercício físico (FARIA *et al.*, 2013).

É importante considerar o seguinte: quanto maior o tempo de diagnóstico de diabetes, maior a probabilidade de se desenvolver neuropatia diabética e úlceras nos pés. No entanto, as diretrizes da SBD (2015-2016) alertam para a detecção do distúrbio neurológico precocemente na evolução do DM2, muitas vezes desde o momento do diagnóstico. E acrescenta ainda: o bom controle metabólico do diabetes

reduz a frequência e a intensidade da lesão neurológica, como também o aparecimento de ferimentos.

No referente ao tratamento farmacológico, nesse estudo somente as pessoas do GI usuários de hipoglicemiantes orais melhoraram a adequação das habilidades de autocuidado com os pés, de 3 (8,8%) para 23 (67,6%), após assistirem ao filme ($p < 0,05$). Apesar da melhora da adequação das habilidades nas pessoas do GC com 4 (12,5%) antes e 11 (34,4%) após a intervenção educativa, não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Mudanças de comportamento e adesão ao tratamento medicamentoso são essenciais para prevenção das complicações crônicas e melhora da qualidade de vida (ALVES; CALIXTO, 2012).

A adesão ao tratamento em DM é definida por Costa *et al.* (2011) como a medida na qual o comportamento de uma pessoa acontece por meio do uso diário de hipoglicemiantes orais e de insulina, seguimento do plano alimentar ou adoção de mudanças no estilo de vida, monitorização glicêmica e realização de atividade física. Trata-se de recomendações preconizadas por um profissional de saúde.

Para Faria *et al.* (2014) e Santos *et al.* (2011), os fatores envolvidos na adesão ao tratamento farmacológico incluem: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento.

Dentre os fatores sociodemográficos, a baixa escolaridade é relatada como uma condição que interfere na adesão ao tratamento medicamentoso, pois as drogas para o tratamento das pessoas com DM são consideradas complexas e necessitam de compreensão sobre seu uso por parte dos pacientes (PEREIRA *et al.*, 2012). Para Marques *et al.* (2013), outro fator dificultador para a adesão ao tratamento medicamentoso são as alterações visuais dos idosos, pois, segundo os autores afirmaram, podem comprometer as ações de autocuidado, particularmente quanto à administração de hipoglicemiantes e insulina.

Consoante Silva *et al.* (2015) apontaram em seu estudo, os principais motivos da não adesão ao tratamento farmacológico foram o esquecimento e a perda do horário do uso dos medicamentos.

De acordo com determinadas pesquisas, pessoas com baixo grau de aderência aos tratamentos propostos contribuem substancialmente para o agravamento da doença, morte e aumento dos custos diretos e indiretos do tratamento (GROFF; SIMÕES; FAGUNDES, 2011; SILVA *et al.*, 2015), além de prejudicarem a resposta fisiológica e a relação profissional-paciente (FARIA *et al.*, 2013). O não uso de medicamento para DM mostra-se associado à ocorrência de amputação, com uma chance superior a 3,5 vezes para tal (IC 95%: 1,68-7,38) (SANTOS *et al.*, 2015).

Em estudo na rede básica de saúde do município de Teresina-PI, focado no conhecimento das pessoas com DM sobre o tratamento medicamentoso, 223 (55,75%) desconheciam o nome do medicamento usado, 291 (72,75%) a dose administrada, 26 (6,5%) o intervalo e 293 (73,25%) não sabiam até quando iriam tomá-los (CARVALHO *et al.*, 2012).

Embora a adesão ao tratamento seja influenciada pelo nível de conhecimento, segundo autores afirmam, orientações prestadas pelos enfermeiros sobre o autocuidado, as mudanças no estilo de vida e as habilidades para executá-las podem favorecer a prevenção e redução de complicações (REZENDA NETA; SILVA; SILVA, 2015).

Pela proximidade com o paciente e por sua presença nos serviços de saúde, o enfermeiro torna-se peça-chave no processo de educação da pessoa com DM e, conseqüentemente, um facilitador para a adesão à terapêutica medicamentosa (SILVA *et al.*, 2015).

Em todos os momentos da produção do filme “Pés Que Te Quero[®]”, reforçou-se o conhecimento acerca da doença, das complicações e dos cuidados com os pés. Este constituiu um dos pilares para o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado nos pés de pessoas com DM, embora a aquisição de conhecimento não se traduza necessariamente em mudança de comportamento e de estilo de vida.

Em estudo antes e depois desenvolvido nos Estados Unidos, mediante emprego de três tipos de intervenções com material educativo escrito, filme e combinando duas estratégias, conforme os autores concluíram, o uso do filme proporcionou mais eficácia em relação ao aumento do conhecimento da doença, do tratamento e dos cuidados com os pés (GRAVELY; HENSLEY; HAGOOD-THOMPSON, 2011).

Como os resultados indicaram, a estratégia do filme “Pés Que Te Quero[®]” mostrou-se mais eficaz na melhora da adequação das habilidades do autocuidado com os pés no referente ao tratamento com dieta, tanto nas pessoas que exerciam o controle alimentar, com 1 (5,0%) antes e 17 (85%) após a intervenção, como nas que não seguiam uma dieta adequada, 2 (8,7%) antes e 14 (60,9%) após ($p < 0,05$). No GC houve melhora, porém sem significância ($p = 0,453$).

A terapia nutricional, baseada na orientação e no estabelecimento de um plano alimentar individualizado, é considerada uma das terapias de primeira escolha para o controle do DM e redução de complicações (GOMES VILAS-BOAS *et al.*, 2011). Na pesquisa de Rocha, Zanetti e Santos (2009), os dados mostraram que a totalidade da amostra ($n = 55$) referiu seguir a dieta como parte do tratamento para o controle da doença.

Mesmo quando as pessoas afirmam cumprir a dieta na maioria das vezes, esta situação nem sempre expressa a realidade, como mostra estudo que identificou a baixa aderência ao tratamento (COMPEÁN ORTIZ *et al.*, 2010). Ademais, no indivíduo adulto, o hábito alimentar já está estabelecido, porquanto é mantido por crenças e valores mediante a inserção no seu dia a dia. No estudo de Veras *et al.* (2014) apontou-se a falta de nutricionista para compor a equipe multidisciplinar como outro fator dificultador para essa adesão.

Isso tudo pode se refletir numa necessidade de estratégias de educação em saúde usando técnicas interativas no acompanhamento desses pacientes para um controle metabólico mais adequado. No filme “Pés Que Te Quero[®]” a educação em DM estava adequada ao contexto socioeconômico e cultural dos participantes. Como observado, propiciou aquisição de conhecimentos, habilidades, atitudes e motivação para controlar a doença e evitar complicações nos pés por meio de imagens e orientações sobre uma alimentação saudável com baixo custo financeiro.

Nos achados, a relação entre a adequação das habilidades do autocuidado com os pés e a verificação da glicemia, não evidenciou associações estatisticamente significantes no grupo controle após a palestra educativa ($p > 0,05$), apesar da melhora dos valores. No GI, o controle mensalmente foi percebido com significância em 2 (13,3%) e passou para 10 (66,7%) após assistirem ao filme. O conhecimento desses valores glicêmicos diariamente poderá auxiliar no monitoramento da glicemia, além de estimular o engajamento na prática do autocuidado e melhor controle da doença (PACE *et al.*, 2006).

Quanto ao estudo da associação da adequação das habilidades do autocuidado com os pés e a presença de outras doenças crônicas, identificou-se relação direta no GI e no GC. Segundo verificado, 2 (5,7%) antes da intervenção e 27 (77,1%) após assistirem ao filme, tiveram suas habilidades do autocuidado com os pés adequadas. No GC, a melhora após ouvirem a palestra no tocante aos cuidados com os pés realizados de maneira adequada antes eram 4 (11,4%) e após 14 (40,0%) pessoas.

Entre os pesquisados, a HAS foi a complicação crônica com maior prevalência, dado compatível com outros estudos realizados com pessoas com DM (ROCHA; ZANETTI; SANTOS, 2009; RODRÍGUEZ *et al.*, 2013; DA SILVA; MOREIRA; MENEZES, 2015). Ressalta-se: essa doença é considerada fator de risco para o desenvolvimento do pé diabético (BOEL; RIBEIRO; SILVA, 2014; SBD, 2015-2016).

Outros hábitos importantes, referentes aos cuidados para evitar o desencadeamento de problemas de saúde consequentes do DM, são o uso demasiado de bebidas alcoólicas e o de fumo. No entanto, nesse estudo, ao investigar a relação entre as pessoas que não eram tabagistas e a adequação das habilidades dos cuidados com os pés para o valor de $p < 0,05$, esta foi estatisticamente significativa no GI, antes com 3 (7,0%) e 31 (72,1%) após; já no GC, eram 4 (11,4%) e depois 12 (34,3%). Sobre o não consumo de bebidas alcólicas e adequação das habilidades de autocuidado com os pés, tanto no GC quanto no GI, houve um quantitativo expressivo de resposta positiva, antes 4 (11,4%) para 12 (34,3%) e 3 (7,7%) para 27 (69,2%), respectivamente. É relevante salientar a cessação de tais hábitos como medida de prevenção para complicações nos pés (SBD, 2015-2016).

Observou-se relação nas pessoas que tinham antecedentes familiares para o DM com a adequação das habilidades para os cuidados com os pés no GI ($p < 0,05$), onde 3 (8,6%) antes e após 27 (77,1%). No GC houve melhora, antes 4 (13,8%) para 9 (31,0%), porém sem diferenças estatisticamente significantes ($p = 180$).

Certamente, a presença da família e dos amigos influencia no controle da doença e na adesão ao tratamento. Ademais, eles devem ser envolvidos no processo educativo do plano terapêutico direcionado ao autocuidado (POLICARPO *et al.*, 2014; VERAS *et al.*, 2014). No entanto, muitas vezes, o cuidado prestado por

alguém da família pode ser executado de forma errônea em razão do seu despreparo, ou, até mesmo, em virtude da indisponibilidade de tempo para se dedicar ao cuidado; portanto, as pessoas com DM devem se tornar independentes para realizar seus cuidados. Dessa forma, como evidenciado, elas precisam de um sistema de apoio-educação, pois de acordo com Orem (2001) todos os indivíduos têm capacidade para adquirir conhecimentos e habilidades para seu próprio cuidado.

Com a história do filme “Pés Que Te Quero[®]”, os personagens fictícios construíram laços de amizade, e juntos modificaram seus hábitos e conseguiram efetuar os cuidados com os pés.

No referente à relação entre adequação das habilidades do autocuidado com os pés e a prática de atividade física, confirmou-se no GI, antes 3 (10,0%) e depois 21 (70,0%). Por sua vez, as pessoas do GC apresentaram mudança de comportamentos, tanto dos que praticavam atividade física antes, 2 (12,5%), e após, 8 (50,0%), como dos que não executavam tal atividade, 2 (8,7%) e 6 (26,1%) depois.

Como mencionado, a inatividade física é um fator de risco para o aparecimento do pé diabético (SBD, 2015-2016). Conforme os dados de um estudo realizado no município de Ribeirão Preto (SP), os pesquisados não reconhecem esse recurso terapêutico como uma atividade incorporada as suas ações de autocuidado (VERAS *et al.*, 2014). Nesse sentido, é preciso intensificar a oferta de atividades educativas como estratégia para maximizar o autocuidado.

Nesse âmbito, as inovações tecnológicas já são uma realidade na prática assistencial. No filme “Pés Que Te Quero[®]” utilizaram-se imagens de pessoas praticando atividade física, como caminhada, pedalada, dentre outras, por ser uma tática de aprendizagem lúdica inovadora pela sua versatilidade e aplicabilidade na enfermagem.

Sobre a relação entre a adequação das habilidades do autocuidado com os pés e o IMC dos adultos, no GC não houve associações estatisticamente significantes após a atividade educativa ($p > 0,05$). No GI, nas pessoas que mantinham o peso normal, os valores passaram de 2 (13,3%) para 11 (73,3%) após a intervenção. Naqueles com sobrepeso, os valores foram de 1 (7,7%) antes para 8 (61,5%) depois. Nos idosos, não houve associações estatisticamente significantes em relação a adequação das habilidades do autocuidado com os pés e o IMC.

No tocante à PAS, no GI, verificou-se mudança de comportamento no valor normal, de 1 (4,8%) passou para 17 (81,0%), e no valor alterado, de 2 (9,1%)

para 14 (63,6%); já no GC, o valor alterado modificou-se de 4 (17,4%) para 10 (43,5%) após a intervenção. No valor normal da PAD, no GC, 1 (3,4%) antes e após 9 (31,0%); no GI, de 3 (8,6%) passou para 26 (74,3%). Na PAD, valor alterado, no GC houve melhora de comportamento, de 3 (30,0%) para 5 (50,0%) após a intervenção.

Quanto a relação dos níveis glicêmicos alterados e adequação das habilidades do autocuidado com os pés, segundo os dados mostraram, no GC, de 4 (12,1%) foi para 13 (39,4%), e no GI, de 3 (7,7%) antes passou para 27 (69,2%) depois.

Não é comum encontrar autores que associem especificamente o desenvolvimento do pé diabético com a aderência aos cuidados não farmacológicos, mas de acordo com consenso, o controle do IMC, PAS, PAD e glicemia é fator primordial para prevenção de complicações e risco de amputações nos MMII. Estes são considerados fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético (BOELL; RIBEIRO; SILVA, 2014; IWGDF, 2015; SBD, 2015-2016).

Ressalta-se que o desenvolvimento do filme “Pés Que Te Quero[®]” como uma tecnologia educativa demonstrou ser capaz de permutar conhecimentos necessários para modificar hábitos inerentes à adequação das habilidades do autocuidado com os pés.

6.4.3 Classificação de risco para pé diabético dos participantes, segundo o *International Working Group on the Diabetic Foot* (2015)

Vários esquemas de classificação de risco têm sido implementados para facilitar a avaliação do pé diabético. Obrigatoriamente, o diagnóstico deve envolver o exame clínico do pé com ferramentas validadas (PEDROSA; VILAR; BOULTON, 2014). Nesse estudo, o instrumento utilizado baseou-se na avaliação de risco desenvolvida pelo *International Working Group on the Diabetic Foot* usando o monofilamento de 10 gr para avaliar a sensibilidade protetora plantar e o diapasão de 128 Hz para a sensibilidade vibratória. De acordo com esta classificação, avaliou-se a neuropatia diabética, a doença vascular periférica, as deformidades no pé, úlcera prévia, segundo uma graduação que varia de 0 a 3, conforme ausência, presença e combinação entre estes fatores. Na Tabela 7, descreve-se a

classificação de risco para o pé de pessoas com DM dos participantes na avaliação basal.

Tabela 7- Classificação de risco para pé diabético dos participantes segundo o *International Working Group on the Diabetic Foot (2015)*, por grupos na avaliação basal. Fortaleza-CE, maio/agosto/2016

Variável	GC	(n=39)	GI	(n=43)	p
	n	%	n	%	
Teste com monofilamento					,840 ^a
Sim	11	28,2	13	30,2	
Não	28	71,8	30	69,8	
Teste com diapasão					,840 ^a
Sim	11	28,2	13	30,2	
Não	28	71,8	30	69,8	
Grau de risco de neuropatia diabética					,157 ^b
SPP e DAP ausentes	27	69,2	29	67,4	
SPP ± deformidade	10	25,6	6	14,0	
SPP ± DAP	2	5,1	7	16,3	
História de úlcera ou amputação	0	-	1	2,3	

Fonte: Elaborada pela autora.; p^a: teste χ^2 ; p^b: razão de verossimilhança.

Conforme esta tabela, dos 82 entrevistados e avaliados durante os encontros, seguindo a escala do grau de risco proposta pelo *International Working Group on the Diabetic Foot*, no GC, 27 (69,2%) tiveram grau 0, 10 (25,6%) grau 1, 2 (5,1%) grau 2 e nenhum participante enquadrou-se no grau 3, enquanto no GI, 29 (67,4%) tiveram grau 0, 6 (14,0%) grau 1, 7 (16,3%) grau 2 e 1 (2,3%) grau 3. Relembrando a classificação do *International Working Group on the Diabetic Foot (2015)*: categoria risco 0, neuropatia e doença arterial ausentes; 1, neuropatia e/ou deformidades presentes; 2, neuropatia presente, sinais de doença vascular periférica e/ou deformidades nos pés; e 3, amputação/úlcera prévia.

Esse resultado direciona o número de avaliações ou consultas necessárias ao ano para cada indivíduo, sendo: ausente, uma vez ao ano; grau 1, uma vez a cada 6 meses; grau 2, uma vez a cada 3 meses; e grau 3, uma vez de 1 a 3 meses (IWGDF, 2015).

Consoante referido, a escala de risco foi realizada com o auxílio de alguns instrumentos, entre estes, monofilamento de 10 gr, diapasão de 128 Hz, além da avaliação baseada no conhecimento clínico e crítico da pesquisadora.

Ao avaliar o comprometimento dos pés, tanto nos indicadores referentes à pele e pêlos como na circulação sanguínea, sensibilidade e temperatura tissular, observou-se que, inicialmente (antes da intervenção), os participantes do GC e do GI apresentaram comprometimentos similares. Entretanto, após as intervenções implementadas, os participantes que receberam a intervenção por meio do filme (GI) exibiram comportamento diferente dos participantes do GC, com melhora em alguns indicadores referentes à pele e pêlos.

No desfecho corte inadequado das unhas, ressecamento da pele e rachaduras, obtiveram-se respectivamente melhoras nos pacientes na avaliação inicial com redução na avaliação final nos dois grupos, portanto, as orientações para o autocuidado propiciadas pelo filme e pela palestra e praticadas pelos pesquisados reduziram o número de indivíduos com esses eventos. Por essas alterações necessitarem de um tempo prolongado de acompanhamento, e os indivíduos já as apresentarem na avaliação inicial, as avaliações executadas no final não mostraram melhoras significativas.

6.4.4 Avaliação das habilidades do autocuidado com os pés antes e após as intervenções educativas

Ao se avaliar as habilidades do autocuidado com os pés, alguns aspectos evidenciaram valores estatisticamente significantes no GI, com exceção no tipo de calçado usado diariamente e se já teve ferimento no pé. Já no GC, alguns quesitos (exame dos pés, secagem, hábito de olhar para dentro do calçado e o uso de meias nos calçados) denotaram mudanças de comportamentos e expressaram significância estatística, conforme dados expostos na Tabela 8.

Tabela 8- Distribuição numérica e percentual do questionário de habilidades do autocuidado com os pés antes e após as intervenções, segundo determinados aspectos de todos os participantes. Fortaleza-CE, maio/agosto/2016

(continua)

Habilidades	GC (n=39)				p	GI (n=43)				p
	Antes		Depois			Antes		Depois		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Exame dos seus pés					,000 ^b					,000 ^b
Sim	5	12,8	24	61,5		9	20,9	38	88,4	
Às vezes	2	5,1	3	7,7		6	14,0	4	9,3	
Não	32	82,1	12	30,8		28	65,1	1	2,3	
Lavagem dos pés durante o banho					,157 ^b					,011 ^b
Lava somente com água	10	25,6	5	12,8		14	32,6	6	14,0	
Lava com água e sabão	28	71,8	34	87,2		29	67,4	37	86,0	
Não lava	1	2,6	-	-		-	-	-	-	
Secagem dos pés					,024 ^b					,000 ^b
Sim	19	48,7	25	64,1		21	48,8	39	90,7	
Às vezes	8	20,5	7	7,9		9	20,9	3	7,0	
Não	12	30,8	7	17,9		13	30,2	1	2,3	
Usa algum produto para hidratar os pés					,097 ^b					,000 ^b
Sim	13	33,3	18	46,2		13	30,2	28	65,1	
Às vezes	11	28,2	9	23,0		5	11,6	9	20,0	
Não	15	38,4	12	30,8		25	58,1	6	14,0	
Costuma andar descalço					1,000 ^b					,037 ^b
Sim	4	10,3	5	12,8		4	9,3	1	2,3	
Às vezes	5	12,8	3	7,7		3	7,0	-	-	
Não	30	76,9	31	79,5		36	83,7	42	97,2	
Tipo de calçado que você usa diariamente					1,000 ^b					,157 ^b
Fechado	6	15,4	4	10,3		10	23,3	14	32,6	
Aberto	29	74,4	33	84,6		33	76,7	29	67,4	
Fechado e aberto	4	10,3	2	5,1		-	-	-	-	
Costuma olhar para dentro dos calçados antes de usá-los					,029 ^b					,002 ^b
Sim	23	59,0	29	74,4		27	62,8	38	88,4	
Às vezes	3	7,7	4	10,3		5	11,6	4	9,3	
Não	13	33,3	6	15,4		11	25,6	1	2,3	
Corte das suas unhas dos pés					,267 ^a					,0001 ^a
Formato arredondado	24	61,5	19	48,7		31	72,1	12	27,9	
Formato reto	15	38,5	20	51,3		12	27,9	31	72,1	
Instrumento usado para cortar as unhas					,564 ^b					,013 ^b
Tesoura com ponta afiada	23	59,0	18	46,2		16	37,2	5	11,6	
Tesoura com ponta arredondada	-	-	4	10,3		4	9,3	4	9,3	
Cortadores de unha	8	20,5	11	28,2		12	27,9	20	46,5	
Alicate	8	20,5	6	15,4		10	23,3	12	27,9	

Objetos afiados					1	2,3	2	4,7	
Utiliza meias quando usa sapatos, tênis ou sapatilhas					,034 ^b				,015 ^b
Sim	16	41,0	21	53,8	15	34,9	20	46,5	
Às vezes	5	12,8	8	20,5	6	14,0	7	16,3	
Não	18	46,1	10	25,6	22	51,2	16	37,2	
Teve ferimento no pé					1,000 ^a				1,000 ^a
Sim	18	46,2	18	46,2	21	48,8	22	51,1	
Não	21	53,8	21	53,8	22	51,1	21	48,8	

Fonte: Elaborada pela autora.; p^a: McNemar; p^b: teste Wilcoxon.

De acordo com a Tabela 8, os grupos são homogêneos em algumas variáveis, como no exame dos pés, na secagem, no hábito de olhar para dentro do calçado antes de usá-lo e no uso das meias, e a proposta de aplicação do filme “Pés Que Te Quero[®]” no GI mostrou-se mais eficaz na produção de conhecimento como também nos cuidados executados pelos participantes.

O diabetes *mellitus* é uma doença conhecida por suas complicações multifacetadas, e aqui se destaca o pé diabético. Em face de tal realidade, diferentes estratégias educativas têm sido elaboradas para a prevenção dessa complicação por meio de ações preventivas e estímulo ao autocuidado.

Mediante o conhecimento das causas do pé diabético, pessoas com alto risco para o desenvolvimento de complicações poderão ser identificadas precocemente e, assim, evitar amputações. Nesse contexto, avaliação e medidas de prevenção do grau de risco, acrescidas do estímulo ao autocuidado, controle glicêmico adequado, mudanças no seu estilo de vida, atendimento interdisciplinar e educação em saúde poderão reduzir a ocorrência de lesões em 44% a 85% (BAKKER *et al.*, 2016).

Esta lógica é fortalecida por estudo nacional recente segundo o qual as amputações de membros inferiores em pessoas com DM estão associadas à baixa escolaridade, baixa renda, acesso inadequado a cuidados com os pés e orientação deficiente (SANTOS *et al.*, 2013).

Como mostram os resultados da pesquisa de Menezes (2013), poucos participantes realizavam o exame dos pés diariamente. Como justificativas apontadas para tal, constataram: desconhecimento da existência de algum problema com os pés, falta de crença quanto à necessidade, tempo, dificuldades relacionadas com o avanço da idade, deficiência visual, falta de apoio familiar e ausência do

profissional capacitado para proceder ao exame dos pés na unidade básica foco do presente estudo.

Mesmo diante dessas dificuldades, a prática simples do exame diário dos pés, segundo as recomendações do *International Working Group on the Diabetic Foot* (2015), é essencial e, se necessário as pessoas com DM devem efetuar o exame dos pés com ajuda de um espelho ou até mesmo com auxílio de outra pessoa. Para Ochoa-Vigo e Pace (2005), a inspeção dos MMII inclui pernas e pés, mas nestes últimos devem ser destacadas algumas regiões, como plantar, dorsal e os espaços interdigitais.

Evidentemente, existem dificuldades inerentes ao exame do pé. Assim, as pessoas com baixa escolaridade e limitações relacionadas às condições sociais e financeiras requerem dos profissionais de saúde um planejamento de estratégias diferenciadas de orientações para o autocuidado (ROSSANEIS *et al.*, 2016).

Em face dessa realidade, para a educação em saúde ser efetiva nos cuidados à prevenção do pé diabético, práticas simples como o autoexame diário dos pés contribuem para o não surgimento de lesões e redução dos índices de amputações (RODRÍGUEZ *et al.*, 2013).

Nesse contexto, a participação na atividade educativa demonstrou ser eficaz no pertinente ao exame diário dos pés, pois antes da intervenção no GC, 5 (12,8%) pessoas responderam “sim” e, após a intervenção, 24 (61,5%); no GI, 9 (20,9%), após, 38 (88,4%). Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado no Irã com oitenta pacientes, o qual foi significativamente maior em relação ao exame diário dos pés nos participantes que receberam aconselhamento por meio de orientações verbais (baseline $27,06 \pm 8,77$, vs. ensino após intervenção educativa, $43,12 \pm 8,77$; $p = 0,0001$) (KAFAIE *et al.*, 2012).

No entanto, consoante evidenciado, uma das formas de propiciar mais informações para favorecer mudança de comportamentos de pessoas com DM sobre os cuidados com os pés é se associar o recurso verbal e as tecnologias visuais, como um filme de curta-metragem, pois estes potencializam o aprendizado das informações. Em comparação à linguagem escrita, este recurso possui maior impacto na aprendizagem (STINA; ZAMARIOLI; CARVALHO, 2015). Como observado, o vídeo tem sido empregado com resultados positivos no ensino para aquisição de habilidades cognitivas e procedimentais (CARDOSO *et al.*, 2012).

No tocante à aquisição de habilidades específicas para a avaliação dos pés de pessoas com DM, Rezende Neta, Silva e Silva (2015), em seu estudo, justificaram que o autoexame dos pés deve incluir a lavagem, a secagem e a hidratação. Segundo destacam, este momento exige um olhar mais acurado do pé pelo paciente.

Para a análise dos dados descritos na Tabela 8, além da necessidade do autoexame diário dos pés, consideraram-se também as orientações especificadas no *International Working Group on the Diabetic Foot* (2015), lavagem, secagem e hidratação diariamente. Conforme observado, os dados revelam que, entre a maioria dos investigados, tanto no GC como no GI, não executavam os cuidados completos com os pés, isto é, não promoviam a lavagem com água e sabão, secagem e nem a hidratação.

Entretanto, após a implementação das intervenções educativas, consoante se verificou, ambos os grupos obtiveram melhora na prática de lavagem, secagem e hidratação dos pés. Em relação à lavagem destes todos os dias com água e sabão, no GC, 28 (71,8%) afirmaram antes e 34 (87,2%) depois que o faziam; no GI, de 29 (67,4%) passou para 37 (86,0%). Sobre a secagem dos pés e espaços interdigitais, no GC, 19 (48,7%) responderam positivamente e após 25 (64,1%); no GI 21 (48,8%) antes e após 39 (90,7%). A hidratação dos pés foi outro aspecto alvo de destaque, pois no GC antes 13 (33,3%) e após 18 (46,2%); no GI 13 (31,0%) antes, aumentando para 28 (66,7%) após. Neste trabalho, as condições de higiene foram avaliadas por meio do questionário e do exame dos pés.

Na literatura, encontrou-se pesquisa semelhante, na qual a higiene diária incluindo a lavagem, secagem e hidratação dos pés eram realizadas por 90% dos participantes (ANDRADE *et al.*, 2010). Como observado, o produto utilizado pela maioria dos pesquisados do presente estudo foi o creme hidratante.

Orem (2001) em sua teoria destaca os cuidados com a higiene corporal como um ponto decisivo para qualquer pessoa. Consoante propõe, os requisitos universais de autocuidado são estes: suficiente ingestão de ar, água, alimentos; eliminações satisfatórias; equilíbrio entre atividade e descanso; momentos de solidão e interação social; prevenção de riscos à vida humana e manutenção da normalidade. Estes são comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo da vida e devem ser vistos como fatores inter-relacionados; portanto, um pode afetar o outro.

Segundo a SBD (2015-2016), as pessoas com DM são responsáveis por cerca de 95% dos seus cuidados. Diante deste quadro, as ações direcionadas aos cuidados com os pés, por meio de estratégias educativas como um filme de curta-metragem, são a melhor forma para retardar ou diminuir as complicações decorrentes da doença como o pé diabético. Como evidenciado, a efetividade do uso de filmes no cuidado de enfermagem tem sido relatada com sucesso na literatura para melhorar a aquisição de conhecimentos para pacientes, famílias e profissionais de saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A importância do conhecimento sobre os cuidados com os pés na prevenção do pé diabético é um fato amplamente aceito. No entanto, consoante mais da metade das pessoas com DM relataram, elas nunca tinham recebido informações sobre cuidados com os pés (CHIWANGA; MARINA; NJELEKELA, 2015; MOURA, GUEDES; MENEZES, 2016). Isso pode ser justificado no estudo de Cubas *et al.* (2013) no qual os enfermeiros afirmavam não orientar sobre retirada de cutículas, pés imersos em água quente, exposição ao frio, andar descalço e uso de sandálias.

Tais hábitos também foram identificados neste estudo. Mesmo sem mudanças significativas, no tocante ao cuidado em evitar andar descalço, antes da intervenção no GC, 30 (76,9%) não andavam descalços e depois passou para 31 (79,5%), nas pessoas que assistiram ao filme, 36 (83,7%) antes para 42 (97,2%) após. Esses resultados mostraram a eficácia das intervenções educativas. O hábito de andar descalço é prejudicial, sobretudo quando a pessoa com DM apresenta deformidades estruturais e perda da sensibilidade dolorosa (PEDROSA; VILAR; BOULTON, 2014; RODRÍGUEZ *et al.*, 2013). Em pesquisa desenvolvida no Paraná, esse hábito se repetia diariamente ou às vezes, e foi encontrado, respectivamente, em 6,9% e 20,9% dos entrevistados (SMANIOTO; HADDAD; ROSSANEIS, 2014).

Na investigação de Moura, Guedes e Menezes (2016), a maioria dos pacientes (62,5%) tinha o costume de andar calçado, e apesar de não usar o calçado ideal para o pé em risco, resguardava-se do aparecimento de traumas e, por fim, de amputações.

Sobre o tipo de calçado usado pelas pessoas do estudo diariamente, no GI verificou-se ampliação do conhecimento e da mudança de comportamento de 10 (23,3%) para 14 (32,6%) com a utilização do calçado fechado após assistirem ao filme. Já no GC, o hábito de usar calçado aberto esteve presente antes em 29

(74,4%) com aumento para 33 (84,6%) após a palestra. Consoante os dados, não houve diferença estatística significativa entre os grupos ($p>0,05$).

Como se percebe, os resultados do presente estudo são compatíveis com pesquisas baseadas em intervenções educativas com vistas ao autocuidado e modificação de hábitos quanto ao uso do calçado adequado (OCHOA-VIGO; PACE, 2009; RODRÍGUEZ *et al.*, 2013).

No tocante à importância de calçados apropriados na população estudada, muitos usam calçados comuns e abertos, logo, ficam mais propensos ao risco de lesões, sobretudo por jamais terem sido informados sobre a existência do calçado adequado. O hábito de usar calçados abertos do tipo “sandálias” é comumente observado nas pessoas residentes na região Nordeste em decorrência da temperatura mais elevada. Esse achado é preocupante, pois o calçado inadequado pode favorecer o surgimento de ulcerações (IWGDF, 2015; SBD, 2015-2016).

Cabe salientar: em caso de neuropatia, mesmo em ausência de deformidades visíveis, o calçado deve incluir palmilhas, ser confeccionado sob medida em comprimento, largura e altura, com profundidade extra, pois isto permite a adaptação de palmilhas removíveis, de couro macio, sem costuras internas, contraforte rígido. Ademais, deve ser acolchoado internamente, ter fechamento ajustável (velcro ou cadarço), saltos de até três centímetros e cobrir totalmente os dedos e o calcanhar (AUDI *et al.*, 2011; IWGDF, 2015).

Em ensaio clínico randomizado realizado na cidade de Porto Alegre (RS), focado numa intervenção educativa e no fornecimento de calçados apropriados para o pé diabético com risco durante dois anos, segundo se encontrou, o grupo intervenção denotou menores taxas de ocorrência e recorrência de lesões nos pés. Desse modo, reforçou a importância do uso do calçado terapêutico (CISNEROS; GONÇALVES, 2011).

Embora, o calçado terapêutico tenha um custo financeiro elevado, a finalidade da educação é mudar condutas em relação às medidas de autocuidados e promover a adesão sobre o cuidado com os pés, como, por exemplo, na orientação quanto ao uso dos calçados confortáveis.

Consoante proposto, o estímulo ao autocuidado e à promoção da saúde extrapola o repasse de informações verbais sobre como “prevenir” um agravo a saúde. Assim, o filme “Pés Que Te Quero[®]” pode ser mais um elemento capaz de

ajudar os profissionais da atenção básica e de outras instituições de saúde a reduzir a incidência de ulcerações nos pés de pessoas com DM.

No pertinente à inspeção dos calçados antes de usá-los, no GI, 27 (62,8%) responderam positivamente, após a intervenção, 38 (88,4%); no GC antes, 23 (59,0%) e após 29 (74,4%). O *International Working Group on The Diabetic Foot* (2015) orienta as pessoas com DM a verificar a presença de algum corpo estranho dentro dos calçados antes, de usá-lo.

No respeitante ao corte das unhas da maneira adequada, os que relataram o formato quadrado, no GC, foram 15 (38,5%) antes e após 20 (51,3%); no GI antes 12 (27,9%) e após 31 (72,1%). Por sua vez, o percentual de pessoas que usualmente cortavam as unhas da forma incorreta (arredondada) foi um pouco reduzido ao se comparar antes e após as intervenções educativas. Contudo, observou-se melhora nas habilidades realizadas com a modificação do corte para o formato correto, principalmente no GI.

Sobre o instrumento empregado para o corte das unhas, o *International Working Group on the Diabetic Foot* (2015) e a SBD (2015-2016) recomendam cortadores, alicates e tesouras com pontas arredondadas. Nesse estudo, os pesquisados afirmaram usar cortadores de unhas, 8 (20,5%) antes no GC e após 11 (28,2%); no GI antes 12 (27,9%) e 20 (46,5%) após.

Como mostrou estudo quase-experimental do tipo antes e após uma intervenção educativa desenvolvido na Espanha, um em cada quatro pacientes relatou ter recebido informações sobre cuidados com os pés anteriormente, porém foi somente após o programa educacional por meio de grupo-oficina instituído na pesquisa que obtiveram melhoria significativa nos cuidados preventivos com os pés (PÉREZ-BORGES *et al.*, 2015).

Varaei *et al.* (2013) produziram estudo antes e depois no Iran com enfermeiros que acompanhavam pessoas atingidas por DM com o objetivo de melhorar a prática de enfermagem por meio de oficinas educativas baseadas nas diretrizes clínicas do pé diabético. Segundo mostraram, após três meses da intervenção, houve diferença estatisticamente significativa no conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros antes e depois da intervenção ($p=0,001$), além de melhora na prática clínica.

Conforme evidenciado, muitas pessoas com DM não executam os cuidados por falta de conhecimentos, no entanto, o enfermeiro, como integrante da

equipe de saúde e educador, deve usar metodologia apropriada e estimular o desenvolvimento de habilidades relacionadas à comunicação e à criatividade, com vistas a oferecer serviços de saúde de qualidade.

Por isso, nesse estudo optou-se pela construção de um vídeo em forma de filme ficcional educativo de curta-metragem. O filme tem sido adotado por enfermeiros como uma estratégia educativa para promover novas possibilidades no processo ensino-aprendizagem em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Alguns estudos legitimam a construção de filmes educativos como recursos educacionais na prática clínica da enfermagem, abrangendo várias áreas: comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente, prevenção de lesões por queda em idosos, detecção precoce do câncer de mama, higiene bucal de pacientes em quimioterapia e pacientes em tratamento quimioterápico (BRAGA *et al.*, 2014; CASANOVA; LOPES, 2009; DILLEY *et al.*, 2014; MOREIRA *et al.*, 2013; RODRÍGUEZ *et al.*, 2013).

Nesse prisma, com suporte na literatura, os cuidados com os pés foram abordados de maneira simples e interativa no filme “Pés Que Te Quero[®]”. Dentre estes, sobressaem: inspeção diária dos pés para detectar precocemente pequenos traumas empregando modelo de pé, uma atriz executando alguns cuidados como a lavagem e secagem destes sobretudo nos espaços interdigitais para evitar lesões utilizando uma bacia, água morna, sabão líquido e toalha de tecido macio, a hidratação dos pés para evitar o ressecamento da pele com uso de hidratante, o corte das unhas dos pés com cortadores apropriados e tesoura com ponta arredondada, além de outros.

Segundo Amaral e Tavares (2009) concluíram em sua investigação, o corte das unhas dos pés de forma arredondada contribui para o aparecimento de lesões nos cantos dos dedos, em decorrência do encravamento das unhas causado pelos objetos cortantes. Ademais, o corte deve ser feito após o banho ou, se não for possível, colocar antes os pés em um recipiente com água morna, pois irá favorecer o amolecimento das unhas (SANTOS; CAPIRUNGA; ALMEIDA, 2013). Como enfatizado, a unha deve ser cortada com ângulo reto, sem arredondar os cantos e nem retirar cutículas (IWGDF, 2015).

Em pesquisa desenvolvida em Curitiba (PR) com quarenta pacientes e cinco enfermeiras que teve como um dos objetivos identificar as orientações repassadas ao paciente quanto à prevenção, os achados foram preocupantes, uma

vez que 62,5% dos avaliados tinham o hábito de retirar cutículas e quatro das cinco enfermeiras responderam orientar sobre esta iniciativa (CUBAS *et al.*, 2013).

Diante dessa realidade, urge investir em educação em saúde. Entretanto, observa-se a necessidade de uma atuação mais efetiva e fundamentada em princípios científicos.

Outro ponto expressivo relacionado ao corte das unhas em indivíduo com DM se dá pela perda da sensação protetora nos pés em face da neuropatia periférica, pois os pacientes poderão não sentir a ponta da tesoura durante o ato de cortar as unhas (CAIAFA *et al.*, 2011). Tanto para os profissionais de saúde que prestam cuidados educativos como para o próprio paciente, o corte destas é um procedimento de extrema importância e de execução simples.

A teoria de Orem tem como premissa básica a crença segundo a qual o ser humano possui habilidades inatas para cuidar de si mesmo, embora possa vir a beneficiar-se da assistência de enfermagem quando apresentar limitações decorrentes de condições de saúde (OREM, 2001). Dessa forma, como evidenciado, esses pacientes precisam de um sistema de apoio-educação, porquanto, de acordo com Orem (2001), todos os indivíduos têm capacidade para adquirir conhecimentos e habilidades para seu próprio cuidado.

Diante, porém, das dificuldades das pessoas com DM, a enfermagem pode oferecer apoio educativo para o cuidado com os pés conforme as condições individuais e o risco de ulcerações e amputações. Quando o paciente se sentir impossibilitado de efetivar o corte correto das unhas, este deve ser realizado por familiares treinados ou por profissionais especializados (BORTOLETTO *et al.*, 2010, IWGDF, 2015).

No respeitante à colocação de meias ao usar sapatos, tênis ou sapatilhas, no GC, 16 (41,0%) o faziam antes e 21 (53,8%) depois; no GI, antes 15 (34,9%) e após 20 (46,5%). Dados semelhantes foram encontrados em estudos apoiados por estratégias educativas para melhorar o autocuidado com os pés em relação ao uso das meias (PÉREZ-BORGES *et al.*, 2015; REN *et al.*, 2014). Este uso ajuda a reduzir a pressão, evitando a fricção e cisalhamento do pé diretamente no calçado, além de absorver o suor dos pés (IWGDF, 2015).

Quando indagados sobre se teve ferimento no pé, os participantes do GC antes e após a intervenção apresentaram o mesmo quantitativo 21 (53,8%). No GI antes 22 (51,1%) e após 21 (48,8%). Consoante mostraram os dados, um

participante do GI demonstrou melhora do ferimento com epitelização deste no momento da segunda avaliação.

Como reforça o *International Working Group on the Diabetic Foot* (2015), 85% das lesões graves das pessoas com DM hospitalizadas são frequentemente associadas a pequenos traumas, originados por objetos cortantes ao andar descalço, pelo uso de calçados impróprios, dermatoses comuns, manipulações incorretas dos pés e unhas por pessoas não habilitadas. Tais complicações poderiam ser minimizadas mediante orientações sobre os cuidados adequados.

Ressalta-se que a presente pesquisa por meio de um filme de curta-metragem com foco educativo nos cuidados com os pés objetivou o autocuidado das pessoas com pé diabético, constructo alcançado em todos os momentos do estudo ao se comparar o GC com o GI.

Na Tabela 9, consta a distribuição numérica e o percentual do questionário de habilidades do autocuidado com os pés antes e após as intervenções, segundo a frequência da lavagem dos pés, temperatura da água, maneira da secagem dos pés, produto usado para hidratação, tipo do tecido e cor das meias e tratamento das lesões. Essas habilidades foram respondidas pelos pesquisados de acordo com itens anteriores quando abordados “se sim” ou “às vezes” no questionário.

Tabela 9- Distribuição numérica e percentual do questionário de habilidades do autocuidado com os pés antes e após as intervenções, segundo determinados aspectos dos participantes que responderam sim ou às vezes. Fortaleza-CE, maio/agosto/2016

Habilidades	GC (n=39)					GI (n=43)						
	Antes		Depois		p	Antes		Depois		p		
	n	%	n	%		n	%	n	%			
Frequência da lavagem dos pés						,180 ^b						,234 ^b
Diariamente	5	83,3	3	50,0		8	53,3	12	80,0			
Semanalmente	-	-	-	-		4	26,7	-	-			
Duas vezes ao mês	1	16,7	2	33,3		3	20,0	3	20,0			
Temperatura da água						,083 ^b						,257 ^b
Temperatura natural	35	92,1	32	84,2		40	93,0	37	86,0			
Temperatura morna	3	7,0	6	14,0		3	7,0	6	14,0			
Temperatura muito quente	1	2,6	1	2,6		-	-	-	-			
Secagem dos pés						,625 ^a						,000 ^a
Com um pano macio, passando entre os dedos	17	63,0	19	70,4		15	50,0	30	100,0			
Com um pano macio, não passando entre os dedos	10	37,0	8	29,6		15	50,0	-	-			
Produto usado para hidratação dos pés						,157 ^b						,038 ^b
Hidratantes	18	81,8	20	90,9		15	75,0	20	100,0			
Óleos	1	4,5	1	4,5		2	10,0	-	-			
Outros	3	3,6	1	4,5		3	15,0	-	-			
Tecido das meias						,038 ^b						,131 ^b
Tecido de náilon	6	30,0	3	15,0		4	19,0	3	14,3			
Tecido de algodão sem muitas costuras	13	65,0	14	70,0		14	66,7	18	85,7			
Outro tipo de tecido	1	5,0	3	15,0		3	14,3	-	-			
Cor das meias						1,000 ^a						,289 ^a
Cor clara	12	60,0	13	65,0		12	57,1	16	76,2			
Cor escura	8	40,0	7	35,0		9	42,9	5	23,8			
Tratamento das lesões						1,000 ^b						,317 ^b
Usa produtos caseiros	3	23,1	4	30,8		6	40,0	5	33,3			
Procura especialistas	8	61,5	6	46,2		8	53,3	9	60,0			
Não faz nada	2	15,4	3	23,1		1	6,7	1	6,7			

Fonte: Elaborada pelo autor.; p^a: teste de McNemar; p^b: teste de Wilcoxon.

Consoante se verifica por meio da Tabela 9, o tecido das meias foi a habilidade para o autocuidado com os pés que apresentou significância estatística no grupo controle ($p=,038$). Já no grupo intervenção a habilidade foi a secagem dos pés e o tipo do produto usado para hidratação dos pés ($p<0,05$).

Em relação à frequência da lavagem dos pés, no GC a resposta foi duas vezes por mês, antes 1 (16,7%) e após 2 (33,3%). No GI, a lavagem diária antes 8 (53,3%) e após 12 (80,0%) foi a habilidade mais expressiva nesse grupo.

Nas pessoas com DM, é preciso identificar os riscos passíveis de ocasionar o desenvolvimento de lesões e, acima de tudo, conhecer, entender e acreditar nos benefícios da lavagem. Assim, a não realização desse cuidado adequadamente pode acarretar infecções bacterianas e fúngicas (ROSSANEIS *et al.*, 2016). A flora microbiana da pele humana íntegra é composta por muitas espécies de microrganismos, os quais constituem a flora transitória, facilmente removida com simples lavagem com água e sabão (PAIVA; MURAI, 2005). De acordo com o *International Working Group on the Diabetic Foot* (2015) deve-se lavá-los todos os dias com água e sabão neutro.

A higienização dos pés foi uma habilidade desenvolvida com êxito em alguns estudos nacionais e internacionais que aplicaram intervenções educativas diversas, os quais identificaram melhora do conhecimento e da prática desse cuidado implementado diariamente na prevenção do pé diabético (DESPAIGNE *et al.*, 2015; KAFAIE *et al.*, 2012; PÉREZ-BORGES *et al.*, 2015; RODRIGUÍEZ *et al.*, 2013).

Conforme estudo produzido na Etiópia sobre os cuidados com os pés, no tocante à frequência da lavagem, essa rotina era cumprida diariamente e mais que uma vez ao dia, por quase metade dos entrevistados (49,5%), seguida de uma vez por dia, por 44,1% (SEID; TSIGE, 2015). Em outro estudo os participantes reconheceram a importância da lavagem diária dos pés em 94,5% da amostra (ROCHA; ZANETTI; SANTOS, 2009). Na pesquisa de Policarpo *et al.* (2014), a lavagem dos pés foi referida em 85 (100%) da amostra.

No filme “Pés Que Te Quero[®]”, esse cuidado foi executado por uma atriz realizando a lavagem dos pés com uma bacia, água morna e sabão neutro líquido. Assim, as imagens do filme aproximaram os conteúdos abordados da realidade das pessoas, e despertaram mais interesse, proporcionando melhor aprendizado. Para Silva e Santos (2009), as imagens são mais facilmente lembradas do que as

representações verbais. Conforme se supõe, essa condição pode ter sido um facilitador no aprendizado das pessoas que assistiram ao filme.

Em ambos os grupos, os participantes com DM utilizaram água na temperatura morna para lavagem dos pés, antes 3 (7,0%) e melhoraram esse hábito após assistirem à tecnologia para 6 (14,0%). A temperatura da água usada pela maioria foi a natural, porém a literatura orienta a lavagem dos pés com água morna tendendo para fria (CUBAS *et al.*, 2013). Entretanto, a temperatura da água deverá ser testada com os dedos das mãos ou com os cotovelos, pois a diminuição da sensibilidade térmica poderá tornar os pés insensíveis e assim poderão ocorrer queimaduras (IWGDF, 2015).

Vale ressaltar nessa pesquisa o seguinte: o hábito da lavagem dos pés com água na temperatura morna não tem relação com o hábito de escalda-pés. Essa prática descontinuada favorece o aparecimento de queimaduras, as quais podem evoluir e originar lesões mais graves (SANTOS; CAPIRUNGA; ALMEIDA., 2013).

Quando indagados sobre a habilidade para a secagem dos pés com um pano macio passando entre os dedos, os participantes do GE totalizaram 17 (63,0%) antes e 19 (70,4%) após; no GI, o quantitativo referente a essa resposta aumentou consideravelmente, de 15 (50,0%) para 30 (100%) após assistirem ao filme.

As micoses comumente desenvolvidas entre os espaços interdigitais na pessoa com DM guardam estreita correlação com a não secagem dos pés corretamente após o banho. Contudo, os cuidados de secar os espaços interdigitais dos pés e promover a higiene adequadamente reduzem o risco de infecções bacterianas e fúngicas, além de amputações (ROSSANEIS *et al.*, 2016; SMANIOTO; HADDAD; ROSSANEIS, 2014).

Em estudo transversal realizado em Picos (PI) sobre a prática de cuidados com os pés, segundo se verificou, 45,9% dos pesquisados afirmaram que a secagem deveria ser feita passando uma toalha por entre os dedos (POLICARPO *et al.*, 2014). Já no estudo de Moura, Guedes e Menezes (2016), o uso de meias adequadas (92,5%) e a secagem correta dos pés (80,0%) foram os cuidados menos executados na amostra.

Em ensaio clínico controlado randomizado desenvolvido no interior de São Paulo com doze meses de seguimento e avaliações semestrais referentes ao conhecimento sobre o diabetes, os resultados mostraram que os participantes do

grupo intervenção tiveram maior probabilidade de lavar os pés e secar entre os dedos após e não deixá-los mergulhados em água (OCHOA-VIGO; PACE, 2009).

Diversos participantes aprenderam sobre a importância da hidratação dos pés com o creme hidratante. Os que a praticavam, ressaltaram o uso diário. No GC, foi referido antes 18 (81,8%) e após 20 (90,9%) dos pesquisados; já no GI, esse número passou de 15 (75,0%) antes e 20 (100,0%) após. Esses dados confirmam outros estudos que focaram o uso de creme hidratante para manter os pés hidratados (CUBAS *et al.*, 2013; DESPAIGNE *et al.*, 2015; MOURA; GUEDES; MENEZES, 2016; SILVA *et al.*, 2015).

O *International Working Group on the Diabetic Foot* (2015) sugere a hidratação com creme à base de ureia na região plantar, dorsal e calcanhar, exceto nos espaços interdigitais, de preferência, três vezes ao dia. Em pessoas idosas, deve-se ter cuidado com a hidratação na região do calcanhar, por se tratar de um indivíduo mais propício a cair (BRASIL, 2006).

Essa prática deve ser criteriosamente orientada, já que pode favorecer a umidade interdigital e o possível surgimento de infecções. No filme “Pés Que Te Quero[®]” e na palestra educativa, esse conteúdo foi repassado da seguinte maneira: *“Após secar, aplique diariamente ou até mais de uma vez ao dia creme hidratante sobre a parte de cima e sola dos pés, para evitar ressecamento e rachaduras, mas nunca entre os dedos e em ferimentos. Não use talco nos pés, pois pode deixar a pele ressecada e formar rachaduras”*.

Quanto a isso, é papel do enfermeiro orientar sobre a importância da hidratação da pele de maneira correta, usando uma linguagem fácil e acessível a todos. Nesse estudo uma paciente do GC apresentou micose interdigital entre o terceiro e quarto pododáctilo na avaliação clínica após a intervenção educativa. Quando se indagou a existência dessa lesão, a paciente referiu aprendido esse cuidado na palestra.

Orem (2001) destaca que o indivíduo é um ser pensante com capacidade para o aprendizado e desenvolvimento. Sendo assim, essa capacidade interfere no autocuidado, pois ao longo da vida se aprende como cuidar de si mesmo. Ainda como a estudiosa ressalta, diversos fatores interferem no aprendizado, como: idade, capacidade mental, cultura, sociedade e estado emocional. Provavelmente a idade influenciou na capacidade de aprendizado dessa paciente, tendo em vista se encontrar no momento da pesquisa com 84 anos.

Diversos pesquisados usavam meias de forma inapropriada em relação ao tecido e cor. Quando indagados sobre o tipo de tecido, 13 (65,0%) antes no GC mencionaram meias de algodão e após 14 (70%); no GI antes 14 (66,7%) e após 18 (85,7%). Sobre a cor das meias, no GC antes 12 (60,0%) utilizavam meias de cor clara sem muitas costuras e após 13 (65,0%); já no GI antes 12 (57,1%) e após 16 (76,2%).

Verifica-se pouca adesão no uso de meias adequadas. Esse uso, mesmo quando observado, de modo geral, limita-se às tradicionais, de tecido fino ou grosso marcado por costuras e de cor escura. No estudo de Moura, Guedes e Menezes (2016), esse cuidado foi o menos executado, em 92,5% da amostra. Em outro estudo, 62,5% não as utilizavam (CUBAS *et al.*, 2013). Um ensaio clínico randomizado mostrou diferença significativa no GI após a intervenção educativa no tangente à utilização de meias de algodão ($p=0,0031$) (OCHOA-VIGO; PACE, 2009).

Segundo as recomendações do *International Working Group on the Diabetic Foot* (2015), estas devem ser limpas, preferencialmente de lã, algodão, sem elástico e sem costura. A SBD reforça ainda o uso de meias confortáveis e secas. Conforme afirmam Andrade *et al.* (2010), em seu estudo, as meias ajudam a reduzir a pressão, evitando a fricção e cisalhamento do pé diretamente no calçado, além de absorver o suor dos pés. Preferencialmente devem ser claras ou brancas, por facilitar a visualização de possíveis lesões e presença de insetos, objetos (CUBAS *et al.*, 2013).

Ao serem indagados sobre o tratamento dispensado em caso de aparecimento de lesões, 3 (23,1%) antes no GC mencionaram produtos caseiros e após 4 (30,8%). Outro dado chama atenção: ausência de tratamento das lesões no GC, antes 2 (15,4%) e após 3 (23,1%). Na necessidade de procurar um especialista para o tratamento das lesões, o GI foi o grupo que efetivou esse cuidado, antes 8 (53,3%) e após 9 (60,0%) da amostra.

No entanto, todo o esforço inerente à abordagem da pessoa com o pé em risco foi exposto nas tecnologias, pois a falta do cuidado precoce e adequado com qualquer ferimento aumenta o risco do desenvolvimento de úlceras na extremidade inferior, geralmente precursoras da amputação. Mesmo se não houver ainda consenso quanto ao modelo educativo recomendado, quando existe ampliação do conhecimento, constata-se redução, embora modesta, do risco de ulceração e amputação.

Cuidados simples com os pés devem ser sempre prioridade entre os profissionais de saúde. Moura, Guedes e Menezes (2016) chamam atenção para a necessidade do cuidado adequado e precoce das lesões, por dois motivos: primeiro, porque a pessoa com DM que precisa de amputação apresenta risco de mortalidade mais elevado e pior qualidade de vida; segundo, porque os que já tiveram alguma ulceração possuem um risco 57 vezes mais alto de outra ulceração.

Conforme evidenciado, muitas pessoas com DM não executam esses cuidados por falta de conhecimentos. Nesse sentido, mesmo com enfoque na prevenção e não no tratamento, no filme “Pés Que Te Quero[®]”, essa situação foi exibida por um ator, o qual obteve um ferimento após pisar num prego por causa ausência de sensibilidade protetora plantar, e procurou assistência de saúde de maneira imediata e adequada.

Como observado, o emprego de materiais de simulação, a exemplo do filme no método de ensino, auxilia na aquisição de competências. E, ainda: favorece mudanças de comportamentos e tomada de decisão com conseqüente melhora na saúde e na qualidade de vida dos pacientes.

7 CONCLUSÃO

A educação é um fator importante para o autocuidado. Em razão disso, a construção e o uso de tecnologias educativas inovadoras na área da saúde emerge como um recurso terapêutico capaz de incentivar o autocuidado na prevenção do pé diabético. Para a efetivação deste estudo, mediante construção e validação do filme educativo de curta-metragem “Pés Que Te Quero[®]” para o incentivo ao autocuidado da pessoa com pé diabético, objetivaram-se os achados descritos a seguir.

Construiu-se um filme ficcional fundamentado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, no *International Working Group on The Diabetic Foot* e nas Diretrizes da SBD. Para tanto, seguiram-se as etapas: pré-produção (construção e validação do roteiro do filme), produção (gravação) e pós-produção (edição). As cenas filmadas buscaram uma aproximação com a realidade das pessoas atendidas na atenção básica, sobretudo ao serem implementados cuidados simples de educação em saúde, além de retratar uma história ficcional de três pessoas com DM2, as quais tiveram oportunidade de reforçar laços e mudar alguns hábitos de vida.

Após a construção do roteiro do filme, esse foi validado por 31 proficientes de conteúdo e aparência (enfermeiros da docência e assistência) e seis proficientes técnicos (pessoas com experiência na área de comunicação). O roteiro foi considerado válido em quase todos os aspectos com Índice de Validade de Conteúdo variando entre 0,67 e 1,00 e IVC global de 0,95. Logo, foi considerado de grande relevância para aplicação nas ações de educação em saúde. A confiabilidade averiguada pelo alfa de Cronbach total relativa a conteúdo foi de 0,849, portanto, alta consistência interna.

Além do conteúdo, os proficientes avaliaram quanto à coerência técnica do roteiro do filme. Obteve-se Índice de Concordância geral de 97,2%. A maioria dos itens apresentou IC 100%, uma vez que os proficientes responderam “adequado” ou “necessita de pequena revisão para tornar-se adequado”. Contudo, algumas sugestões foram consideradas na produção final do filme, o qual totalizou doze cenas com duração de 24 minutos e sete segundos.

A validação de aparência foi feita por duas proficientes que participaram da validação de conteúdo do roteiro e breves sugestões foram incorporadas aos ajustes efetuados. Em seguida a validação de aparência foi também desenvolvida

com o público-alvo, cuja amostra se constituiu de quinze pessoas que participaram da intervenção educativa com o filme, evidenciando resultados favoráveis (IVC individual e global acima de 0,80) quanto à clareza, relevância e grau de relevância ao constructo a se avaliar (autocuidado das pessoas com DM para prevenção de complicações nos pés).

Em continuidade ao processo de validação, executou-se um Ensaio Clínico Controlado Randomizado com 82 participantes em dois momentos nos postos de saúde das seis Secretarias Executivas Regionais, dividido em dois grupos: controle (n=39), que recebeu orientações por meio de uma palestra educativa, e intervenção (n=43) que assistiu ao filme, sendo verificada a homogeneidade, pois não houve associação estatisticamente significativa em todas as variáveis sociodemográficas relacionadas à doença e a clínica ($p>0,05$).

A avaliação da adequação das habilidades para o autocuidado com os pés segundo as variáveis associadas à doença e à clínica demonstrou melhoria em todos os itens no GI, com exceção da verificação da glicemia trimestralmente, na ausência de outras doenças crônicas e no IMC (eutróficos) dos idosos. No GC, só foi estatisticamente significativa no tempo de DM de dois a cinco anos, na presença de outras doenças crônicas, no hábito de não fumar e não ingerir bebidas alcóolicas, na PAD normal e na glicemia alterada ($p<0,05$).

Ao longo dos quatro meses de acompanhamento, a habilidade para o autocuidado com os pés elevou-se em ambos os grupos (controle e intervenção) dois meses para cada um, no entanto, no GI apresentou-se estatisticamente significativa sua associação com quase todas as variáveis, exceto: tipo de calçado, presença de ferimento no pé, frequência da lavagem dos pés, temperatura da água, tecido e cor das meias e tratamento das lesões.

Os resultados ora expostos trouxeram evidências de que estratégias educativas inovadoras, como um filme de curta-metragem, contribuem para o autocuidado das pessoas com DM sobre a doença, adesão ao tratamento e os cuidados com os pés na prevenção do pé diabético, como observado nos resultados desse estudo ao longo dos momentos da investigação.

Tendo em vista os diversos aspectos que envolveram positivamente essa pesquisa em face da intervenção educativa por meio do filme "Pés Que Te Quero[®]", comprova-se a tese segundo a qual uso de um filme educativo de curta-metragem sobre os cuidados com os pés favorece a prática do autocuidado na prevenção de

complicações, bem como diminui as chances desses desfechos. Assim, o uso do filme de curta-metragem colaborou decisivamente na aprendizagem das pessoas com diabetes nesse estudo. Não substituiu outras formas de educação em saúde, mas sua dinâmica com emprego de imagens e simulação da vida real proveu aos pacientes maior agilidade na busca de informações que serviram ao processo ensino-aprendizagem e melhoraram as complicações nos pés com a adequação das habilidades do autocuidado.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelos resultados desse estudo, ficou notória a relevância da aplicabilidade da teoria de Orem por efetivar uma ação educativa, desenvolver atitudes que facilitem o autocuidado favorecendo a compreensão da gravidade do pé diabético. Ademais, trouxe evidências de que o acompanhamento de pessoas com DM2 por meio de estratégias educativas, como o filme de curta-metragem realizado por enfermeiros, revelou a eficácia do material educativo produzido.

Dessa forma, segundo se acredita, o filme “Pés Que Te Quero[®]” como uma estratégia de educação inovadora, pode ser agregado às já utilizadas nas UAPS. Entretanto, o estudo experimentou algumas limitações, a saber: o tempo reduzido entre a intervenção educativa e a reavaliação das pessoas com DM; o quantitativo de encontros por cada grupo; a redução do tamanho da amostra e a necessidade de investimento com recursos financeiros elevados. Contudo, intervenções fundamentadas em processos de educação são por si só complexas, e sofrem influências de fatores intrínsecos e extrínsecos que, conseqüentemente, dificultaram o experimento.

Apesar dessas limitações, este estudo enfatizou os benefícios de um atendimento sistematizado e humanizado voltado para a prevenção, porquanto consideram-se a pessoa com DM e seus familiares. Isto tornou o uso do filme eficaz na melhora do conhecimento, na adesão aos cuidados com os pés, na redução dos riscos de surgimento de lesões e no favorecimento da qualidade de vida.

Por fim, o presente estudo sugere, ainda, algumas iniciativas: propagar o filme nas salas de espera e nas consultas de enfermagem de todas as UAPS e em outros níveis de atenção à saúde. Desse modo, poderá ser incorporado nas intervenções implementadas por enfermeiros. E ainda: divulgá-lo em encontros científicos e em mostras e festivais de audiovisual.

REFERÊNCIAS

ABBAS, Z. G.; ARCHIBALD, L. K. Challenges for management of the diabetic foot in Africa: doing more with less. **Wound J.**, v. 4, n. 4, p. 305-13, 2007.

ADIB-HAJBAGHERY, M.; ALINAQIPOOR, T. Comparing the effects of two teaching methods on healing of diabetic foot ulcer. **Journal of Caring Sciences**, v. 1, n. 1, p. 17-24, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DO CINEMA. **Instrução Normativa nº 22 de 30 de dezembro de 2003**. Regulamenta a elaboração, a apresentação e o acompanhamento de projetos de obras audiovisuais. Disponível em: <<http://www.ancine.gov.br/legislacao/instrucoes-normativas-consolidadas/instru-o-normativa-n-22-de-30-de-dezembro-de-2003>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

AHMED, M. E.; ABDELRHAN, S. H. O papel dos estudantes de medicina no paciente educação para promover home gerenciamento de Diabetes Mellitus em Wad Medani Town, Sudão 2003. **Med. de Família e Comunidade**, v. 13, n. 1, p. 41-46, jan./abr. 2006.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-68, 2011.

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspects determinants of adherence to treatment of hypertension and diabetes in a primary care unit in the state of São Paulo. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 3, p. 255-60, 2012.

AMARAL, A. S.; TAVARES, D. M. S. Cuidados con los pies: conocimiento entre personas con diabetes mellitus. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 801-10, 2009.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Peripheral arterial disease in people with diabetes. **Diabetes Care**, v. 26, n. 5, p. 3333-41, 2010.

AMOGNE, W.; REJA, A.; AMARE, A. Diabetic foot disease in Ethiopian patients: A hospital based study. **Ethiop J Health Dev**, v. 25, n. 1, p. 17-21, 2011.

ANDRADE, N. H. S. de; SASSO-MENDES, K. D.; FARIA, H. G.; MARTINS, T. A.; SANTOS, M. A. dos; TEIXEIRA, C. R. de S.; ZANETTI, M. L. Pacientes com diabetes *mellitus*: cuidados e prevenção do pé diabético em atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 616-21, out./dez. 2010.

ANSELMO, M. I.; NERY, M.; PARISI, M. C. R. The effectiveness of educational practice in diabetic foot: a view from Brazil. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, 2010.

ASMAT, U.; ABAD, K. A.; ISMAIL, K. Diabetes mellitus and oxidative stress: a concise review. **Saudi Pharmaceutical Journal**, v.3, n. 13, p. 1-7, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade/** Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 4.ed., Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2016.

AUDI, E. G.; MOREIRA, R. C.; MOREIRA, A. C. M. G.; PINHEIRO, E. de F. C.; MANTOVANI, M. de F.; ARAÚJO, A. G. de. Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuições da enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 240-46, abr./jun. 2011.

AZIZI, A.; ABOUTORABI, R.; MAZLOUM-KHORASANI, Z.; AFZAL-AGHAEA, M.; TABESH, H.; TARA, M. Evaluating the Effect of Web-Based Iranian Diabetic Personal Health Record App on Self-Care Status and Clinical Indicators: Randomized Controlled Trial. **JMIR Med Inform**, v. 4, n. 4, p. 21-32, Oct. 2016.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; DAL SASSO, G. T. M. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 378-85, 2010.

BAKKER, K.; APELQVIST, J.; LIPSKY, B. A.; VAN NETTEN, J. J. The 2015 IWGDF guidance documents on prevention and management of foot problems in diabetes: development of an evidence-based global consensus. **Diabetes Metab Res Rev**, v. 32 (Suppl. 1), p. 2-6, 2016.

BALTACI, D.; KUTLUCAN, A.; OZTURK, S.; SARITAS, A.; CELER, A.; CELBEK, G.; DELER, H.; AYDIN, Y.; ANKARALI, H. Effectiveness for self-monitoring of blood sugar on blood glucose control in Turkish patients with type 2 diabetes mellitus. **Medicinsk Glasnik**, Zenica, v.9, n.2, p. 211-7, Aug. 2012.

BAQUEDANO, I. R.; SANTOS, M. A. S.; TEIXEIRA, C. R. S.; MARTINS, T. A.; ZANETTI, M. L. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1017-23, 2010.

BARBOSA, R. C. M. **Validação de um vídeo educativo para promoção do apego seguro entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho**. 2008. 156 f. Tese (Doutorado em Farmácia) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Ed. 70, 2010. 281 p.

BARONE, M. Diabetes: **conheça mais e viva melhor**. São Paulo: All Print Editora, 2014.

BARROS, M. F. A.; MENDES, J. C.; NASCIMENTO, J. A.; CARVALHO, A. G. C. Impacto de intervenção fisioterapêutica na prevenção do pé diabético. **Fisioter. Mov.**, v. 25, n. 4, p. 747-57, out./dez. 2012.

BEEM, S. E.; MACHALA, M.; HOLMAN, C.; WRAALSTAD, R.; ANN BYBEE, A. Aiming at "the feet" and diabetes: a rural model to increase annual foot examinations. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 10, Oct. 2004.

BELLUCCI JÚNIOR, A. B.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-57, set./out. 2012.

BEUTER, M.; BRONDANI, C. M.; SZARESKI, C.; LANA, L. D.; ALVIM, N. A. T. Profile of family companions: contributions to nursing educational actions. **remE-Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 28-33, jan./mar., 2009.

BOELL, J. E. W.; RIBEIRO, R. M.; SILVA, D. M. G. V. Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 2, p. 386-93, abr./jun. 2014.

BORBA, A. K. O. T.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; RAMOS, R. S. P. S. Práticas educativas em diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 169-76, 2012.

BORGES, C. L.; SILVA, M. J.; CLARES, J. W. B.; NOGUEIRA, J. M.; FREITAS, M. C. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 3, p. 381-7, 2015.

BORTOLETTO, M. S.; VIUDE, D. F.; HADDAD, M. C. L.; KARINO, M. E. Caracterização dos portadores de diabetes submetidos à amputação de membros inferiores em Londrina, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 32, n. 2, p. 205-313, 2010.

BOULTON, A. J. The diabetic foot: grand overview, epidemiology and pathogenesis. **Diabetes Metab Res Rev**. v.1, n.6, p. 3-6, 2008.

BOWKER, J. H.; PFEIFER, J. H. **O pé diabético**. 6. ed. Rio de Janeiro: Di Livros, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2014a.

_____. Estatística. I. IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. **Gerência de biblioteca e acervos especiais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 12, 13 de junho de 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária à saúde nos Estados**. Brasília, 2012. 304 p (CONASS Documenta, 24).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília, 2007. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, **Cadernos de Atenção Básica**, n. 36, 2013.

BRAGA, F. T. M. M.; GARBIN, L. M.; MARMOL, M. T.; KHOURI, V. Y.; VASQUES, C. I.; CARVALHO, E. C. Higiene bucal de pacientes em quimioterapia: construção e validação de um vídeo educativo. **Rev enferm UFPE**, v. 8, n. 10, p. 3331-9, out. 2014.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A. Percepção de homens hipertensos e diabéticos sobre a assistência recebida em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.13, n. 4, p. 639-47, out/dez. 2011.

BRUNO, A.; PEREIRA, L. R.; ALMEIDA, H. S. A. Avaliação da prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes *mellitus* tipo 2 em pacientes da Clínica Unesc Saúde. **Demetra**, v. 9, n. 3, p. 661-80, 2014.

BURGESS, J.; GREEN, J. **YouTube e a Revolução Digital: como o maior fenômeno da cultura participativa transformou a mídia e a sociedade**. São Paulo: Aleph, 2009.

CABRERA, P. C. E.; GONZALEZ, P. G.; VEJA, L. M. G.; CENTENO, L. M. Efectos de una intervención educativa sobre los niveles plasmáticos de LDL-colesterol en diabéticos tipo 2. **Salud Pública Méx.**, v. 43, n. 4, p. 556-62, 2001.

CAIAFA, J. S.; CASTRO, A. A.; DIDELIS, C.; SANTOS, V. P.; SILVA, E. S. da; SITRÂNGULO JR., C. J. Atenção integral ao portador de pé diabético. **J. Vasc. Bras.**, v.10, n. 4, p. 1-32, Suplemento 1. 2011.

CARDOSO, A. F.; MORELLI, L.; BRAGA, F. T.; VASQUES, C. I.; SANTOS, C. B.; CARVALHO, E. C. Effect of a video on developing skills in undergraduate nursing students for the management of totally implantable central venous access ports. **Nurse Educ Today**, v. 32, n. 6, p. 709-13, 2012.

CARRIÈRE, J-C. **A linguagem secreta do cinema**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1995.

CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, R. W. D.; SILVA, J. E. G.; CUNHA, C. P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1885-92, 2012.

CARVALHO, A. P. V.; SILVA, V.; GRANDE, A. J. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. **Diagn. Tratamento**, v. 18, n. 1, p. 38-44, 2013.

CARVALHO, E. C.; STINA, A. P. N.; MARMOL, M. T.; GARBIN, L. M.; BRAGA, F. T. M. M.; MORELI, L.; ZAMARIOLI, C. M. Efeito de vídeo educativo no comportamento de higiene bucal de pacientes hematológicos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 2, p. 304-311, abr./jun. 2014.

CASANOVA, E. G., LOPES, G. T. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 6, p. 831-6, nov./dez. 2009.

CECILIO, H. P.; ARRUDA, G. O.; TESTON, E. F.; SANTOS, A. L.; MARCON, S. S. Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 2, p. 113-9, 2015.

CHANG, C. H.; PENG, Y. S.; CHANG, C. C.; CHEN, M. Y. Useful screening tools for preventing foot problems of diabetics in rural areas: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v.13, n. 6, p. 2-9, 2013.

CHEN, M. Y.; HUANG, W. C.; PENG, Y. S.; GUO, J. S.; CHEN, C. P.; JONG, M. C.; LIN, H. C. Effectiveness of a health promotion programme for farmers and fishermen with type-2 diabetes in Taiwan. **Journal of Advanced Nursing**, v. 67, n. 9, 2011.

CHIWANGA, F. S.; MARINA, A.; NJELEKELA, M. A. Diabetic foot: prevalence, knowledge, and foot self-care practices among diabetic patients in Dar es Salaam, Tanzania – a cross-sectional study. **Journal of Foot and Ankle Research**, v. 8, n. 20, p. 2-7, 2015.

CISNEROS, L. L. Avaliação de um programa para prevenção de úlceras neuropáticas em portadores de diabetes. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 14, n. 1, p. 31-7, jan./fev. 2010.

CISNEROS, L. L.; GONCALVES, L. A. O. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1505-14, Supl. 1, 2011.

COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Educação em saúde: por quem e para quem? a visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 177-84, jan./mar. 2012.

COMPARATO, D. **Da criação ao roteiro**. São Paulo: Summus, 2009.

COMPEÁN ORTIZ, L. G.; GALLEGOS CABRIALES, E. C.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, J. G.; GÓMEZ MEZA, M. V. Self-Care Behaviors and Health Indicators in Adults with Type 2 Diabetes. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 675-80, 2010.

CONNOR A. E.; RAHIMI, K.; BRUCE NEAL, B.; CALLENDER, T.; PERKOVIC, V.; PATEL, A. Blood Pressure Lowering in Type 2 Diabetes: a Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA**, v. 313, n. 5, p. 603-15, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 256/2001**. Dispõe sobre as competências e atribuições legais ao uso do Título de Doutor [Internet]. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2562001_4294.html> Acesso em: 15 ago. 2016.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisas em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CORDEIRO, S. S.; ALMEIDA, C. L. Aprendizes de caranguejo: produção de vídeo com crianças na educação infantil. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 8, n. 12, p. 199-217, jan./jun. 2012.

CORTEZ, D. N.; REIS, I. A.; SOUZA, D. A.; MACEDO, M. M.; TORRES, H. C. Complications and the time of diagnosis of diabetes mellitus in primary care. **Acta Paul Enferm.**, v. 28, n. 3, p. 250-5, 2015.

COSSON, I. C. O.; NEY- OLIVEIRA, F.; ADAN, L. F. Avaliação do conhecimento de medidas preventivas do pé diabético em pacientes de Rio Branco, Acre. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 49, n. 4, p. 548-56, 2005.

COSTA, J. A.; BALGA, R. S. M.; ALFENAS, R. C. G. A.; COTTA, R. M. M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001-9, 2011.

CUBAS, M. R.; SANTOS, O. M.; RETZLAFF, E. M. A.; TELMA, H. L. C.; ANDRADE, I. P. S.; MOSER, A. L.; ERZINGER, A. R. E. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 26, n. 3, p. 647-55, jul./set. 2013.

DA SILVA, F. A. A.; MOREIRA, T. M. M.; MENEZES, L. C. G. Chronicity, self care, social and family support: how the patient has? **Diabetology & Metabolic Syndrome**, 7(Suppl 1): A202, 2015.

DELI, G.; BOSNYAK, E.; PUSCH, G.; KOMOLY, S.; FEHER, G. Diabetic Neuropathies: Diagnosis and Management. **Neuroendocrinology**, v. 22, n. 5, p.267-80, 2013.

DESPAIGNE, O. L. P.; PALAY DESPAIGNE, M. S.; RÍOS, V. F.; NEYRA BARRIOS, R. M. Effectiveness of an educational program in patients with risky diabetic foot. **MEDISAN**, v. 19, n. 1, p. 69-77, 2015.

DILLEY, L. B.; GRAY, S. M.; ZECEVIC, A.; GASPARD, G.; SYMES, B.; FELDMAN, F.; SCOTT, V.; WOOLRYCH, R.; SIXSMITH, A.; MCKAY, H.; ROBINOVITCH, S.; SIMS-GOULD, J. An educational video to promote multi-factorial approaches for fall and injury prevention in long-term care facilities. **BMC Medical Education**, v. 14, n. 2, p. 2-6, May. 2014.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills**. 2nd ed. Philadelphia: JB. Lippincott, 1996.

DORRESTEIN, J. A. N.; VALK, G. D. Patient education for patient for preventing diabetic foot. **Diabetes Metab Res Rev**, v. 28, n. 1, p. 101-6, 2012.

DROST, E. A. Validity and reliability in social science research. **Education Research and Perspectives**, v. 38, n. 1, p. 105-23, 2011.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754-57, set./out. 2005.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P. M.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-52, 2014.

FARIA, H. T.; RODRIGUES, F. F.; ZANETTI, M. L.; ARAÚJO, M. F.; DAMASCENO, M. M. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 3, p. 231-7, 2013.

FARIA, H.T.G.; SANTOS, M.A.; ARRELIAS, C.C.A.; RODRIGUES, F.F.L.; GONELA, J.T.; TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 257-63, 2014.

FARIA, H. T. G.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 612-17, 2009.

FARIAS, M. C. A. D.; PAGLIUCA, L. M. F. Self-care Theoretical Model: critical a reflexive analisys of the application in a high-risk pregnant's care. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 98-105, maio/ago. 2006.

FEHRING, R. J. The fehring model. In: CARROL-JOHNSON, R. M.; PAQUETE, M. (Eds.). **Classification of nursing diagnoses, proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: J. B. Lippincott/North American Nursing Diagnosis Association, 1994.

FELEKE, S. A.; ALEMAYEHU, C. M.; ADANE, H. T. Assessment of the level and associated factors with knowledge and practice of Diabetes Mellitus among Diabetic Patients attending at FelegeHiwot Hospital, Northwest Ethiopia. **Clinical Medicine Research**, v. 2, n. 6, p. 110-20, 2013.

FERREIRA, F. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe saúde da família. **Rev enferm UERJ**, v. 17, n. 3, p. 406-11, 2009.

FLEMING, S. E.; REYNOLDS, J.; WALLACE, B. Lights... Camera... Action! A guide for creating a DVD/Video. **Nurse Educ.**, v. 34, n. 3, p. 118-121, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/NNE.0b013e3181a0270e>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; ROCHA, S. M. M.; LEITE, A. M. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 65-75, jan./fev. 2004.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde SMS. **Postos de saúde**. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

FRANCISCO, K. M. S.; SUNDEFELD, L. M. M.; GARBIN, A. J. I.; GARBIN, C. A. S. Técnica do grupo focal como método de avaliação do conhecimento de adolescentes sobre saúde bucal. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 31, n. 2, p. 165-70, 2009.

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

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolution of prevalence of diabetes and associated hypertension in Brazil: analysis of National Household Sample Survey, 1998, 2003 and 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 7-19, jan./mar. 2012.

FUCHS, S. C.; PAIM, B. S. Revisão sistemática de estudos observacionais com metanálise. **Rev HCPA**, v. 30, n.3, p. 294-301, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Serviço de Produção e Distribuição de Audiovisuais em Saúde. **Catálogo de vídeos**. Rio de Janeiro, 2008.

GALLARDO PÉREZ, U. J.; RUANO, L. Z.; CARREÑO, N. C.; VÉLEZ, L. M. Conocimientos y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético. **Rev. Cubana Med. Gen. Integr.**, v. 24, n. 1, 2008.

GALVÃO, M. T. R. L. S.; JANEIRO, J. M. S. V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 225-30, jan./mar. 2013.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing and Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GEBREKIRSTOS, K.; GEBREKIROS, S.; FANTAHUN, A. Prevalence and Factors Associated With Diabetic Foot Ulcer among Adult Patients in Ayder Referral Hospital Diabetic Clinic Mekelle, North Ethiopia 2013. **J Diabetes Metab**, v. 6, n. 8, p. 1-4, 2015.

GOMIDES, D. S.; VILLAS-BOAS, L. C.; COELHO, A. C.; PACE, A. E. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 3, p. 289-93, 2013.

GOMES, C. F. Cinema soundtrack: an analysis about the Elite Squad films 1 and 2. **Revista Digital do LAV. Santa Maria**, v. 8, n. 3, p. 3-27, set./dez. 2015.

GOMES VILAS-BOAS, L. C.; FOSS, M. S.; FOSS-FREITAS, M. C.; TORRES, H. C.; MONTEIRO, L. Z.; PACE, A. E. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto & Contexto Enferm**, v.20, n. 2, p. 272-9, 2011.

GRAVELY, S. S.; HENSLEY, B. K.; HAGOOD-THOMPSON, C. Comparison of three types of diabetic foot ulcer education plans to determine patient recall of education. **J Vasc Nurs**, v. 29, n. 3, p.113-9, Sep. 2011.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 49-54, 2007.

GRILLO, M. F. F.; NEUMANN, C. R.; SCAIN, S. F.; ROZENO, R. F.; JORGE LUIZ GROSS, J. L.; LEITÃO, C. B. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Rev assoc med bras**, v. 59, n. 4, p.400-5, 2013.

GROFF, D. P.; SIMÕES, P. W. T. A.; FAGUNDES, A. L. S. C. Adherence to treatment in type II diabetic patients users of the health strategy of the family located in the district of Metropol, Criciúma, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 3, p. 43-8, 2011.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LENARDT, M. H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 358-65, 2010.

HARRISON-BLOUNT, M.; CULLEN, M.; NESTER, C. J. The assessment and management of diabetes related lower limb problems in India-an action research approach to integrating best practice. **Journal of Foot and Ankle Research**, v. 7, n. 3, p. 7-30, 2014.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**. Tradução de Michael Shumidt Ducan e Ana Rita Peres. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 386 p.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas committee**. 6. ed. Brussels: Belgium, 2013.

INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT. International consensus on the diabetic foot and practical guidelines on the management and the prevention of the diabetic foot, 2015.

INZUCCHI, S. E.; BERGENSTAL, R. M.; BUSE, J. B.; DIAMANT, M.; FERRANNINI, E.; NAUCK, M. PETERS, A. L.; TSAPAS, A.; WENDER, R.; MATTHEWS, D. R. Gerenciamento da hiperglicemia no diabetes tipo 2: Abordagem Centrada no Paciente. Posicionamento da American Diabetes Association (ADA) e da European Association for the Study of Diabetes (EASD). **Diabetes Clínica**, n. 5, 2012. Disponível em: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/diretriz_-_gerenciamento_da_hiperglicemia.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2014.

JOSEPH, R. M.; SCHMID, L. S.; ROBINSON, J. D. Diabetic Foot Health Education and Amputation Prevention. **Health Communication**, v. 25, n. 2, p. 607-08, 2010.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação da escala para mensurar auto-eficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010, 249f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

_____. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da auto-eficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2013, 186f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

KAFAIE, P.; NOORBALA, M.T.; SOHEILIKHAH, S.; RASHIDI, M. Evaluation of Patients' Education on Foot Self-Care Status in Diabetic Patients. **Iran Red Crescent Med J**, v. 14, n. 12, p. 829-32, 2012.

KEMPF, K.; KRUSE, J.; MARTIN, S. ROSSO-in-praxi follow-up: long-term effects of self-monitoring of blood glucose on weight, hemoglobin A1c, and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. **Diabetes Technol Ther**, v.14, n. 1, p. 59-64. Jan. 2012.

KESTENBAUM, B. **Epidemiology and biostatistics: an introduction to clinical research**. New York: Springer Science Business Media, LLC, 2009.

KHAN, A. Why “**diabetic**” is a dirty word? U.S.News. Disponível em: <<http://health.usnews.com/health-news/health-wellness/articles/2014/12/10/why-diabetic-is-a-dirty-word>>. Acesso em: 11 maio 2016.

KINDEM, G.; MUSBURGER, R. B. **Introduction to media production**: from analog to digital. 3. ed. Boston: Focal Press, 2005.

KLAFKE, A.; DUCAN, B. B.; ROSA, R. S.; MOURA, L.; MALTA, D. C.; SCHMIDT, M. I. Mortality from acute complications of diabetes mellitus in Brazil, 2006-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 455-62, 2014.

KRUSE, M. H. L.; ALMEIDA, M. A.; KERETZKY, K. B.; RODRIGUES, E.; SILVA, F. P.; CHENINI, F. S.; GARCIA, V. M. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 3, p. 494-500, 2009.

KRUSE, R. L.; LEMASTER, J. W.; MADSEN, R. W. Fall and balance outcomes after an intervention to promote leg strength, balance, and walking in people with diabetic peripheral neuropathy: "feet first" randomized controlled trial. **Physical Therapy**, v. 90, n. 11, Nov. 2010.

LAGUNA NETO, D.; ROBLES, F. C.; DIAS, F. G.; PIRES, A. C. Avaliação da glicemia capilar na ponta de dedo versus locais alternativos: valores resultantes e preferência dos pacientes. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 53, n. 3, p. 243-7, 2009.

LANGE, I.; CAMPOS, S.; URRUTIA, M.; BUSTAMANTE, C.; ALCAYAGA, C.; TELLEZ, A.; J. CAROLA PÉREZ, J. C.; VILLARROEL, L.; CHAMORRO, G.; O'CONNOR, A.; PIETTE, J. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. **Rev Med Chile**, v.138, n. 6, p. 138: 729-37, jun. 2010.

LEE, C. M.; CHANG, C. C.; PAN, M. Y.; CHANG, C. F.; CHEN, M. Y. Insufficient early detection of peripheral neurovasculopathy and associated factors in rural diabetes residents of Taiwan: a cross-sectional study. **BMC Endocrine Disorders**, v. 14, n. 89, p. 2-8, 2014.

LEITE, S. A. O.; ZANIM, L. M.; GRANZOTTO, P. C. D.; HEUPA, S.; LAMOUNIER, R. N. Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes mellito tipo 1. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 52, n. 2, 2008.

LESSMANN, J. C.; SILVA, VIEIRA, D. M. G.; NASSAR, S. M. Mulheres com Diabetes mellitus tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 81-6, 2012.

LIPSCHITZ, D. A. A Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

LITWAK, L.; GOH, S.; HUSSEIN, Z.; MALEK, R.; PRUSTY, V.; KHAMSEH, M. E. Prevalence of diabetes complications in people with type 2 diabetes mellitus and its association with baseline characteristics in the multinational A1chieve study. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, v. 5, n. 2, p. 57, 2013.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, E. M.; ANJOS, S. J. S. B.; PINHEIRO, A. K. B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-77, abr./jun. 2009.

LOVEMAN, E.; FRAMPTON, G. K.; CLEGG, A. J. The clinical effectiveness of diabetes education models for type 2 diabetes: a systematic review. **Health Technol. Assess.**, v. 12, n. 9, p. 122-33, 2008.

LUCENA, L.C. **Como fazer documentários: conceito, linguagem e prática de produção**. São Paulo: Summus, 2012.

LUZ, Z. M. P.; PIMENTA, D. N.; SCHALL, V. T.; RABELLO, A. Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 561-69, 2003.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-85, Nov./Dec. 1986.

MAIA, T. F.; SILVA, L. F. O pé diabético de clientes e seu autocuidado: a enfermagem na educação em saúde. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 95-102, abr. 2005.

MAKKIAWOUDA, F. O.; ELMUKASHFI, T. A.; HAGAL-TOM, S. A. Effects of health education of diabetic patient's knowledge at Diabetic Health Centers, Khartoum State, Sudan: 2007-2010. **Global Journal of Health Science**, v. 6, n. 2, p. 221-26, 2014.

MARQUES, M. B.; SILVA, M. J.; COUTINHO, J. F. V.; LOPES, M. V. O. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 2, p. 415-20, 2013.

MARTIN, I. S.; BERALDO, A. A.; PASSERI, S. M.; FREITAS, M. C. F.; PACE, A. E. Causas referidas para o desenvolvimento de úlceras em pés de pessoas com diabetes mellitus. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 218-24, 2012.

MARTIN, V. T.; RODRIGUES, C. D. S.; CESARINO, C. B. Conhecimento do paciente com diabetes mellitus sobre o cuidado com os pés. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 621-25, out./dez, 2011.

MASHITISHO, M. L. I. Management of hypertension in patients with type 2 diabetes mellitus. **S Afr Fam Pract.**, v. 55, n. 1, p. 41-4, 2012.

MAYBERRY, L. S.; OSBORN, C. Y. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 35, n. 6, p.1239-45, 2012.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. Tradução de Ana Maria Thorell. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MCMAHON, G. T.; FONDA, S. J.; GOMES, H. E.; ALEXIS, G.; CONLIN, P. R. A randomized comparison of online- and telephone-based care management with internet training alone in adult patients with poorly controlled type 2 diabetes. **Diabetes Technol Ther.**, v.14, n. 11, p. 1060-7, Nov. 2012.

MEDEIROS, C. C. M.; BESSA, G. G.; COURA, A. S.; FRANÇA, I. S. X.; SOUSA, F. S. Prevalência dos fatores de risco para diabetes *mellitus* de servidores públicos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 3, p. 559-69, mar. 2015.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing** – development and progress. 4. ed. Philadelphia: J. B. Lippincott, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, R.; SOUSA, N.; REIS, V.R.; THEMUDO BARATA, J.L. Programa de Exercício na Diabetes Tipo 2. **Revista Portuguesa de Diabetes**, v. 6, n. 2, p. 62-70, 2011.

MENEZES, L. C. G. **Autocuidado da pessoa com diabetes e pé em risco:** contribuição ao cuidado clínico de enfermagem. 2013. 145 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

MENEZES, L. C. G.; GUEDES, M. V. C.; MOURA, N. S.; MOURA, D. J. M.; OLIVEIRA, R. M.; VIEIRA, L. A. V.; BARROS, A. A. Estratégias educativas para pessoas diabéticas com pé em risco neuropático: síntese de boas evidências. **Rev. Eletr. Enf.** No prelo.

MENEZES, L. C. G.; GUEDES, M. V. C.; MOURA, N. S.; MOURA, D. J. M.; VIEIRA, L. A.; BARROS, A. A. Conhecimento do Enfermeiro da Atenção Primária à Saúde Sobre os Cuidados com o Pé Diabético. **ESTIMA**, v.14, n.4, p. 1-7, 2016.

MOLETTA, A. **Criação de curta-metragem em vídeo digital:** uma proposta de produção de baixo custo. São Paulo: Summus, 2009.

MORAES, A. F. Cultural diversity in health-related videos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 27, p. 811-22, out./dez. 2008.

MORAES, S. A. de; FREITAS, I. C. M. de; GIMENO, S. G. A.; MONDINI, L. Prevalência de diabetes *mellitus* e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 929-41, maio. 2010.

MORAN, J. M.; MASETTO, M.; BEHRENS, M. **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. São Paulo: Papyrus, 2006.

MOREIRA, C. B.; BERNARDO, E. B. R.; CATUNDA, H. L. O.; AQUINO, O. S.; SANTOS, M. C. L.; FERNANDES, A. F. C. Elaboration of an Educational Video about Early Detection of Breast Cancer Construcción de un Video Educativo sobre la Detección Precoz del Cáncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 401-7, 2013.

MORESCHI, C.; REMPEL, C.; CARRENO, I.; SILVA, D. S.; POMBO, C. N. F.; CANO, M. R. L. Prevalence and profile of people with diabetes registered at the primary care information system (SIAB). **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 28, n. 2, p. 184-90, abr./jun. 2015.

MOURA, N. S.; GUEDES, M. V. C; MENEZES, L. C. G. Práticas de autocuidado de pessoas com diabetes e pés em risco. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 10, n. 6, p. 680-5, jun. 2016.

NASCIMENTO, L. A.; JOVENTINO, E. S.; ANDRADE, L. C. O.; GOMES, A. L. A.; XIMENES, L. B. Evaluation of educational videos produced in Brazil about infant diarrhea: a documental study. **Online braz j nurs.**, v. 13, n. 3, p. 311-20, 2014.

NEHRING, P.; MAKOWSKI, A.; MROZIKIEWICZ-RAKOWSKA, B.; SOBCZYK-KOPCIO, A.; RAFAŁ PŁOSKI, R.; KARNAFEL, W. Risk factors of diabetic foot of neuropathic origin in patients with type 2 diabetes. **Endokrynologia Polska**, v. 66, n. 1, p. 33-7, 2015.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade para a práxis de enfermagem. Unijuí: Ed. Unijuí, 2000.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M. T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 129-52, jan./abr. 2000.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E. Pé diabético: estratégias para prevenção. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 100-9, 2005.

_____. Prevenção de complicações nos pés de pessoas com diabetes mellitus: Proposta de cuidado. **Rev Med Hered**, v. 20, n.2, p. 165-76, 2009.

OLIVEIRA, D. L. L. C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 185-88, jan./fev. 2011.

OLIVEIRA, M. A. P.; PARENTE, R. C. M. Understanding randomized controlled trials. **Bras. J. Video-Sur.**, v. 3, n. 4, p. 176-80, 2010.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115-123, jan./mar. 2008.

OLIVEIRA, P. M. P.; MARIANO, M. R.; REBOUÇAS, C. B. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Uso do filme como estratégia de ensino-aprendizagem sobre pessoas com deficiência: percepção de alunos de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 297-305, 2012.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed. New York: McGraw-Hill, 2001.

PACE, A. E.; OCHOA-VIGO, K.; CALIRI, M. H.; FERNANDES, A. P. M. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 728-734, set./out. 2006.

PAIVA, S. E.; MURAI, H. C. Eficácia do uso do álcool etílico 70% na anti-sepsia da pele antes da administração vacinal. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 6, n. 2, p. 85-8, 2005.

PAPANAS, N.; MALTEZOS, E. Polyherbal formulation as a therapeutic option to improve wound healing in the diabetic foot. **Indian. J. Med. Res.**, v. 134, n. 2, p. 146-7, 2011.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

_____. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5, ed. esp., p. 206-23, 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255.htm>>. Acesso em: 1 jan. 2015.

PASQUALOTTO, K. R.; ALBERTON, D.; FRIGERI, H. R. Diabetes mellitus e complicações. **J. Biotec. Biodivers.**, v. 3, n. 4, p. 134-45, 2012.

PEDROSA, H. C.; VILAR, L.; BOULTON, A. J. M. **Neuropatias e pé diabético**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. 302 p.

PEREIRA, D. A.; COSTA, N. M. S. C.; SOUSA, A. L. L.; JARDIM, P. C. B. V.; ZANINI, C. R. O. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes *mellitus*. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 478-85, 2012.

PÉREZ-BORGES, G.; LEDESMA-MACHADO, J.; ESPINOSA-RAMOS, O.; MESA-CORREA, C. D.; TORT-CURSELLAS, L.; HERNÁNDEZ-HERNÁNDEZ, L. The effect of an educational program using a group-based workshop to improve long-term care adherence in diabetic patients at risk of foot lesions. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 5, n. 4, p. 122-6, 2015.

PERINELLI NETO, H.; PAZIANI, R. R. As interfaces entre linguagens audiovisuais e práticas pedagógicas em história e geografia: experiências, possibilidades e limites do curta-metragem como uma “outra” compreensão do local e do vivido. **Interfaces da Educ.**, v. 3, n. 8, p. 48-58, 2012.

PETRONILHO, F. A. S. **O autocuidado: conceito central da enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2012.

PIMENTA, D. N.; LEANDRO, A.; SCHALL, V. T. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1161-71, maio. 2007.

POCOCK, S. **Clinical Trials: a practical approach**. Chinchester: Jonh Wiley; 1993. 124 p.

POLICARPO, N. S.; MOURA, J. R. A.; MELO JÚNIOR, E. B.; ALMEIDA, P. C.; MACÊDO, S. F.; SILVA, A. R. V. Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 3, p. 36-42, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res. Nurs. Health**, v. 29, n. 5, p. 489-97, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Delineando a pesquisa clínica**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 386 p.

_____. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: aplicação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

PUCCINI, S. Introdução ao roteiro de documentário. **Doc. On-line**, n. 6, p. 173-190, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.doc.ubi.pt>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolingüística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 665-73, 2007.

REICHMANN, T.; VASCONCELOS, B. A. "Seu Dotô" / Herr Doktor: aspectos históricos e linguísticos do tratamento de Doutor e as consequências para a tradução. **Pandaemonium germanicum**, v. 13, n. 2, p. 146-70, 2009.

REN, M.; YANG, C.; LIN, D. Z.; XIAO, H. S.; MAI, L. F.; GUO, Y.C.; YAN, L. Effect of Intensive Nursing Education on the Prevention of Diabetic Foot Ulceration Among Patients with High-Risk Diabetic Foot: A Follow-Up Analysis. **Diabetes technology & therapeutics**, v. 16, n. 9, p. 576-81, 2014.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 7, p. 77-85, jan./mar. 2012.

REZENDE NETA, D. S.; SILVA, A. R. V.; SILVA, G. R. F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 1, p. 111-6, jan./fev. 2015.

REZENDE, K. F.; NUNES, M. A. P.; MELO, N. H.; MALERBI, D.; CHACRA, A. R.; FERRAZ, M. B. Internações por pé diabético: comparação entre o custo direto estimado e o desembolso do SUS. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 52, n. 3, p. 523-30, 2008.

RIBEIRO, C. G. O curta-metragem como recurso didático para aula de E/LE. 2013, 146f. Dissertação (Mestrado em Linguagem) – Universidade de Coimbra, Coimbra. 2013.

ROCHA, R. M.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 1, p. 17-23, 2009.

RODRIGUES, F. F. L.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; GONELA, J. T.; ZANETTI, M. L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 284-90, 2012.

RODRIGUES, R.S.M.; REIBNITZ, K.S. Estratégias de captação de doadores de sangue: uma revisão integrativa da literatura. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 2, p. 384-91, 2011.

RODRÍGUEZ, P.; CARMEN, M.; MAZZO, G. S.; NOGUEIRA, A.; TREVIZAN, P. C.; MENDES, M. A.; COSTA, I. A. Cuidado em los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. **Enfermería Global**, n. 29, ene. 2013.

ROSSANEIS, M. A.; HADDAD, M. C. F. L.; MATHIAS, T. A. F.; MARCON, S. S. Diferenças entre mulheres e homens diabéticos no autocuidado com os pés e estilo de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 1-8, 2016.

SALCI, M. A.; MACENO, P.; ROZZA, S. G.; SILVA, D. M. G. V.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-30, 2013.

SANT'ANNA, I. M.; SANT'ANNA V. M. **Recursos Educacionais para o ensino: quando e por quê?** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 118 p.

SANTOS, G. I. L. S. M.; CAPIRUNGA, J. B. M.; ALMEIDA, O. S. C. Pé diabético: condutas do enfermeiro. **Revista Enfermagem Contemporânea**, n. 2, v. 1, p. 225-41, 2013.

SANTOS, I. C. R. V.; CARVALHO, E. F. C.; SOUZA, W. V.; ALBUQUERQUE, E. C. Factors associated with diabetic foot amputations. **J Vasc Bras.**, v. 14, n. 1, p.37-45, jan./mar. 2015.

SANTOS, I. C. R. V; NUNES, E. N. S.; MELO, C. A.; FARIAS, D. G. Amputações por pé diabético e fatores sociais: implicações para cuidados preventivos de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 684-91, out./dez. 2011.

- SANTOS, I. C. R. V.; SOBREIRA, C. M. M.; NUNES, E. N. S.; MORAIS, M. C. A. Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3007-14, 2013.
- SANTOS, M. A.; ALVES, R. C. P.; OLIVEIRA, V. A.; RIBAS, C. R.; TEIXEIRA, C. R.; ZANETTI, M. L. Social representations of people with diabetes regarding their perception of family support for the treatment. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 651-8, 2011.
- SANTOS, M. P. E. C. S. Vídeo didático como tecnologia audiovisual: antecedentes históricos e implicações pedagógico-metodológicas. **Sinop/MT/Brasil**, v. 5, n. 1, p. 83-106, jan./jun. 2015.
- SAURABH, S.; SARKAR, S.; SELVARAJ, K.; KAR, S. S.; KUMAR, S. G.; ROY, G. Effectiveness of foot care education among people with type 2 diabetes in rural Puducherry, India. **Indian Journal of Endocrinology and Metabolism**, v. 18, n. 1, Jan./Feb. 2014.
- SCHNEIDER, C.; MOSSMANN, F.; OLETTI, F.; POSSAS, M.; DAUDT, M. Taxa de mortalidade e morbidade por *diabetes mellitus*. **RBAC**, v. 41, n. 4, p. 287-8, 2009.
- SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. G.; MOHE, R. D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **Ann Intern Med.**, v. 152, n. 11, p. 726-32. June. 2010.
- SEID, A.; TSIGE, Y. Knowledge, Practice, and Barriers of Foot Care among Diabetic Patients Attending Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, Northwest Ethiopia. **Advances in Nursing**, v. 9, n. 1, p. 1-9, 2015.
- SPEROTTO, R. I.; MARGARITES, A. P. F.; HIRDES, J. C. R.; ALVES, R. S. "Objetos de aprendizagem": tics constituindo subjetividades no contemporâneo. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 15., 2009, Maceió. **Anais Eletrônicos...** Maceió: ABRAPSO, 2009. Disponível em <http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/364.%20objetos%20de%20aprendizagem.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2015.
- SILVA, A. P.; BORGES, B. V. S.; LIRA NETO, J. C. G.; AVELINO, F. V. S. D.; AMASCENO, M. M. C.; FREITAS, R. W. J. F. Adesão ao tratamento com antidiabéticos orais na atenção básica de saúde. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p. 425-33, maio./jun. 2015.
- SILVA, C. M. S. L. M. D.; SANTOS, N. M. P. A imagem da teoria e da prática de enfermagem em filmes: uma análise à luz dos depoimentos dos estudantes. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 332-9, 2009.
- SILVA, F. M.; STEEMBURGO, T.; AZEVEDO, M. J. de; MELLO, V. D. de. Papel do índice glicêmico e da carga glicêmica na prevenção e no controle metabólico de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 53, n. 5, p. 560-71, 2009.

SILVA, I. J.; OLIVEIRA, M. de F. V. de; SILVA, S. E. D. da; POLARO, S. H. I.; RADÜNZ, V.; SANTOS, E. K. A. dos; SANTANA, M. E. de. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-77, set. 2009.

SILVA, J. M. T. S.; HADDAD, M. C. F. L.; ROSSANEIS, M. A.; MARCON, S. S. Ulceration Risk in Diabetic Feet: a Cross-sectional Study. **Online braz j nurs.**, v.14, n. 3, p. 229-37, mar. 2015.

SILVA, N. C. M.; CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; CARVALHO, L. C.; IUNES, D. H. Reflexologia podal no comprometimento dos pés de pessoas com diabetes mellitus tipo 2: ensaio randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 603-10, jul./ago. 2015.

SILVA, V. C.; CRISTIAN, D. D. S.; MACENA, R. H. M.; MOREIRA FILHO, R. E. Fisioterapia e neuropatias periféricas em portadores de diabete melito II: produção bibliográfica entre 1966 e 2011. **Rev. Fisioter. S. Fun.**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 47-51, jan./jun. 2012.

SIMÕES, R. R.; PRIMO, C. C.; LIMA, E. F. A.; LEITE, F. M. C. Educação em saúde na atenção à mulher e as contribuições da enfermagem: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE online**, Recife, v. 8, p. 3767-75, Suplemento 2. out. 2014.

SMANIOTO, F. N.; HADDAD, M. C. F. L.; ROSSANEIS, M. A. Self-care into the risk factors in diabetic foot ulceration: cross-sectional study. **Online braz j nurs.**, v. 13, n. 3, p. 343-52, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, supl. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 6. ed. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2016.

SOUZA, A.; NERY, C. A. S.; MARCIANO, L. H. S. C.; GARBINO, J. A. Avaliação da neuropatia periférica: correlação entre a sensibilidade cutânea dos pés, achados clínicos e eletroneuromiográficos. **Acta Fisiátrica**, v. 12, n. 3, p. 87-93, dez. 2005.

SOUSA, L. B.; PINHEIRO, A. K. B. Caracterização da produção brasileira de vídeos educativos sobre DST/HIV/Aids. **Rev. Enferm. UFPI**, Teresina, v. 1, n. 2, p. 158-63, set./dez. 2012.

SOUZA, M. F. C.; ARAÚJO, V.F. Fitness of intake and anthropometric after nutritional education of patients with type 2 diabetes mellitus. **Demetra**, v. 10, n. 1, p. 159-72, 2015.

SOUZA, R. F. O que é um estudo clínico randomizado? **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 42, n. 1, p. 3-8, 2009.

STINA, A. P. N.; ZAMARIOLI, C. M.; CARVALHO, E. C. Effect of educational video on the student's knowledge about oral hygiene of patients undergoing chemotherapy. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 220-25, 2015.

STIPP, M. D. C.; LEITE, J. L.; CUNHA, N. M.; ASSIS, L. S.; ANDRADE, M. P.; SIMÕES, R. D. O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares: uma análise sob o olhar da enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 4, p. 581-5, 2007.

TAVARES, D. M. S.; DIAZ, F. A.; ARAÚJO, L. R.; PEREIRA, G. A. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 825-30, nov./dez. 2009.

TEIXEIRA, C. R. S.; ARRELIAS, C. C. A.; ZANETTI, A. C. G.; GONELA, J. T.; MIYAR, L.; FRANCO, R.C. Consumo de álcool e problemas emocionais relacionados ao diabetes mellitus. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v.10, n. 1, p. 11-6, jan./abr. 2014.

TEIXEIRA, C. R. S.; BECKER, T. A. C.; CITRO, R.; ZANETTI, M. L.; LANDIM, C. A. P. Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n.1, p. 173-9, 2011.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de Enfermagem e sua obra**. 5. ed. Lourdes, Portugal: Lusociência, 2009.

TORRES, H. C.; SANTOS, L. M.; CORDEIRO, P. M. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. **Acta Paul Enferm.**, n. 27, v. 1, p. 23-8, 2014.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 885-95, 2004.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. **Regimento do programa de pós-graduação em cuidados clínicos em enfermagem e saúde da UECE**. Fortaleza: Mimeo, 2014.

VALENT, V.; TILLATI, S.; ZANIER, L. Prevalence and comorbidities of known diabetes in northeastern Italy. **Journal of Diabetes Investigation**, v. 4, n. 4, p. 355-60, July. 2013.

VAN BATTUM, P. et al. Differences in minor amputation rate in diabetic foot disease throughout Europe are in part explained by differences in disease severity at presentation. **Diabet Med.**, v. 2, n. 28, p. 199-205, 2011.

VARGAS, A.; ROCHA, H. V.; FREIRE, F. M. P. Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional. **CINTED-UFRGS**, v. 5, n. 2, dez. 2007.

VARAEI, S.; SALSALI, M.; CHERAGHI, M. A.; TEHRANI, M. R. M.; HESHMAT, R. Education and implementing evidence-based nursing practice for diabetic patients. **J Nurs Midwifery Res**, v. 18, n. 3, p. 251-7, May./Jun. 2013.

VERAS, V. S.; SANTOS, M. A.; RODRIGUES, F. F. L.; ARRELIAS, C. C. A.; PEDERSOLI, T. A. M.; ZANETTI, M. L. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 4, p. 42-8, 2014.

VERAS, V. S.; TEIXEIRA, C. R. S.; SANTOS, M. A.; TORQUATO, M. T. C. G.; RODRIGUES, F. F. L.; ZANETTI, M. L. Perfil glicêmico de pessoas com diabetes mellitus em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 3, p. 609-16, jul./set. 2014.

VITOR, A. F.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 611-616, jul./set. 2010.

WILD, C.F.; SILVEIRA, A.; FAVERO, N.B. GUETERRES, E.C.; ROSA, E.O. Atividades educativas realizadas no grupo de gestantes usuárias da atenção básica. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n.10, p. 9633-7, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A-CARTA-CONVITE

Fortaleza, _____ de _____ de 20_____

Caro (a) Colega

Sou Luciana Catunda Gomes de Menezes, doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Vilani Cavalcante Guedes. Estou desenvolvendo um estudo intitulado “Eficácia de filme educativo de curta-metragem para o autocuidado com o pé diabético: ensaio clínico controlado randomizado”, que objetiva: construir um vídeo educativo para ajudar pessoas com pé diabético em risco no autocuidado para prevenção de complicações; validar o conteúdo e aparência do vídeo educativo junto aos proficientes e validar também o vídeo educativo junto à população-alvo. Esta pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CAAE nº 47663215.5.0000.5534; PARECER nº 1235019).

O roteiro do vídeo educativo foi elaborado com base na literatura sobre o assunto, na experiência com pessoas com pé diabético em risco, além da prática clínica na estomaterapia com esses pacientes. Por reconhecer sua experiência profissional e certa da sua valiosa contribuição nessa etapa do estudo, venho convidá-lo (a) a emitir seu julgamento sobre o conteúdo e aparência desse material educativo. Caso queira participar da minha pesquisa, responda este e-mail e explicita a forma pela qual deseja receber o material, seja via e-mail ou via correspondência convencional. E, conforme sua escolha serão encaminhados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Questionário de Caracterização dos Proficientes, o Roteiro do Vídeo e a Avaliação do Roteiro do Vídeo.

Ressalto que esse material está registrado na Fundação Biblioteca Nacional (FBN)/ Escritório de Direitos Autorais (EDA) do Ministério da Cultura e em cartório sob protocolo nº 468282.

Para cumprir o cronograma desta pesquisa solicito, por gentileza, a devolução do material dentro do prazo máximo de 15 (quinze) dias. Agradeço antecipadamente sua disponibilidade em partilhar conhecimento e experiência, convicta de que sua contribuição ampliará as possibilidades deste estudo. Coloco-me à disposição para mais esclarecimentos que se façam necessários.

Luciana Catunda Gomes de Menezes
Rua Valdetário Mota, nº 1514, aptº 701. Papicu
Telefone: (85) 99171-7971/ 3067-8133
E-mail: lucianacatundagomes@yahoo.com.br

Dr.^a Maria Vilani Cavalcante Guedes
Orientadora
E-mail: vilani.guedes@globo.com

APÊNDICE B–TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE) – PROFICIENTES

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Eficácia de filme educativo de curta-metragem para o autocuidado com o pé diabético: ensaio clínico controlado randomizado”. O objetivo geral é: testar os efeitos do filme educativo de curta-metragem para a habilidade do autocuidado na prevenção do pé diabético e os específicos são: construir um filme educativo de curta-metragem para a prevenção do pé diabético; validar o conteúdo e características técnicas do filme educativo de curta-metragem; validar o filme educativo de curta-metragem junto à população-alvo; comparar a habilidade do autocuidado para a prevenção do pé diabético entre o grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI). Caso autorize, você irá: receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Questionário de Caracterização dos Proficientes, o Roteiro do Vídeo e Avaliação do Roteiro do Vídeo por email ou por correspondência convencional você terá a liberdade de avaliá-lo onde lhe for mais conveniente e será beneficiado com certificado de participação no processo de validação. Sinta-se livre para encaminhar por email qualquer pergunta durante a leitura do termo de consentimento ou sobre o roteiro do vídeo. Para cumprir o cronograma desta pesquisa solicito, por gentileza, a devolução do material dentro do prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador. Há riscos quanto a sua participação sendo que, como o instrumento e roteiro do vídeo serão encaminhados online, a pesquisadora não terá como avaliar os riscos. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse, poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com a pesquisadora. Você não receberá remuneração pela participação. Em estudos

parecidos com esse, os participantes poderão receber informações sobre a pesquisa esclarecendo possíveis dúvidas e a sua participação pode contribuir para o progresso científico e para o autocuidado das pessoas com diabetes e pé em risco, a fim de prevenir complicações. As suas respostas serão divulgadas de forma a não permitir sua identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Luciana Catunda Gomes de Menezes, doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), fone: 85-991717971, Pesquisadora responsável.

Eu,

(colocar o nome do pai/mãe/cuidador) declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação

Sendo que:

() aceito participar
() não aceito participar

Fortaleza, de de

Assinatura

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

APÊNDICE C– QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFICIENTES DE CONTEÚDO (ENFERMAGEM)

ESPECIALISTA Nº. _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Local de trabalho: _____

Experiência com diabetes *mellitus* tipo 2 (em anos): _____

Experiência com pé diabético (em anos): _____

Experiência com educação (em anos): _____

Experiência com elaboração/avaliação de material educativo 1. SIM () 2. NÃO ()

Publicações em periódicos indexados sobre os temas: Diabetes *Mellitus* tipo 2, Educação em Saúde, Tecnologias Educativas 1. SIM () 2. NÃO ()

Participa de alguma grupo/projeto de pesquisa 1. SIM () 2. NÃO ()

Se sim, qual a temática: _____

2. QUALIFICAÇÃO

Formação: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado: _____ Ano: _____

Temática da dissertação: _____

Doutorado: _____ Ano: _____

Temática da tese: _____

Ocupação atual: _____

3. TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO	TEMPO

APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFICIENTES
COM EXPERIÊNCIA EM COMUNICAÇÃO

ESPECIALISTA Nº. _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Local de trabalho: _____

Área de atuação: _____

Experiência com vídeo educativo (em anos): _____

Experiência com comunicação audiovisual (em anos): _____

Publicações na temática de vídeo educativo 1. SIM () 2. NÃO ()

Participa de alguma grupo/projeto de pesquisa 1. SIM () 2. NÃO ()

Se sim, qual a temática: _____

2. QUALIFICAÇÃO

Formação: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado: _____ Ano: _____

Doutorado: _____ Ano: _____

Ocupação atual: _____

3. TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO	TEMPO

APÊNDICE E– INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DO FILME – PROFICIENTES DE CONTEÚDO (ENFERMAGEM)

1. Título: “Pés Que Te Quero[®]”

2. Tempo estimado: 24 minutos e sete segundos

3. Nome do analista: _____

4. Gênero: _____

5. Storyline/sinopse (conflito básico em 5 linhas):

A história se passa no município de Senador Pompeu no interior do Estado do Ceará e na cidade de Fortaleza-Ceará. Fazem parte como protagonistas três pessoas com diabetes e pé em risco. São elas: João (cantor de música sertaneja); Maria (funcionária pública aposentada) e José (pedreiro), além da enfermeira Ana. Todos se unem para prevenção de complicações nos pés.

Avaliação do Proficiente:

Nota: O público-alvo a que se destina esse filme serão pessoas com pé diabético em risco com mínimo dez anos de diagnóstico, acompanhadas no Programa Nacional HIPERDIA atendidas em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza-Ceará-Brasil.

Instruções:

Em cada subitem responder SIM (S) ou NÃO (N) marcando com um “X” no quadrado referente à opção desejada, e ao final conceituando o item geral com uma avaliação representada pelos níveis: 1. Excelente (E); 2. Bom (B); 3. Regular (R); 4. Pobre (P). Em seguida, acrescentar um breve comentário justificativo.

1. CONCEITO DA IDEIA	SIM	NÃO
1. O conteúdo temático é relevante e atual?		
2. O conteúdo é coerente com os objetivos do filme de promover o autocuidado das pessoas com DM e pé em risco para prevenção de complicações?		
3. O objetivo do filme é coerente com a prática clínica da enfermagem?		
4. As premissas expostas estão corretas?		
5. As informações são compreensíveis?		
6. As informações são suficientes?		
7. Atendem aos objetivos de instituições que trabalham com pessoas		

com DM e pé em risco?		
8. É adequado para ser usado por profissionais de saúde?		
9. O conteúdo aborda comportamentos?		
10. Propõe mudança de comportamento ao telespectador?		
11. Você acredita que poderá melhorar o conhecimento das pessoas com DM e pé sobre prevenção de complicações nos pés?		
12. Avaliação da ideia ()		
Comentários:		
2. OBJETIVOS		
(Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja medir por meio do filme educativo)	SIM	NÃO
13. Os objetivos são evidentes?		
14. Estão coerentes com os objetivos da pesquisa de promover o autocuidado das pessoas com DM e pé em risco para prevenção de complicações?		
15. Os objetivos são factíveis?		
16. O número de cenas está suficiente para o alcance dos objetivos do vídeo?		
17. O tempo de duração é adequado para atingir os objetivos do filme?		
18. Avaliação dos objetivos ()		
Comentários:		
3. CONSTRUÇÃO DRAMÁTICA		
(Abertura, conflito, desenvolvimento. Clímax. Final)	SIM	NÃO
19. O ponto de partida do roteiro tem impacto?		
20. Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce?		
21. Tem presença de estereótipos ou discriminação nas cenas?		
22. O filme motiva/estimula as pessoas com DM a aprenderem?		
23. Avaliação da construção dramática ()		
Comentários:		
4. RITMO		
(Evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena)	SIM	NÃO
24. Existe motivação de cada cena para a seguinte?		
25. O ritmo das cenas é cansativo?	SIM	NÃO
26. Avaliação do ritmo ()		

Comentários:		
5. PERSONAGENS (Motivação, credibilidade, interação)		
	SIM	NÃO
27. Existe empatia com as personagens?		
28. A apresentação das personagens e situações é suficiente?		
29. As personagens exibidas no roteiro do filme lembram a realidade à qual o filme se propõe?		
30. Avaliação das personagens:		
Comentários:		
6. POTENCIAL DRAMÁTICO		
	SIM	NÃO
31. Existe emoção?		
32. Existe surpresa?		
33. Avaliação do potencial dramático ()		
Comentários:		
7. DIÁLOGOS (Tempo dramático)		
	SIM	NÃO
34. Existe naturalidade nos diálogos?		
35. O vocabulário das personagens está adequado para os pacientes a que se propõe?		
36. O vocabulário utiliza palavras comuns?		
37. É empregado um estilo de voz ativa?		
38. Existe conclusão?		
39. Se sim, tem relevância?		
40. Avaliação dos diálogos ()		
Comentários:		
8. ESTILO VISUAL (Estética)		
	SIM	NÃO
41. As cenas refletem aspectos importantes para o autocuidado da pessoa com DM e pé em risco na prevenção de complicações?		
42. Avaliação do estilo visual ()		

Comentários:			
9. PÚBLICO REFERENTE		SIM	NÃO
43. Há relação do conteúdo com o público-alvo?			
44. Existe identificação do público-alvo com a problemática exposta?			
45. Existe compatibilidade da linguagem com o nível de conhecimento do público-alvo?			
46. Avaliação do público referente ()			
Comentários:			
10. ESTIMATIVA DE PRODUÇÃO (Possibilidade real de o produto virar audiovisual)			
47. Avaliação da estimativa de produção ()			
Comentários:			
RESULTADO DO PROFICIENTE (MARQUE COM UM X)			
1. () APROVADO			
2. () APROVADO COM MODIFICAÇÕES			
3. () REPROVADO			
4. () REPROVADO COM QUALIDADES			

APÊNDICE F– INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DO FILME – PROFICIENTES EM COMUNICAÇÃO

1. Título: “Pés Que Te Quero[®]”

2. Tempo estimado: 24 minutos e sete segundos

3. Nome do analista: _____

4. Gênero: _____

5. Storyline/sinopse (conflito básico em 5 linhas):

A história se passa no município de Senador Pompeu no interior do Estado do Ceará e na cidade de Fortaleza-Ceará. Fazem parte como protagonistas três pessoas com diabetes e pé em risco. São elas: João (cantor de música sertaneja); Maria (funcionária pública aposentada) e José (pedreiro), além da enfermeira Ana. Todos se unem para prevenção de complicações nos pés.

Avaliação do Proficiente:

Nota: O público-alvo a que se destina esse filme serão pessoas diabéticas com pé em risco com no mínimo dez anos de diagnóstico, acompanhadas no Programa Nacional HIPERDIA atendidas em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza-Ceará-Brasil.

Instruções:

Em cada subitem responder SIM (S) de adequado ou NÃO (N) de não adequado marcando com um “X” no quadrado referente à opção desejada, e ao final conceituando o item geral com uma avaliação representada pelos níveis: 1. Excelente (E); 2. Bom (B); 3. Regular (R); 4. Pobre (P). Em seguida, acrescentar um breve comentário justificativo.

1. CONCEITO DA IDEIA	SIM	NÃO
1. Existe adequação do roteiro ao objetivo que se propõe para promover autocuidado da pessoa com DM e pé em risco para prevenção de complicações?		
2. A ideia auxilia a aprendizagem?		
3. A ideia é acessível?		
4. Existe utilidade no roteiro		
5. Existe atratividade no roteiro?		

6. Avaliação da ideia ()		
Comentários:		
2. CONSTRUÇÃO DRAMÁTICA (Abertura, conflito, desenvolvimento. Clímax. Final)		
	SIM	NÃO
7. O ponto de partida do roteiro tem impacto?		
8. O número de cenas é suficiente?		
9. Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce?		
10. O tempo de duração é suficiente?		
11. O roteiro tem apresentação agradável?		
12. Avaliação da construção dramática ()		
Comentários:		
3. RITMO (Evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena)		
	SIM	NÃO
13. Existe dinamismo dos ambientes?		
14. O ritmo das cenas é cansativo?		
15. As formas de apresentação das cenas são adequadas?		
16. Avaliação do ritmo ()		
Comentários:		
4. PERSONAGENS (Motivação, credibilidade, interação)		
	SIM	NÃO
17. O perfil das personagens tem originalidade?		
18. A apresentação das personagens e situações é suficiente?		
19. As personagens exibidas no roteiro do filme lembram a realidade à qual o vídeo se propõe?		
20. Avaliação das personagens ()		
Comentários:		

5. POTENCIAL DRAMÁTICO	SIM	NÃO
21. Existe emoção no roteiro?		
22. Existe surpresa no roteiro?		
23. Avaliação do potencial dramático ()		
Comentários:		
6. DIÁLOGOS (Tempo dramático)	SIM	NÃO
24. No diálogo cada intervenção motiva a outra?		
25. Existe aceleração da ação até o ponto culminante do clímax da história?		
26. Avaliação dos diálogos ()		
Comentários:		
7. ESTILO VISUAL (Estética)	SIM	NÃO
27. Existem muitas repetições de cenário/ambiente?		
28. As imagens são adequadas?		
29. A estrutura geral é criativa?		
30. Avaliação do estilo visual ()		
Comentários:		
8. PÚBLICO REFERENTE	SIM	NÃO
31. Existe relação do conteúdo de interesse (promoção do autocuidado para prevenção de complicações nos pés) com o público-alvo (pessoas com diabetes <i>mellitus</i> atendidas na Atenção Primária à Saúde)?		
32. Existe identificação do público-alvo com a problemática exposta?		
33. Existe compatibilidade da linguagem com o nível de conhecimento do público-alvo?		
34. Avaliação do público referente ()		
Comentários:		

9. ESTIMATIVA DE PRODUÇÃO (Possibilidade real de o produto virar audiovisual)			
35. Avaliação da estimativa de produção () Comentários:			
10. FUNCIONALIDADE (Refere-se às funções que são previstas pelo vídeo)		SIM	NÃO
36. O filme como está no roteiro propõe-se a promover o autocuidado para prevenir complicações nos pés?			
37. O filme pode gerar resultados positivos?			
38. Avaliação da funcionalidade () Comentários:			
11. USABILIDADE (Refere-se ao esforço necessário para o uso do filme, bem como ao julgamento desse uso por um conjunto de usuários)		SIM	NÃO
39. Os conceitos e suas aplicações são fáceis de aprender?			
40. O filme permite que os pacientes realizem as atividades apresentadas, sendo fácil de aplicar?			
41. Proporciona ajuda de maneira clara?			
42. Proporciona ajuda de maneira completa?			
43. Proporciona ajuda sem ser cansativo?			
44. Avaliação da usabilidade () Comentários:			
12. EFICIÊNCIA (Refere-se ao relacionamento entre o nível de desempenho do filme e a quantidade de recursos utilizados sob condições estabelecidas)		SIM	NÃO
45. O tempo proposto é adequado para que os pacientes aprendam o conteúdo?			
46. O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o filme?			
47. O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto?			
48. O discurso entre os personagens é usado de maneira eficiente e compreensível aos pacientes?			
49. Avaliação da eficiência () Comentários:			

RESULTADO DO PROFICIENTE (MARQUE COM UM X) 1. () APROVADO 2. () APROVADO COM MODIFICAÇÕES 3. () REPROVADO 4. () REPROVADO COM QUALIDADES

APÊNDICE G– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – POPULAÇÃO-ALVO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Eficácia de filme educativo de curta-metragem para o autocuidado com o pé diabético: ensaio clínico controlado randomizado”. O objetivo geral é: testar os efeitos do filme educativo de curta-metragem para a habilidade do autocuidado na prevenção do pé diabético e os específicos são: construir um filme educativo de curta-metragem para a prevenção do pé diabético; validar o conteúdo e características técnicas do filme educativo de curta-metragem; validar o filme educativo de curta-metragem junto à população-alvo; comparar a habilidade do autocuidado para a prevenção do pé diabético entre o grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI).

Caso autorize, você irá: no momento antes da sua consulta com médico e/ou enfermeira, receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, será convidado (a) a participar de um filme educativo de duração de 24 minutos e sete segundos falando sobre como prevenir complicações nos seus pés e após responderá perguntas sobre o que você compreendeu do vídeo.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora nem com os profissionais da unidade. Os riscos quanto a sua participação serão mínimos, pois não haverá nenhum procedimento doloroso. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com a pesquisadora.

Você não receberá remuneração pela participação. Em estudos parecidos com esse, os participantes serão recompensados por informações para melhorar os cuidados a serem prestados aos pés e contribuir para o progresso científico para o autocuidado das pessoas com diabetes e pé em risco, a fim de prevenir complicações. As suas respostas serão divulgadas de forma a não permitir sua identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Lucia
na Catunda Gomes de Menezes, doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), fone: 85-991717971, Pesquisadora responsável.

Eu, _____
(colocar o nome do pai/mãe/cuidador) declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação

Sendo que:

- () aceito participar
() não aceito participar

Fortaleza,.....de..... de.....

Assinatura

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85) 3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

APÊNDICE H– INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO FILME – POPULAÇÃO-ALVO

1. QUESTÕES RELACIONADAS AOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DA PESSOA COM DM

1. Nome: _____	
2. Idade: _____ Data de nascimento: _____ / _____ / _____	2. _____
3. Sexo: 1. Masculino () 2. Feminino ()	3. _____
4. Anos de estudo: _____	4. _____
5. Estado civil: 1. Casado () 2. Não casado ()	5. _____
6. Ocupação: _____	6. _____
7. Quantas pessoas moram na residência?: _____	7. _____
8. Qual o número de filhos?: _____	8. _____
9. Renda familiar: _____	9. _____
10. Tempo de diabetes: _____	10. _____
11. Antecedentes familiares do DM: _____	11. _____

2. QUESTÕES RELACIONADAS À AVALIAÇÃO GERAL DO FILME EDUCATIVO

Nível de avaliação	Fator a ser avaliado
Compreensão	12. Após assistir ao filme, você poderia citar os cuidados para prevenção de lesões? Se sim, quais? 13. Você pode identificar as partes do filme que não ficaram claras? Se sim, quais?
Atratividade	14. Você tem vontade de assistir o filme até o final? Se não, pode apontar quais os motivos?
Autocuidado	15. Você acredita que pode realizar os cuidados que estão mencionados no filme? 16. Você precisa saber mais alguma coisa para realizar esses cuidados? Se sim, o quê? 17. Cite os cuidados que considera mais importantes?
Aceitação cultural	18. Tem alguma cena que achou agressiva, ruim, ou que a incomoda? Se sim, qual? 19. O que você gostou no filme? 20. O que você não gostou no filme?
Persuasão	21. Você pretende seguir as informações do filme para evitar complicações nos pés? 22. Você saberia explicar o que viu no filme para alguma pessoa com DM sobre os cuidados com os pés?
Motivação	23. Você acha que as pessoas que assistirem ao filme vão entender de que se trata? 24. O filme fez com que você se sentisse confiante para evitar as complicações nos pés?

3. QUESTÕES RELACIONADAS À CLAREZA, RELEVÂNCIA E GRAU DE RELEVÂNCIA DOS ASSUNTOS ABORDADOS SOBRE OS CUIDADOS COM OS PÉS DO FILME EDUCATIVO

ASSUNTOS	CLAREZA	RELEVÂNCIA	GRAU DE RELEVÂNCIA
25. Higienização dos pés	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante

			3. () Muito relevante
26. Secagem dos pés após o banho	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Muito relevante
27. Secagem dos espaços entre os dedos	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Muito relevante
28. Hidratação dos pés	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Muito relevante
29. Coloca pés na água quente	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Muito relevante
30. Exame diário dos pés	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Muito relevante
31. Utilização de calçados terapêuticos	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Muito relevante
32. Analisa o calçado internamente antes de usá-lo	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Muito relevante
33. Importância de andar calçado	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Muito relevante
34. Utilização de meias	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Muito relevante
35. Corte das unhas	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Muito relevante
36. Tratamento das lesões (micoses, rachaduras, calosidades, bolhas, unhas encravadas)	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Muito relevante

APÊNDICE I– TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO
INTERVENÇÃO E GRUPO CONTROLE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Eficácia de filme educativo de curta-metragem para o autocuidado com o pé diabético: ensaio clínico controlado randomizado”. O objetivo geral é: testar os efeitos do filme educativo de curta-metragem para a habilidade do autocuidado na prevenção do pé diabético e os específicos são: construir um filme educativo de curta-metragem para a prevenção do pé diabético; validar o conteúdo e características técnicas do filme educativo de curta-metragem; validar o filme educativo de curta-metragem junto à população-alvo; comparar a habilidade do autocuidado para a prevenção do pé diabético entre o grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI). Caso autorize, você assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderá algumas perguntas sobre seus conhecimentos e habilidades para os cuidados com os pés. Em seguida, assistirá uma intervenção educativa de aproximadamente 24 minutos mostrando sobre como prevenir complicações nos seus pés. No próximo retorno à consulta com médico e/ou enfermeiro (um mês após o primeiro encontro), você responderá novamente algumas perguntas sobre os conhecimentos e habilidades com cuidados com os seus pés mostrados no vídeo educativo. A sua participação poderá ser no grupo experimental ou controle, formados por sorteio aleatório simples, com chances iguais de participar em qualquer um dos grupos. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir. Tal recusa não trará prejuízos

em sua relação com a pesquisadora. Há riscos quanto a sua participação, porém serão mínimos, pois não haverá nenhum procedimento doloroso. Caso traga algum desconforto, a pesquisadora estará apta para contornar. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, mas se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com a pesquisadora. Você não receberá remuneração pela participação. Em estudos parecidos com esse, os participantes se beneficiaram com melhores cuidados durante a consulta e a sua participação pode contribuir para o autocuidado de pessoas com diabetes e pé em risco, a fim de prevenir complicações. As suas respostas serão divulgadas de forma a não permitir sua identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Luciana Catunda Gomes de Menezes, doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), fone: 85-991717971, Pesquisadora responsável.

Eu,

declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação

Sendo que:

- () aceito participar
() não aceito participar

Fortaleza,.....de.....de.....

Assinatura

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE com CAAE nº 47663215.5.0000.5534 e Parecer nº 1235019, que funciona na Av. Dr Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85) 3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo

assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

APÊNDICE J–INSTRUMENTO DE HABILIDADES SOBRE O AUTOCUIDADO DO
PÉ DIABÉTICO

1. QUESTÕES RELACIONADAS AOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome: _____	Nº _____
Fone: _____	
2. Idade: _____ Data de nascimento: _____ / _____ / _____	2. _____
3. Sexo: 1. Masculino () 2. Feminino ()	3. _____
4. Anos de estudo:	4. _____
5. Estado civil: 1. Casado () 2. Não casado ()	5. _____
6. Ocupação: 1. Trabalha () 2. Não trabalha ()	6. _____
7. Quantas pessoas moram na residência?: _____	7. _____
8. Qual o número de filhos?: _____	8. _____
9. Renda familiar: 1. Menor que dois salários mínimos () 2. Maior que dois salários mínimos ()	9. _____

2. QUESTÕES RELACIONADAS AO DM

10. Tempo de diagnóstico do diabetes (anos): _____	10. _____
11. Tratamento medicamentoso do diabetes: 1 () Somente hipoglicemiantes orais (HO) 2 () Somente insulina 3 () HO+ insulina 4 () Não usa medicamento	11. _____
12. Tratamento com dieta: 1 () Sim 2 () Não	12. _____
13. Verificação da glicemia: 1 () Diariamente 2 () Semanalmente 3 () Mensalmente 4 () Trimestralmente	13. _____
14. Tem outras doenças além do DM? 1 () HAS 2 () Cardiopatias 3 () Deficiência visual 4 () AVC 5 () Doença renal 6 () Outras. Quais: _____ 7 () Não tem nenhuma doença	14. _____
15. Tabagismo: 1 () Sim 2 () Não	15. _____
16. Uso de bebidas alcoólicas: 1 () Sim 2 () Não	16. _____

17. Antecedentes familiares de diabetes <i>mellitus</i> (DM): 1 () Sim 2 () Não	17.____
18. Prática de atividade física: 1 () Sim 2 () Não	18.____
19. Se sim, com que frequência? 1 () 1 vez por semana 2 () 2 vezes por semana 3 () 3 vezes por semana 4 () 4 vezes por semana 5 () Todos os dias da semana	19.____

3- AVALIAÇÃO CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PÉ

20. Peso:_____ 21. Altura:_____ 22. Glicemia_____ 23. PA:_____

AVALIAÇÃO	ALTERAÇÕES	TESTES
24. Avaliação dermatológica		Teste com monofilamento 10 gr 
25. Avaliação circulatória		Pé direito Pé esquerdo 28. Resultado: 1. Sim () 2. Não ()
26. Avaliação neurológica		Dedo 1 () Meta 1 () Meta 5 () Teste com diapasão 128 Hz 29. Resultado: 1. Sim () 2. Não ()
27. Avaliação ortopédica		30. Grau de risco 0 () 1 () 2 () 3 ()

4. QUESTÕES RELACIONADAS ÀS HABILIDADES E AOS CONHECIMENTOS DO AUTOCUIDADO COM OS PÉS

4.1 HABILIDADES	
31. Realiza o exame dos seus pés? 1 () Sim 2 () Às vezes 3 () Não	31.____
32. Se sim, com que frequência? 1 () Diariamente 2 () Semanalmente 3 () Duas vezes ao mês	32.____
33. Como lava seus pés durante o banho? 1 () Lava somente com água 2 () Lava com água e sabão 3 () Não lava	33.____
34. Se lava, qual a temperatura da água? 1 () Temperatura natural 2 () Temperatura morna 3 () Temperatura muito quente	34.____
35. Seca os pés toda vez que lava? 1 () Sim 2 () Às vezes 3 () Não	35. ____
36. Se sim ou às vezes, como faz? 1 () Com um pano macio, passando entre os dedos 2 () Com um pano macio, não passando entre os dedos	36.____
37. Usa algum produto para hidratar os pés? 1 () Sim 2 () Às vezes 3 () Não	37.____

<p>38. Se sim, qual produto usa para hidratar os pés?</p> <p>1 () Hidratantes</p> <p>2 () Óleos</p> <p>3 () Outros: _____</p>	38.____
<p>39. Costuma andar descalço?</p> <p>1 () Sim</p> <p>2 () Às vezes</p> <p>3 () Não</p>	40.____
<p>40. Qual o tipo de calçado que você usa diariamente?</p> <p>1 () Fechado</p> <p>2 () Aberto</p> <p>3 () Aberto e fechado</p>	40.____
<p>41. Costuma olhar para dentro dos calçados antes de usá-los?</p> <p>1 () Sim</p> <p>2 () Às vezes</p> <p>3 () Não</p>	41.____
<p>42. Qual o corte das suas unhas dos pés?</p> <p>1 () Formato arredondado</p> <p>2 () Formato reto</p>	42.____
<p>43. Que instrumento você usa para cortar as unhas?</p> <p>1 () Tesoura com ponta afiada</p> <p>2 () Tesoura com ponta arredondada</p> <p>3 () Cortadores de unha</p> <p>4 () Alicates</p> <p>5 () Objetos afiados: estilete ou canivete ou faca</p>	43.____
<p>44. Costuma utilizar meias quando usa sapatos, tênis ou sapatilhas?</p> <p>1 () Sim</p> <p>2 () Às vezes</p> <p>3 () Não</p>	44.____
<p>45. Se sim ou às vezes, qual o tecido das meias?</p> <p>1 () Tecido de náilon</p> <p>2 () Tecido de algodão sem muitas costuras</p> <p>3 () Tecido de lã</p>	

4 () Outro tipo de tecido	45.____
46. Se sim ou às vezes, qual a cor das meias? 1 () Cor clara 2 () Cor escura	46.____
47. Já teve algum ferimento no pé? 1 () Sim 2 () Não	47.____
48. Na presença de lesões o que faz para tratá-las? 1 () Usa produtos caseiros 2 () Procura especialistas 3 () Não faz nada	48.____
49. HABILIDADE: () ADEQUADA () INADEQUADA	49.____

APÊNDICE K- CARTÃO DO PÉ

	N°: _____ Nome: _____ Endereço: _____ Fone: _____
Peça a seu médico ou enfermeiro da equipe de Diabetes para testar a sua sensibilidade anualmente ou de acordo com a necessidade.	 <p>Pé direito Pé esquerdo</p>
Marque a área de teste com: Dedo 1 () Meta 1 () Meta 5 ()	
Qualquer área insensível ao monofilamento de náilon Semmes Wertein de 10g indica sensibilidade protetora plantar alterada.	
	
Verifique a presença de:	
<input type="checkbox"/> História prévia de úlcera <input type="checkbox"/> Insensibilidade plantar ao monofilamento <input type="checkbox"/> Calosidade <input type="checkbox"/> Deformidade <input type="checkbox"/> Calçados Inadequados <input type="checkbox"/> Corte das unhas impróprias <input type="checkbox"/> Pulso tibial posterior e pediosos ausentes <input type="checkbox"/> Micoses, rachaduras, fissuras, pele ressecada <input type="checkbox"/> Outros _____	
Qualquer item presente indica pé em risco de úlcera 	

APÊNDICE L- ROTEIRO DO FILME

PÉS QUE TE QUERO®

Tempo estimado: 24 minutos e 7 segundos

Luciana Catunda Gomes de Menezes e Maria Vilani Cavalcante
Guedes

22/11/2016

Todos os direitos reservados a
Luciana Catunda Gomes de
Menezes-FBN/EDA

1 CENA 1. EXT. RUA MARCIONÍLIO GOMES DE FREITAS NO CENTRO DO
MUNICÍPIO DE SENADOR POMPEU. BAR DA AMIZADE. SENADOR POMPEU.
CEARÁ. NOITE 1

Cenas das ruas do município de Senador Pompeu (estado do Ceará) durante uma madrugada. Não há uma pessoa na rua. Ainda se escuta algum barulho no "Bar da Amizade". Ouve-se uma cantoria de música sertaneja. O cantor João, de 55 anos, dedica-se um dia da semana a cantar música sertaneja naquele bar.

2.

2 CENA 2. INT. BAR DA AMIZADE. SENADOR POMPEU. CEARÁ. NOITE 2

Nos seus shows, João canta sempre a música que mais gosta "Não interessa se ela é coroa, panela velha é que faz comida boa" (Sérgio Reis-1940). Além de fazer sempre um pequeno relato de como descobriu o diabetes e como ganhou qualidade de vida após essa descoberta. Esse relato, para ele, serve para sensibilizar pessoas que tenham a doença e não encaram a vida como uma necessidade de adoção de novos hábitos, aí acaba tendo muitas complicações.

Maria, 65 anos, diabética desde seus 41, funcionária pública aposentada, chega no bar com sua amiga Zulmira e sentam numa mesa próxima ao cantor. Maria está toda arrumada, de batom vermelho, vestido branco e um tamanco de bico fino mais alto que havia no seu guarda-roupa.

João começa a cantar um pouco sua canção preferida e sempre dá uma pausa para relatar sua experiência com o diabetes.

JOÃO

MÚSICA ...tô de namoro com uma moça solteirona, a bonitona quer ser minha patroa, os meus parentes já estão me criticando, estão falando que ela é muito coroa, ela é madura, já tem mais de trinta anos, mas pra mim o que importa é a pessoa, não interessa se ela é coroa, panela velha é que faz comida boa...

Aplausos

JOÃO

Gente, muito obrigado! Sempre aproveito esse momento para fazer uma alerta sobre uma doença silenciosa que já tenho há quinze anos, o "diabetes".

Todos param, sentam e escutam atentamente o relato do cantor.

Zulmira, cochicha baixinho no ouvido de Maria.

MARIA

Chega Zulmira, mulher! Não é que o cantor bonito também é diabético?!

Maria arregala os olhos e escuta atentamente.

João continua seu relato...

(CONTINUED)

CONTINUED: (2)

3.

JOÃO

Eu descobri que tinha diabetes tipo 2 e procurei não ficar abalado. Hoje tenho um novo modo de comer e beber, pratico exercícios todos os dias e levo uma vida mais saudável. É sempre importante você pedir ajuda aos seus familiares. Como moro só, estou à procura de uma "coroa" para fazer companhia. Ter alguém da família que cuide de você é muito importante.

Maria abre um belo sorriso e fica feliz ao saber que o cantor está solteiro.

JOÃO

As pessoas me perguntam como faço para driblar essa maratona de shows. Eu respondo que o diabetes não acabou com nada na minha vida, mas se você não cuidar, pode te matar, e causar várias complicações, como: cegueira, os rins param de funcionar, feridas nos pés. Agora, se você cuidar, sua vida segue normalmente. Basta seguir os ensinamentos que seu médico e sua enfermeira te dá. No meu caso, sou acompanhado pela enfermeira Ana no posto de saúde, uma excelente profissional que já me acompanha há anos.

Zulmira sussurra no ouvido de Maria.

ZULMIRA

Tá vendo, mulher, o que tu tem que fazer?

João continua seu relato...

JOÃO

O diabetes mata mais que o câncer e acho que as pessoas não costumam dar a importância que merece, porque desconhecem o problema, ou querem fugir dele. É esse o erro. Pois a gente só quer cuidar quando algum ferimento aparece e não cicatriza logo. Se a gente não se cuidar, dança fora do ritmo.

(MORE)

(CONTINUED)

CONTINUED: (3)

4.

JOÃO (cont'd)

E como sempre faz, João encerra seu show com a música "Panela Velha".

Após o término do show, Maria procura o cantor João e os dois conversam bastante...

Depois de algum tempo de conversa, trocam telefones.

Maria, encantada com o cantor, diz para sua amiga Zulmira:

MARIA

Mulher, Zulmira ele me convidou para irmos juntos no posto de saúde. Disse que essa enfermeira Ana é competente, estuda muito sobre o diabetes, tem até doutorado em pé diabético e explica tudo bem direitinho. Eu vou é ligar para ele, pois além de ver esse gato novamente eu ainda cuido de mim, né?

5.

3 CENA 3. EXT. BAIRRO ALTO DO BODE. SENADOR POMPEU. CEARÁ. DIA
3

No Alto do Bode, um bairro pobre do município, mora José, que trabalha como pedreiro numa construção, tem 57 anos, três filhos e há doze sofre com o diabetes. Ele já apresenta dormência nos pés e tem uma lesão no pé direito.

Detalhe dos pés de José chegando em casa, porém um deles (pé direito) doente e enfaixado com atadura.

José realiza os cuidados com o ferimento em casa seguindo as recomendações propostas pelos seus vizinhos.

6.

4 CENA 4. INT. CASA DO JOSÉ. BAIRRO ALTO DO BODE. SENADOR
POMPEU. CEARÁ. DIA

4

José conversa com dois filhos.

Detalhes dos pés de José.

JOSÉ

Meus filhos, seu pai não está
se sentindo bem, meu ferimento
tá piorando, fiz um exame e
meu sangue tem muita açúcar.
Estou com medo de perder minha
perna. Preciso dela na minha
profissão, ganhar dinheiro e
criar vocês. Então estou
disposto a procurar um
atendimento.

Silêncio geral.

7.

5 CENA 5. INT. POSTO DE SAÚDE. SENADOR POMPEU. CEARÁ. DIA 5

José chega ao posto de saúde e procura atendimento com a enfermeira Ana.

José bate na porta do consultório.

ENFERMEIRA ANA

Oi, boa-tarde! Me chamo Ana, sou enfermeira dessa unidade de saúde. Como é o nome do senhor?

JOSÉ

Me chamo José.

ENFERMEIRA ANA

Em que posso ajudar o senhor seu José? Sente-se.

José senta e conta toda a história da sua doença desde o início.

Ilustrações de José trabalhando numa construção e pisando no prego, enquanto isso escutamos José falar.

JOSÉ (V.O)

Doutora um dia, estava trabalhando e pisei em cima de um prego bem pequeno, mas foi o suficiente para criar esse machucado. Não sinto dor, mas sei que está piorando. Estou ficando preocupado e com medo de perder meu pé, porque preciso dela para trabalhar.

A enfermeira Ana escuta atentamente e depois se pronuncia:

ENFERMEIRA ANA

Seu José, o diabetes é uma doença séria e é causada pela deficiência do pâncreas que libera um hormônio chamado insulina. O nosso corpo se torna resistente a ação desse hormônio e as quantidades de glicose no sangue se elevam. Essa doença tem início muito lento e você acaba não sentindo os sintomas nos primeiros estágios da doença. Então as pessoas têm facilidades de desenvolver complicações. As complicações do diabetes podem ser agudas e crônicas. As complicações agudas têm início rápido e súbito,

(MORE)

(CONTINUED)

CONTINUED: (2)

8.

ENFERMEIRA ANA (cont'd)
enquanto as crônicas aparecem num
momento mais avançado da doença.

José escuta atentamente com expressões de preocupação.

ENFERMEIRA ANA
Dentre as complicações crônicas,
tem-se uma ferida no pé da pessoa
com diabetes. Como essa que tem no
pé do senhor. Existem três
condições das quais você deve estar
atento, pois podem realmente causar
problemas nos seus pés: circulação
deficiente (o transporte de sangue
não funciona muito bem),
deformidades ósseas e nervos
danificados. Esses danos nos nervos
são chamados neuropatia
periférica. A neuropatia aparece
como a complicação crônica mais
comum da doença e causa
modificações na maneira como sintam
dor ou pressão, como sente calor ou
frio nos pés e como manter o
equilíbrio do corpo quando você
está em pé. Pode apresentar perda
da sensibilidade (dormência),
sensação de queimação, pontadas,
agulhadas, dor que piora à noite e
pequenas feridas que não doem, como
no seu caso.

JOSÉ
Ah, senti tudo isso mesmo, então é
por esse motivo que não senti o
momento da furada e quando fui ver
meu ferimento já estava assim?

ENFERMEIRA ANA
Isso mesmo. A neuropatia periférica
ocorre em média dez anos após o
começo da doença e, quando se
juntam a falta de circulação
sanguínea, a infecção no ferimento,
alterações na maneira como o senhor
anda e no formato dos dedos e no
pés podem agravá-la com rapidez
imprevisível.

José apresenta expressão de pavor, enquanto a Enfermeira Ana
mostra um pé modelo doente.

(CONTINUED)

CONTINUED: (3)

9.

ENFERMEIRA ANA (V.O.)

Seu José, o senhor tem muitos motivos para ficar preocupado. Nos casos em que não há tratamento assim que aparece o ferimento, existe o risco de perder a perna (amputação). Começa com a amputação do dedinho do pé que fica preto (necrosado) sem vida por não ter mais circulação de sangue, depois vai amputando os pés...chegando até na coxa. Esse ferimento precisa ser encaminhado para uma unidade hospitalar, pois aqui não temos material necessário. Aqui temos profissionais especializado. Eu sou enfermeira estomaterapeuta, uma especialidade que presta assistência de enfermagem a pessoas com estomias, incontinências e feridas, como essa que apareceu no seu pé. Porém, para realizar os cuidados com um tratamento mais completo deverá ir mesmo para um hospital. Tudo bem para o senhor?

José com expressões tristes responde balançando a cabeça e fazendo um sinal positivo.

ENFERMEIRA ANA

Após a melhora do ferimento, o senhor volta aqui para conversarmos. Nessa unidade nós realizamos reuniões educativas que acontecem três vezes por semana. Nas reuniões discutimos e conversamos muito sobre o diabetes e os cuidados com os pés, com foco principal na prevenção do pé diabético. Ok? Vou providenciar o encaminhamento do senhor para uma unidade hospitalar.

José sai do posto de saúde levando uma guia de internação para o hospital Santa Isabel, localizado no centro do município de Senador Pompeu.

10.

6 CENA 6. EXT. HOSPITAL SANTA ISABEL. CENTRO DA CIDADE.
SENADOR POMPEU. CEARÁ. DIA 6

José chega no hospital.

11.

7 CENA 7. EXT. HOSPITAL SANTA ISABEL. CENTRO DA CIDADE.
SENADOR POMPEU. CEARÁ. DIA 7

Passam-se quarenta dias de internação e José finalmente sai do hospital.

José sai do hospital acompanhado de uma filha sem nenhum curativo. O ferimento está cicatrizado.

12.

8 CENA 8. INT. POSTO DE SAÚDE. SENADOR POMPEU. CEARÁ. DIA 8

José, João, Maria e outros pacientes aguardam a enfermeira Ana para começar a reunião educativa que ocorre três vezes por semana, chamada: "Unidos pela prevenção do pé diabético em risco".

ENFERMEIRA ANA

Bom-dia a todos! Estou vendo que seu José voltou!!! Que maravilha!!! Fico feliz com a sua recuperação seu José! Seja bem vindo!!

Pessoal, seu José esteve uma única vez com a gente e retorna depois de alguns dias de internação hospitalar por um ferimento inflamado no pé. E voltou bem com todos os dedos e pernas. Agora é vida nova! Não é seu José?

José responde com um sinal positivo balançando a cabeça.

ENFERMEIRA ANA

Isso seu José! Obrigada também.

A Enfermeira Ana conversa com José, João, Maria e outros pacientes sobre os cuidados que devem ter com os seus pés para não causar ferimentos.

Todos sentados escutam atentamente as orientações da enfermeira.

ENFERMEIRA ANA

Pessoal, é sempre importante cuidar bem dos nossos pés. É nos pés que nos apoiamos; são eles que nos levam de um lado para o outro. Você os utiliza todos os dias, utiliza para dançar, ficar numa fila de banco, enfim...

Reações atentas dos pacientes.

ENFERMEIRA ANA

...dependemos deles para muitas coisas, inclusive para trabalhar. Todas as pessoas devem aprender a cuidar dos pés. As pessoas com diabetes devem cuidar ainda mais, pois, se não cuidarmos colocamos os nossos pés em risco, podendo ocorrer ferimentos. E isso ninguém quer, não é seu José!

(CONTINUED)

CONTINUED: (2)

13.

JOSÉ

Doutora eu queria aqui agradecer primeiramente a Deus e depois a senhora, porque se fossem seus ensinamentos eu teria perdido meu pé.

ENFERMEIRA ANA

Muito obrigada seu José. Pessoal, os ferimentos são complicações graves, que tem alto custo e internações frequentes em hospitais. O melhor tratamento é cuidar bem dos pés.

Maria faz anotações num caderno.

A enfermeira Ana continua com os seus ensinamentos...

Ilustrações de José realizando cuidados saudáveis para o controle do diabetes: tomando medicamento, frequentando as consultas e reuniões educativas e dieta saudável, enquanto Ana conversa com os pacientes.

ENFERMEIRA ANA (V.O)

E isso se consegue mantendo o nível de açúcar do sangue controlado: tomando os medicamentos do diabetes prescritos, comendo os alimentos saudáveis de três em três horas recomendados por um profissional, praticando atividade física, pelo menos trinta minutos por dia e cinco vezes por semana, como caminhada, pedalada, corrida.

Detalhes dos pés dos pacientes na sala de reuniões.

ENFERMEIRA ANA

Bom, pessoal, por hoje é só. No próximo encontro continuaremos com mais cuidados detalhadamente.

Enfermeira Ana se despede dos pacientes.

João conversa com Maria e combina um encontro no Bar da Amizade.

14.

9 CENA 9. INT. BAR DA AMIZADE. SENADOR POMPEU. CEARÁ. NOITE 9
João e Maria dançam no Bar da Amizade.

15.

10 CENA 10. INT. POSTO DE SAÚDE. SENADOR POMPEU. CEARÁ. DIA 10

Voltando às reuniões educativas, lá estão Maria, João, José e outros pacientes. Maria senta ao lado de João.

Detalhes dos pés na sala de reuniões.

ENFERMEIRA ANA

Oi, pessoal, bom-dia! Estão
mesmos dispostos as mudanças e
realizar os próprios cuidados?

Todos balançam a cabeça e fazem sinal positivo.

João pega a mão de Maria e segura bem firme.

Imagens da Enfermeira Ana realizando o exame do pé com um pé modelo saudável.

ENFERMEIRA ANA (V.O.)

Bom pessoal, a primeira coisa que
devemos fazer é examinar nossos pés
todos os dias: prestar atenção em
mudanças de cor da pele
e temperatura; olhar cada um dos
dedos e entre eles; por cima e por
baixo em todos os
ângulos, procurar cortes, bolhas,
calos, formatos das unhas e se está
encravada, rachaduras, pele
ressecada e feridas. Se você usar
óculos, coloque-os...

Reação atenta dos pacientes.

ENFERMEIRA ANA

...caso não consiga fazer isso
sozinho, coloque um espelho no
chão para olhar a planta dos pés
num local bem claro, caso não
enxergue use os dedos da mão para
tocar na sola do seu pé ou peça
ajuda a um familiar ou amigo ou uma
namorada.

Maria faz anotações num caderno.

João acrescenta uma informação importante.

Detalhes dos pés de João.

(CONTINUED)

CONTINUED: (2)

16.

JOÃO

Doutora, atualmente moro sozinho, sem familiares, mas estou à procura de uma moça bonita que possa cuidar dos meus pés. Enquanto isso uso uma lupa para ver melhor.

João olhou para Maria que abriu um belo sorriso e baixou a cabeça de vergonha.

Imagens de pessoas realizando a limpeza, a secagem e a hidratação e pés, enquanto Enfermeira Ana conversando com os pacientes.

ENFERMEIRA ANA (V.O.)

Pessoal, a limpeza dos pés deve ser realizada diariamente, pode-se utilizar água morna. Nunca verifique a temperatura da água diretamente com os pés. Faça isso com o cotovelo, pois como tem dormência nos pés, você pode não sentir a temperatura da água e causar queimaduras e formar bolhas...

Reações atentas dos pacientes.

ENFERMEIRA ANA

...se utilizar o chuveiro, deixe a água cair devagar, passe o sabonete líquido delicadamente e enxágue. Na hora de secar, não esfregue, use uma toalha macia somente para os seus pés, enxugue bem entre os dedos, pois evita micoses e frieiras entre os dedos e nas unhas, prevenindo assim o aparecimento de feridas. Se houver micoses, seque-os com papel, pois as micoses de um dedo pode transmitir para os outros dedos e realize o tratamento prescrito por um profissional. Após secar, aplique diariamente ou até mais de uma vez ao dia creme hidratante sobre a parte de cima e sola dos pés, para evitar ressecamento e rachaduras, mas nunca entre os dedos e em ferimentos. Não usem talco nos pés, pois pode deixar a pele ressecada e formar rachaduras.

(CONTINUED)

CONTINUED: (3)

17.

JOSÉ

Doutora, em relação ao corte das unhas, como podemos fazer?

Imagens da Enfermeira Ana mostrando os instrumentos adequados para o corte das unhas (tesoura e cortadores).

ENFERMEIRA ANA (V.O.)

Seu José, o corte deve ser realizado com cortadores de unhas ou tesouras com pontas redondas e limpas, preferencialmente após o banho, pois elas estarão mais moles, e num local bem claro.

Reações atentas dos pacientes.

ENFERMEIRA ANA

...corte em formato quadrado e reto, nunca corte os cantos, assim você evita que as unhas cresçam de forma inadequada, encravada e inflamada. Nos cantos, use de preferência uma lixa e jamais use objetos afiados e pontiagudos, pois eles podem machucar. Não retire cutículas. Caso não consiga ver as unhas ou já apresentar dormências nos pés, peça alguém para fazer por você, pois a possibilidade de se machucar diminui bastante... Se encravar procure um profissional especializado.

José faz anotações num caderno.

MARIA

Doutora tenho no meu pé alguns calos. posso retirá-lo?

ENFERMEIRA ANA

Não Maria. Um simples calo na pessoa com diabetes pode se transformar em um ferimento. Quando aparecer, não usem solução calicida caseira e nem tesouras de ponta fina e nem lixas de metal. Após o banho, quando a pele ainda estiver macia, passem pedra-pomes ou lixas de papel de maneira bem suave sobre a pele. Escutem o que estou dizendo: BEM SUAVE!!!!

(CONTINUED)

CONTINUED: (4)

18.

JOÃO

Doutora, sempre uso uma escovinha de dente com cerdas macias para limpar minhas unhas, pois elas são grossas e um pouco encurvadas. Posso continuar?

ENFERMEIRA ANA

Pode, sim, seu João. É sempre importante a limpeza das unhas.

MARIA

Doutora, um dia fui para a igreja e calcei um sapato com uma pedrinha dentro. Tava apressada e não olhei pra dentro do sapato. Quando cheguei, tirei o sapato e lá estava a pedrinha. Passei toda a missa sem sentir nada, e graças a Deus que nada aconteceu comigo.

ENFERMEIRA ANA

Graças a Deus, Maria. Além de olhar é sempre bom sacudir e passar a mão por dentro para ter a certeza que não há nem um objeto, inseto, partes descosturadas ou soltas do calçado.

MARIA

Doutora, sempre uso um sapato alto com bico bem fino para ir nas festas. Estou percebendo que meus dedos ficam apertadinhos, bem vermelhinhos quando os retiro e também está ficando deformado. Tem alguma coisa que poderei fazer para modificar esse meu hábito?

ENFERMEIRA ANA

Pessoal, várias pesquisas descobriram que os calçados são as principais causas de feridas nos pés das pessoas com diabetes, e muitas levam até o corte da perna. Então toda pessoa com diabetes deve usar um calçado confortável e adequado para o seu pé...

Ilustrações sobre como comprar calçados confortáveis e adequados com uso da folha de sulfite A4, enquanto Enfermeira Ana conversa com os pacientes.

(CONTINUED)

CONTINUED: (5)

19.

ENFERMEIRA ANA (V.O.)

...é bem simples: coloca uma folha sulfite A4 no chão e sobre ela coloca seus pés, faz um contorno desenhando e depois recorta. Aquela folha desenhada e recortada você leva para comprar seu calçado. Quando escolher o calçado encaixa a folha na parte de dentro e observa com ela ficou acomodada. Ao retirar e você perceber que a folha está amassada será assim que ficará os seus dedos. Entenderam?

Pacientes conversam entre eles.
Outra coisa importante: deve-se usar calçado com meias limpas, preferencialmente de algodão, sem elástico, porque o elástico aperta o tornozelo e dificulta a circulação, sem costura e de preferência na cor branca, pois assim podemos ver claramente algum objeto ou inseto, além de alguma sujidade ocasionada por ferimentos. Bom, pessoal, por hoje é só. Nos encontraremos semana que vem. Espero que realizem todos esses cuidados e que não fiquem somente aqui, pratiquem em casa!Ok?

Todos se despedem da enfermeira Ana.

João e Maria passaram a frequentar juntos todas as reuniões educativas.

20.

11 CENA 11. EXT. PRAÇA. FORTALEZA. CEARÁ. DIA

11

Passam-se dez anos e lá estão eles...

João e Maria casaram e moram em Fortaleza.

Juntos, o casal João e Maria realizam todos os cuidados orientados pelos profissionais, participam das reuniões educativas nos postos de saúde e e sempre dão dicas para familiares, amigos, vizinhos e muitas pessoas que os procuram sobre os cuidados com os pés. O casal sempre enfoca que os pés de pessoas com diabetes exigem: muito cuidado, carinho, amor e atenção.

21.

12 CENA 12. EXT. BEIRA MAR. FORTALEZA. CEARÁ. DIA 12
Detalhes dos pés de João e Maria fazendo caminhada na Beira
Mar.

FIM

ANEXOS

ANEXO A - CERTIDÃO DE REGISTRO OU AVERBAÇÃO



MINISTÉRIO DA CULTURA
Fundação BIBLIOTECA NACIONAL
Escritório de Direitos Autorais

Certidão de Registro ou Averbação

Nº Registro: **696.446** Livro: **1.345** Folha: **77**

PÉS QUE TE QUERO
Roteiro (Audiovisual)

Protocolo do Requerimento: 2015RJ21034.
36 página(s)
Obra não publicada.

Dados do Requerente

LUCIANA CATUNDA GOMES DE MENEZES (Autor(a))
CPF - 619.077.403-25

Para constar lavra-se o presente termo nesta cidade do Rio de Janeiro,
em 20 de Outubro de 2015, que vai por mim assinado.

O referido é verdade e dou fé.
Gustavo H. S. Caruso
Chefe de Serviço
Mat. SIAPE: 224719

ANEXO B - DECUPAGEM DAS CENAS

Ordem do Dia 1/5

Curta: Pés Que Te Quero
Fortaleza, Quarta-30/3/2016

Locação 2-Posto de saúde Flávio Marcilio
Endereço- Av. da Abolição, 4180 - Mucuripe. esquina c/ via expressa
Base de Alimentação- Van de Produção

Chamada de equipe- 7:00
Preparação- 7 as 8hrs **Rodando**-8:00
Almoço- 12:00 as 13:00
Fim de filmagem-18:00
Desprodução-19:00

Objetos de Cena:

Banner, cartazes, próteses de pé, tripé para banner(Lucas), bancada, coletar 2 alianças e ataduras, cones(Lucas, tripé de câmera (Lucas)

ELENCO:

1. ANA, 2. JOÃO, 3. MARIA, 4. JOSÉ

CENA	PLANO	ENQUADRAMENTO	SNOPSE DO PLANO	ELENCO
5	5	<i>FS/2 shot/Master Scene</i>	Enfermeira Ana, espera o José. José entra e se apresenta. Diálogo de toda cena com exceção do V.O. da Enfermeira Ana na página 9. Terminando Ana entregando o documento assinado e um aperto de mão em José.	1,4
5	5A	<i>CU</i>	Close up da enfermeira Ana, "o diabetes é uma doença..." Até o final deste diálogo. Pag 7.	1,4
5	5B	<i>CU/Low angle</i>	Close up quando enfermeira Ana Explica sobre "Neuropatia" todo restante deste diálogo.	1,4
5	5C	<i>CU/TILT</i>	Close up do modelo do pé, para o rosto da enfermeira Ana terminando o diálogo. "Aqui temos..." até o final deste diálogo.	1,4

			(metade final do V.O)	
5	5D	ECU/INSERT	Super close up da Enfermeira Ana segurando o pé mostrando como acontecem os ferimentos. Camera na mão. Seguindo a mão da Enfermeira Ana.	1,4
5	5E	ECU/INSERT	ECU da Enfermeira Ana assinando o documento.	1,4
5	5F	CU/Low angle	De José falando seu diálogo da pagina 8.	1,4
5	5G	CU/INSERT	Close up na porta se abrindo mostrano o pé enfaixado de José andando de muleta. Se sentando na cadeira.	1,4
5	5H	CU/INSERT/Perfil	Coçando a cabeça, mas prestando atenção. Aparentando receio e medo.	1,4
5	5J	CU/INSERT	José se sentindo triste, mas aliviado.	1,4
5	5K	CU/PAN	Enfermeira Ana entregando o documento, movendo câmara para aperto de mão.	1,4

ALMOÇO

7	7	MFS/Master Scene/Dolly in	Movimento dolly in vindo trás dos pacientes mostrando a enfermeira Ana. Toda CENA Master. A cena começará com os pacientes se sentando.	1,2,3,4.
7	7A	MCU/Perfil	Médio close up da enfermeira Ana falando dois últimos diálogos da pagina 11.	1,2,3,4.
7	7B	CU/POV	Close up em POV Low angle, como um dos pacientes estivesse olhando para a enfermeira Ana. Ultimo diálogo! Pag. 12	1,2,3,4.

7	7C	MCU/TILT/PAN	De José chegando, extremamente feliz. Camera pra baixo mostrando os seus pés, movendo pra cima seguindo José até se sentar.	1,2,3,4.
7	7D	MCU/Insert	Close up de Maria anotando o que enfermeira fala. Câmera mostrando o caderno, afastando câmera pra trás, mostrando João anotando também.	1,2,3,4.
7	7E	MFS/Insert	Da enfermeira Ana se despedindo. Camera atrás de Ana mostrando um full shot dos pacientes.	1,2,3,4.
7	7F	French OVER/2 Shot	João convidando Maria para dançar Bar amizade.	1,2,3,4.
7	7G	CU/INSERT	Close up dos pés dos pacientes. Movendo levemente câmera entre as fileiras.	1,2,3,4.
7	7K	CU/INSERT	João, Maria e José prestando atenção.	1,2,3,4.
7	7L	MCU	Medium close up de José Levantando a mão participando da reunião.	1,2,3,4.
CENA 7.1	7.1	MS	José tomando medicamentos. Obs.: Ser filmado na CENA 4	1,2,3,4.
7.1	7.1.A	INS/CA	Pratos de comida saudável. Uma filha de José botando um prato Saudável.	1,2,3,4.
Cena Parque	7C	MS	Nos pés das pessoas no parque, sem mostrar o rosto. Fazendo caminhada, e exercícios. Obs.: Ser filmado na Cena 11	1,2,3,4.

10	10	MS	De João e Maria de mãos dadas.	2,3.
10	10A	ECU	Super close up das mãos dadas de João e Maria.	2,3.

Shot 'Type' Glossary

EST	Establishing Shot Usually extremely wide, and sets the location/setting for the scene.
ELS	Extreme Long-Shot Subject is visible, placing them in their setting. Between EST and LS.
LS	Long-Shot Subject takes up all or nearly all of the full height of the frame.
MS	Mid-Shot Shows some part of the subject in detail whilst giving an impression of the rest of the subject.
MCU	Medium Close-Up Halfway between the MS and CU.
FS	Full Shot
CU	Close-Up A certain feature or part of the subject takes up the entire frame.
ECU	Extreme Close-Up Shot getting much closer to a subject to show more detail.
HA	High Angle Camera in a high location, looking down.
LA	Low Angle Camera in a low location, looking up.
CA	Cutaway A shot of something other than the current action.
CI	Cut-In Shows some part of the subject in detail. Interview.
2S	Two-Shot Shot of two people at once, comfortably framed in a mid-shot.
OSS/OTS	Over-the-Shoulder Shot Looking from behind one person to the subject.
POV	Point-of-View Shot Shot from the subject's perspective.
NOD	Noddy Shot Usually refers to a reverse shot on an interviewing nodding or otherwise responding to a subject.
WTR	Weather Shot The subject is the weather.

Ordem do Dia 2/5
Curta:Pés Que Te Quero
Fortaleza,Quinta-31/3/2016

Locação 1-Beira Mar **Endereço**- Av. Beira mar em frente ao boteco praia
Locação 2-Praça Martins Dourado (cocó) **Endereço**- Av.Bento Albuquerque
Locação 3-Casa José **Endereço**-

Chamada de equipe- 5:00
Preparação- 5 a 5:30 **Rodando**-5:30
Almoço- 12:00 as 13:00
Fim de filmagem-17:00
Desprodução-17:00

Objetos de Cena:

Panfleto, Pregoe enferrujado, material de construção (areia,cimento,colher de pedreiro), comida saudável, comida gordurosa, material para lavar ferimento

ELENCO:

1.ANA,2.JOÃO,3.MARIA,4.JOSÉ,5.FILHOS DE JOSÉ FIG.figuração

LOCAÇÃO 01:

CENA	PLANO	ENQUADRAMENTO	SINOPSE DO PLANO	ELENCO
12	12	<i>Dolly in/LS/FS</i>	Movimento dolly para frente, com as mãos dadas de João e Maria. Maria e João seguindo para centro, aonde se pode ver o Mar. Eles comtemplam o mar, se olham e seguem a caminhada saindo do quadro.	2,3.
12	12	<i>ECU</i>	Maos de Joao e Maria com aliança de casados.	2,3.

CAFÉ DA MANHÃ/DESLOCAMENTO LOCAÇÃO 02

LOCAÇÃO 02:

11	11	<i>EST/LS</i>	João e Maria dando informações para pessoas na praça	2,3,FIG.
11	11A	<i>FS</i>	Maria dando um panfleto para uma pessoa	2,3,FIG.
11	11B	<i>CU/INSERT</i>	Close do panfleto das mãos de João entregando panfletos para uma pessoa. Cam indo das mãos para o seu rosto.	2,3,FIG.
11	11C	<i>MS/INSERT</i>	De pessoas se aproximando, entrando no quadro, em direção a Maria e João.	2,3,FIG.
11	11D	<i>LS/INSERT</i>	De pessoas se exercitando e fazendo caminhada.	2,3,FIG.
11	11E	<i>ECU</i>	Super close de um panfleto, sendo entregue	2,3,FIG.

<i>Cena Parque</i>	<i>7C</i>	<i>MS</i>	Nos pés das pessoas no parque, sem mostrar o rosto. Fazendo caminhada, e exercícios. Obs.: Ser filmado na Cena 11	4
--------------------	-----------	-----------	---	---

ALMOÇO/ DESLOCAMENTO**LOCAÇÃO 03:**

3	3	<i>EST/LS</i>	José entrando em quadro com muleta, andando com dificuldade.	4
3	3A	<i>CU</i>	Do pé esquerdo enfaixado entrando em quadro andando em direção a sua casa. Pé sem tocar o chão.	4
3	3B	<i>ECU</i>	Camera na mão movendo lentamente pra trás mostrando a expressão de cansaço de José	4

4	4	<i>MS/ZOOM IN</i>	Câmera estabilizada tripé, com zoom in bem lento em direção a José. Todo o diálogo. Com os filhos sentados	4,5
4	4A	<i>MCU</i>	Os filhos olhando para os pés de José. Low Angle.	4,5
4	4B	<i>CU/PULL FOCUS</i>	Close up do pé enfaixado de José por trás mostrando os seus filhos olhando para os pés. Mudar o foco do pé para os filhos quando eles olharem para os pés de José.	4,5
4	4C	<i>CU/INSERT</i>	Insert do envelope com o exame na mesa.	4,5

INSERT :

<i>CENA Pé 9</i>	<i>Pé A</i>	<i>FS</i>	Full shot de José se preparando pra lavar os pés de acordo com o VO da pagina 15. OBS.: Filmar na Cena 4	4
<i>CENA Pé 9</i>	<i>Pé B</i>	<i>CU</i>	De José Secando os pés	4
<i>CENA Pé 9</i>	<i>Pé C</i>	<i>TILT/CU</i>	Da cara de José baixando a câmera quando ele hidrata o pé.	4

<i>CENA 7.1</i>	<i>7.1</i>	<i>MS</i>	José tomando medicamentos. Obs.: Ser filmado na CENA 4	4
<i>7.1</i>	<i>7.1.A</i>	<i>INS/CA</i>	Pratos de comida saudável. Uma filha de José botando um prato Saudável.	4

Shot 'Type' Glossary

EST	Establishing Shot Usually extremely wide, and sets the location/setting for the scene.
ELS	Extreme Long-Shot Subject is visible, placing them in their setting. Between EST and LS.
LS	Long-Shot Subject takes up all or nearly all of the full height of the frame.
MS	Mid-Shot Shows some part of the subject in detail whilst giving an impression of the rest of the subject.
MCU	Medium Close-Up Halfway between the MS and CU.
FS	Full Shot
CU	Close-Up A certain feature or part of the subject takes up the entire frame.
ECU	Extreme Close-Up Shot getting much closer to a subject to show more detail.
HA	High Angle Camera in a high location, looking down.
LA	Low Angle Camera in a low location, looking up.
CA	Cutaway A shot of something other than the current action.
CI	Cut-In Shows some part of the subject in detail. Interview.
2S	Two-Shot Shot of two people at once, comfortably framed in a mid-shot.
OSS/OTS	Over-the-Shoulder Shot Looking from behind one person to the subject.
POV	Point-of-View Shot Shot from the subject's perspective.
NOD	Noddy Shot Usually refers to a reverse shot on an interviewing nodding or otherwise responding to a subject.
WTR	Weather Shot The subject is the weather.

Ordem do Dia 3/5
Curta: Pés Que Te Quero
Fortaleza, sexta-1/4/2016

<p>Locação 1- Hospital Antônio prudente (HAPVIDA) Endereço- Av. Padre Antônio Tomás, 2030 Locação 2-Posto de saúde Flávio Macilio Endereço- Av. da Abolição, 4180 - Mucuripe esquina c/ via expressa Base de Alimentação- Van de Produção</p>
--

<p>Chamada de equipe- 6:00 Preparação- 6 as 6:30hrs Rodando-6:30 Almoço- 12:00 as 13:00 Fim de filmagem-18:00 Desprodução-19:00</p>

Objetos de Cena:
Banner, cartazes, próteses de pé, tripé para banner(Lucas), bancada, coleta 2 alianças e ataduras.
ELENCO:
1.ANA, 2.JOÃO, 3.MARIA, 4.JOSÉ

CENA	PLANO	ENQUADRAMENTO	SNOPSE DO PLANO	ELENCO
6	6	EST/LS	José chegando ao Hospital com o pé enfaixado. Entrando no hospital. ZOOM IN DIGITAL	4
6A	6	EST/LS	De José saindo do Hospital com o pé esquerdo, andando normalmente, saindo de quadro. Feliz.	4
6A	6A	CU	Super close na porta do hospital, ao abrir, mostrando o pé de José cruzando o quadro.	4

DESLOCAMENTO LOCAÇÃO 2

5 EXT	5*	EST/MCU	Plano médio close-up fachada do posto de saúde. Com José andando com muleta.	4
-------	----	---------	--	---

PRÉ-LIGHT RECEPÇÃO CENA 9 /ALMOÇO

9	9	<i>Group SHOT/FS/Master Scene</i>	Camera atrás dos pacientes. Mostrando todos eles sentados, com a enfermeira Ana entrando em quadro, iniciando o seu primeiro diálogo. João e Maria sentando na frente. José na segunda fileira. Toda CENA	1,2,3,4.
9	9A	<i>CU</i>	Close up da enfermeira ANA, falando o seu primeiro diálogo.	1,2,3,4.
9	9B	<i>MCU</i>	Enfermeira Ana falando o segundo diálogo da pagina 14.	1,2,3,4.
9	9C	<i>GROUP SHOT/MFS</i>	Camera mostrando um plano americano de perfil da enfermeira Ana e seus pacientes. O último diálogo da pág. 15.	1,2,3,4.
9	9D	<i>POV/Low Angle/MS</i>	Plano Médio da Enfermeira ANA falando o último diálogo da pag. 16 (após a pergunta da Maria). Câmera na posição de Maria fazendo um leve movimento olhando pra Ana	1,2,3,4.
9	9E	<i>CU/Perfil</i>	Close up de Ana respondendo a João, pag. 17.	1,2,3,4.
9	9F	<i>OTS/MS</i>	OTS em Maria, mostrando enfermeira ANA falando com Maria. (OTS EM ANA MOSTRANDO MARIA PERGUNTADO A ANA)	1,2,3,4.
9	9G	<i>MS/Low Angl/Dolly in</i>	Câmera movendo lentamente entre os pacientes, e enfermeira falando o seu último diálogo na pagina 18	1,2,3,4.
9	9H	<i>MCU/PAN</i>	Plano médio close up de João, falando o seu primeiro diálogo na pagina 15. Quando	1,2,3,4.

			João sorrir mover para Maria, que baixa a cabeça com vergonha.	
9	9J	CU	Close up de João levantando a mão, e dizendo o diálogo da pag. 17.	1,2,3,4.
9	9K	OTS/FS	OTS na enfermeira ANA, mostrando Maria falando os dois diálogos da pag.17.	1,2,3,4.
9	9L	MCU/PAN	Pan de João para José, quando ele fala o seu diálogo na pag 16.	1,2,3,4.
9	9M	Group SHOT/MS/INSERT	De João, Maria, José (e os figurantes). Balançando a cabeça em sinal de positivo.	1,2,3,4.
9	9N	ECU	Câmera seguindo o pé modelo que a enfermeira Ana segura. De acordo com o seu V.O da pag 14.	1,2,3,4.
9	9P	Group Shot/CU	De João, Maria e José atentos, a demonstração do pé modelo	1,2,3,4.
9	9Q	MCU/2 Shot/Insert	De Maria anotando no caderno, e apontando pra anotação dela.	1,2,3,4.
9	9R	CU/Insert	De José anotando no seu caderno.	1,2,3,4.
9	9S	ECU/CU/PAN	Enfermeira Ana demonstrando com a folha de sulfite A4. Camera seguindo os movimentos	1,2,3,4.
9	9T	CU	Da enfermeira Ana de perfil olhando pra camera falando o resto final do diálogo, pag 18.	1,2,3,4.
9	9U	CU/Dolly out/Perfil	Close dos pés da enfermeira Ana para os pés dos pacientes.	1,2,3,4.
9	9V	ECU/INSERT	Enfermeira Ana mostrando os tipos de cortadores de Unhas.	1,2,3,4.

Shot 'Type' Glossary

EST	Establishing Shot
------------	--------------------------

	Usually extremely wide, and sets the location/setting for the scene.
ELS	Extreme Long-Shot Subject is visible, placing them in their setting. Between EST and LS.
LS	Long-Shot Subject takes up all or nearly all of the full height of the frame.
MS	Mid-Shot Shows some part of the subject in detail whilst giving an impression of the rest of the subject.
MCU	Medium Close-Up Halfway between the MS and CU.
FS	Full Shot
CU	Close-Up A certain feature or part of the subject takes up the entire frame.
ECU	Extreme Close-Up Shot getting much closer to a subject to show more detail.
HA	High Angle Camera in a high location, looking down.
LA	Low Angle Camera in a low location, looking up.
CA	Cutaway A shot of something other than the current action.
CI	Cut-In Shows some part of the subject in detail. Interview.
2S	Two-Shot Shot of two people at once, comfortably framed in a mid-shot.
OSS/OTS	Over-the-Shoulder Shot Looking from behind one person to the subject.
POV	Point-of-View Shot Shot from the subject's perspective.
NOD	Noddy Shot Usually refers to a reverse shot on an interviewing nodding or otherwise responding to a subject.
WTR	Weather Shot The subject is the weather.

Ordem do Dia 5/5

Curta: Pés Que Te Quero
Fortaleza, terça-5/4/2016

Locação - Bar du Dé

Endereço- R. Fonseca Lobo, 100, Aldeota/ rua em frente ao detran da S.Dumont

Base de Alimentação- Na locação

Chamada de equipe- 17:00

Preparação- 17 as 18 hrs **Rodando**-18:30

Jantar- 18:00 as 18:30

Fim de filmagem-5:00

Desprodução-6:00

Objetos de Cena:

Caixa de som, globo de espelho, pedestal c/ microfone, luzes de led, maquina de fumaça, dimmer.

ELENCO:

1.ANA,2.JOÃO,3.MARIA,4.JOSÉ,FIG. Figuração

CENA	PLANO	ENQUADRAMENTO	SNOPSE DO PLANO	ELENCO
1	1	EST	Plano aberto da rua aonde fica o bar da amizade.	1,2,3,FI G
1	1A	LS	Plano aberto do outro lado da calçada mostrando a fachada do bar da amizade.	1,2,3,FI G
2	2	Dolly in lateral/FS/Master Scene	Movimento lateral de Dolly à esquerda. Toda cena com diálogos do João e Maria. Da pág 2 a 3.	1,2,3,FI G
2	2A	CU	Close up de João no diálogo. Camera na mão.	1,2,3,FI G
2	2B	CU PERFIL	Close up Perfil de João do lado esquerdo.	1,2,3,FI G
2	2C	ECU	Super close up de João. Camera na mão (movimento leve)	1,2,3,FI G
2	2D	CU	Quando João terminar a música ele trocará olhares com Maria, com leve sorriso.	1,2,3,FI G

2	2E	CU/INSERT	Insert dos pés do João caminhando para palco.	1,2,3,FI G
2	2F	ECU/INSERT	Super close up, camera na mão mostrando João preparando o violão, dando o primeiro toque no violão com os dedos.	1,2,3,FI G
2	2G	ECU	Super close up da boca e olhos de João cantando a música, câmera na mão livre.	1,2,3,FI G
2	2H	Dolly out/ECU	Movimento de dolly para trás mostrando os pés de Maria chegando no Bar da amizade, até o ponto aonde ela vai assistir João tocar. Ela chega com a sua amiga Zulmira.	1,2,3,FI G
2	2J	MCU	Plano médio close up de Maria chegando, com a câmera fixa. Com o ponto do foco fixo. (ela andando no ponto de inicio sem foco, ganhando foco no ponto final de chegada)	1,2,3,FI G
2	2K	French over 2 shot/CU	French over com Zulmira cochichando no ouvido de Maria. E Maria falando o seu primeiro diálogo. João tocando no fundo.	1,2,3,FI G
2	2L	CU/Perfil	Close up de perfil de Maria Prestando atenção a João.	1,2,3,FI G
2	2M	ECU	Super Close de Maria sorrindo ao saber que o João está solteiro.	1,2,3,FI G
2	2N	MCU 2 Shot	Plano médio close -up de Zulmira sussurrando para maria.	1,2,3,FI G
2	2P	Dolly out/ECU	Dolly acompanhando os pés de Maria andando em Direção a João. Permanecendo nos pés de João e Maria.	1,2,3,FI G
2	2Q	MS 2 Shot	Camera parada em Zulmira (estando de Perfil), Maria volta e fala o seu	1,2,3,FI G

			último diálogo. As duas saem de quadro.	
2	2R	MS Group Shot/INSERT	Plano médio do público aplaudindo João.	1,2,3,FI G
2	2S	MS Group Shot/INSERT	Plano médio do público prestando atenção, e preocupação.	1,2,3,FI G
2	2T	ECU	Super close up de pés entrando no Bar da Amizade.	1,2,3,FI G

8	8	MS/2 SHOT	João e Maria dançam no bar da Amizade. Eles dois entram no quadro .	1,2,3,F IG
8	8A	CU/2 SHOT	De João e Maria dançando bem juntinhos. Obs.: Dependendo dos atores para um selinho.	1,2,3,F IG

ANEXO C – PARECER DO COMITÉ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE VÍDEO EDUCATIVO PARA PROMOVER AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES E PÉ EM RISCO

Pesquisador: LUCIANA CATUNDA GOMES DE MENEZES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47663215.5.0000.5534

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.235.019

Apresentação do Projeto:

O diabetes mellitus (DM) é considerado uma das doenças que mais afetam o homem contemporâneo e acomete populações de todo o mundo, independente de nível de desenvolvimento econômico e social. Requer educação permanente e estímulo ao autocuidado para a prevenção de complicações agudas e redução dos riscos de complicações em longo prazo, dentre elas o pé diabético. Para evitá-las ou postergá-las o paciente precisa aprender a se autocuidar. Nesse contexto, evidencia-se que a educação em saúde com enfoque no autocuidado é aspecto fundamental no tratamento da pessoa com DM e pé em risco. Considerando a relevância de tecnologias educativas com enfoque na promoção do autocuidado com os pés de pacientes com DM, optou-se pela Teoria do Autocuidado de Orem para fundamentar este estudo. Diante dessa problemática, o objetivo geral deste trabalho é: Testar os efeitos de um vídeo educativo para a promoção do autocuidado sobre complicações nos pés de pessoas diabéticas, e específicos: Construir um vídeo educativo para prevenção de complicações nos pés em pessoas com diabetes e pé em risco; Validar o conteúdo e características técnicas do vídeo educativo desenvolvido; Validar o vídeo educativo junto à população-alvo; Comparar o autocuidado para prevenção de complicações dos pés entre o Grupo Controle e Grupo Intervenção e Verificar a ocorrência de complicações nos pés nos Grupo Controle e Grupo Intervenção nos três

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.235.019

meses de acompanhamento. Estudo metodológico e experimental do tipo Ensaio Clínico Controlado e Randomizado (ECCR). Inicialmente pretende-se construir vídeo educativo e validar por proficientes das áreas de enfermagem envolvendo profissionais docentes e assistenciais com experiência nos cuidados com pessoas diabéticas, tecnologias educativas, validação de instrumentos e de comunicação para validação de conteúdo, aparência e também de técnica respectivamente. Em seguida será realizado um ECCR, que ocorrerá no período de junho de 2016 a junho de 2017 em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Executiva Regional V em FortalezaCeará-Brasil. Na pesquisa experimental, a intervenção empregada será o uso de um vídeo educativo a um determinado grupo sobre o autocuidado com os pés. Para coletar dados utilizar-se-á um instrumento contendo os conhecimentos e habilidades sobre o autocuidado com o pé. Este será utilizado na avaliação inicial e na avaliação final após assistirem ao vídeo educativo. Da amostra fará parte 153 pacientes compondo o grupo de intervenção que serão acompanhados, assistirão ao vídeo educativo e após três meses serão avaliados por pesquisadores treinados utilizando o instrumento da avaliação inicial. O grupo controle receberá orientações dos profissionais das unidades que os acompanham em consultas a cada três meses, ocasião que serão avaliados por pesquisadores treinados utilizando o instrumento da avaliação inicial. Os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos serão respeitados em acordo com a Resolução 466/12 e o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Os dados serão organizados em um banco de dados na planilha Microsoft Office Excel, posteriormente transportado para o software SPSS versão 20.0, e serão apresentados em tabelas e gráficos. A análise estatística dos dados será por meio de medidas de tendência central, medidas de dispersão e testes de associação e de diferença de média e coeficientes de correlação, com nível de significância $p < 0,05$. A discussão e interpretação serão fundamentadas na literatura atualizada sobre o tema.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Testar os efeitos de um vídeo educativo para a promoção do autocuidado sobre complicações nos pés de pessoas diabéticas

Objetivo Secundário:

- a) Construir um vídeo educativo para prevenção de complicações nos pés em pessoas com diabetes e pé em risco;
- b) Validar o conteúdo e características técnicas do vídeo educativo desenvolvido;
- c) Validar o vídeo

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.235.019

educativo junto à população-alvo;
d) Comparar o autocuidado para prevenção de complicações dos pés entre o GC e GI; e) Verificar a ocorrência de complicações nos pés nos GC e GI nos três meses de acompanhamento

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Para os proficientes, como o instrumento e roteiro do vídeo serão encaminhados online, a pesquisadora não terá como avaliar os riscos. Para os pacientes participantes, os riscos serão mínimos, pois não haverá procedimentos invasivos, mas poderá existir cenas no vídeo que causem alguns desconfortos. Se tal fato ocorrer, a pesquisadora se dirigirá ao participante, perguntará o que está incomodando e se deseja continuar naquele momento da pesquisa, em outro momento ou desistir da mesma.

Benefícios:

O uso de um vídeo educativo se constitui mais um subsídio para promover autocuidado às pessoas diabéticas com pé em risco proporcionando informações sobre como evitar complicações nos pés para reduzir os índices de morbidade e mortalidade, tempo prolongado de hospitalização e melhoria na qualidade de vida dos pacientes. Para os profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros da atenção básica, possam contar com esse recurso para a melhoria da qualidade da consulta de enfermagem ao paciente diabético.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevância e Justificativa - OK!

Durante a experiência profissional da autora que foi exacerbada especificamente no estágio de feridas da Especialização em Estomatoterapia quando teve-se contato com portadores de úlceras no pé diabético e na realização de uma pesquisa em uma unidade básica de atendimento durante o Mestrado, sentiu-se significativo descontentamento com o modo normativo, prescritivo, diretivo e pouco resolutivo das consultas de enfermagem (MENEZES, 2013). Diante da situação, buscou-se na literatura embasamento científico sobre estratégias educativas destinadas às pessoas diabéticas. Deparou-se com alguns referenciais que, teoricamente, respondiam às inquietações, e decidiu-se tomar seus fundamentos e estratégias para a construção de uma tecnologia inovadora destinada ao autocuidado da pessoa diabética com pé em risco. No entanto, estudos que avaliem o

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.235.019

efeito educativo quer com o uso de tecnologias ou por meio de intervenções convencionais em pessoas diabéticas com pé em risco são escassos como mostram os resultados da revisão integrativa realizado pela autora, tanto no cenário brasileiro quanto no internacional, principalmente em relação às mudanças de atitudes para adesão ao autocuidado.

Em seu estudo, Otero, Zanetti e Ogrizio (2008) perceberam alguns benefícios da inclusão dos diabéticos num programa de educação em saúde. Destacaram-se um melhor controle metabólico, controle da PA, busca de uma alimentação saudável, melhor convivência com diabéticos e sua aceitação emocional. Silva et al. (2009) acrescentam ainda a redução dos custos por favorecer o autocuidado e mais autonomia sobre as decisões relacionadas à própria saúde.

Neste âmbito, percebe-se que as intervenções efetivas realizadas por enfermeiros, como educação em saúde e o uso de materiais educativos, melhorariam o autocuidado em indivíduos com DM. A tecnologia educacional é uma estratégia inovadora e eficaz para envolver as pessoas diabéticas no seu tratamento, sobretudo por favorecer o controle da doença e a prevenção de complicações (PEREIRA et al., 2012).

Ao longo dos anos, como observado, a enfermagem vem, embora de forma incipiente, produzindo elementos construtivos de produção tecnológica. Ao cogitar sobre a elaboração de tecnologias inovadoras para o cuidado clínico de enfermagem nos diferentes cenários da prática profissional, sobressai o uso de tecnologias educativas como recurso para a educação em saúde das pessoas diabéticas com pé em risco. Então, os profissionais passam além de consumidores a produtores de tecnologias educativas.

Portanto, para que as estratégias educativas sejam eficazes para as pessoas diabéticas, alguns princípios devem fundamentar essa ação: desejo e necessidade de aprender sobre a doença, idade e maturidade; interesse na atividade empregada; importância do assunto abordado; progressividade das etapas (do simples para o complexo); dinamismo; resolução de problemas; reavaliação, evolução e a educação continuada (LEITE et al., 2008).

Cumprе ressaltar: novas tecnologias estão sendo construídas de maneira mais atrativa para os pacientes, como vídeos, CDs, jogos de computador, mensagem de texto com informações, lembretes telefônicos, dentre outras. Com base no pressuposto segundo o qual é preciso acompanhar essas inovações tecnológicas mediante as demandas das pessoas diabéticas com pé em risco, ao ver da autora, os vídeos educativos podem se constituir em formas de dinamizar o ensino revelando-se como uma opção eficaz para a educação em saúde na atenção primária.

Sperotto (2010) afirma que o vídeo é uma combinação de imagem, som e movimento, tocando os sentidos de quem os assiste. É nesse contexto que o uso de vídeos educativos pode ser

Endereço: Av. Sílas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.235.019

importante, pois pode promover avanços no sentido de se conseguir capturar a atenção dos pacientes, bem como despertar a sua curiosidade e interesse com relação aos cuidados abordados.

Dessa forma, ter identificado apenas um estudo utilizando vídeos educativos na literatura, impulsionou a autora a elaborar um vídeo, pois acredita ser um instrumento inovador que facilita o processo de ensino-aprendizagem auxiliando as pessoas diabéticas nos cuidados com os pés para a prevenção de lesões e/ou amputações. Além disso, facilita também o trabalho do enfermeiro e melhora a qualidade da assistência por eles prestada (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Diante do exposto, surgiu nessa pesquisa o seguinte questionamento: Quais os efeitos do uso de um vídeo educativo para a promoção do autocuidado das pessoas com diabetes e pé em risco?

Nesse âmbito, defende-se a seguinte tese: o vídeo educativo sobre os cuidados com os pés favorece a prática do autocuidado na prevenção de complicações.

A proposta de educar em saúde com auxílio do vídeo estará focada no desenvolvimento de ações que promovam o autocuidado. Auxiliar a pessoa diabética com pé em risco e sua família no reconhecimento da sua condição e situação de vida e saúde, prover informações sobre os cuidados com os pés, incentivar a implementação de atitudes que contribuem na prevenção de complicações são ações que podem contribuir na manutenção do estado de saúde e de uma vida com mais qualidade, mesmo com a cronicidade da doença.

Portanto, acredita-se que a construção de um vídeo educativo propõe gerar subsídios para que os profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros da atenção básica, possam contar com esse recurso para promover autocuidado fundamentado em Orem às pessoas diabéticas com pé em risco. Será uma forma de contribuir para a melhoria da qualidade da consulta ao paciente diabético, além de proporcionar contribuições importantes na prevenção de lesões nos pés. Atenta principalmente para a detecção precoce das complicações, por meio de orientações promovidas adequadamente e cuidados mais específicos empregados de maneira inovadora. Além de reduzir os índices de morbidade e mortalidade pela doença, os custos ocasionados pelo tempo prolongado de hospitalização e serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde, promovendo melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Quanto ao TCLE:
 - Em forma de convite? Ok
 - Apresenta o título e o objetivo da pesquisa? Ok
 - Explicita adequadamente os riscos e benefícios? Ok
 - Consta o telefone, endereço e email do CEP? ok.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.235.019

- Há telefone, email, nome completo e campo para assinatura do pesquisador responsável? Falta e-mail do pesquisador.

- Quanto a Folha de rosto:

- Contém a assinatura do pesquisador responsável? ok.
- Contém a assinatura e carimbo do responsável pela instituição a onde se realizará a pesquisa? ok.

- Quanto a Carta de Anuência:

- O número de cartas de anuência corresponde ao número de instituições a onde será realizada a pesquisa? ok.
- Está descrito o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal? ok.
- Está descrito na carta de anuência exatamente o que será realizado na instituição? ok.
- Está descrito o período em que os dados serão coletados? ok.
- Apresenta o carimbo da instituição e assinatura do responsável? ok.

- Quanto ao Termo de Fiel Depositário:

- Estão descritos os documentos que serão analisados? não se aplica.
- Estão descritos título e objetivos da pesquisa? não se aplica
- Garante o anonimato dos participantes e os princípios éticos de apenas analisar os dados referentes ao estudo? não se aplica.

- Quanto ao cronograma:

- Está adequadamente descrito, indicando quando começará cada fase do estudo? ok.
- Inicia-se apenas após aprovação do CEP? ok.

- Quanto ao orçamento:

- Há financiamento próprio? ok.
- Descreve o que será gasto e com recurso de qual instituição? ok.
- Há coerência entre o método e o orçamento? ok.

Recomendações:

Sem sugestões. Não esquecer de colocar email da pesquisadora nos TCLE.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.235.019

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nesse campo é necessário detalhar as pendências.

É necessário incluir/alterar/melhorar TCLE? Incluir email da pesquisadora.

É necessário incluir/alterar/melhorar carta de anuência? não.

É necessário incluir/alterar/melhorar termo de assentimento? não se aplica.

É necessário incluir/alterar/melhorar termo de fiel depositário? não se aplica.

É necessário incluir/alterar/melhorar cronograma? não.

É necessário incluir/alterar/melhorar orçamento? não.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	27/07/2015 18:51:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TESE PROJETO PAI.docx	27/07/2015 18:52:20		Aceito
Folha de Rosto	folhe de rosto assinada.jpg	27/07/2015 18:41:30		Aceito
Outros	INSTRUMENTOS DE COLETA.docx	27/07/2015 19:00:44		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	COGTES 1.jpg	27/07/2015 19:04:28		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	COGTES 2.jpg	27/07/2015 19:04:57		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PEDRO CELESTINO.jpg	28/07/2015 14:28:48		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	JOSÉ PARACAMPOS.jpg	28/07/2015 14:30:36		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO 547594.pdf	28/07/2015 14:45:54		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.235.019

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 18 de Setembro de 2015

PP: Ana Karolina Cavalcanti R. Lopes

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira (Coordenador) Prof.ª. Dra. Maria Salete Bessa Jorg. PRESIDENTE
COMITÊ DE ÉTICA UECE

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br

1/1