

Artigo Original de Investigação

Da cabeça aos pés: risco de complicações e prática de autocuidados podológicos em pessoas com diabetes institucionalizadas por doença mental grave

From head to toe: risk of complications and podiatric self-care practices in people with diabetes institutionalised due to severe mental disease

Catarina Pinto¹, Sofia Baptista^{2,3,4}, João Martiniano^{5,6}, Matilde Monteiro-Soares^{3,5,6*}

¹ Unidade de Saúde Local de Entre Douro e Vouga (ULSEDV), Santa Maria da Feira. catarina.t.pinto@ulsedv.min-saude.pt ² MEDCIDS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. baptistas@med.up.pt

³ CINTESIS@RISE – Health, Porto. msoares@escvp.eu

⁴ Hospital CUF Porto, Porto.

⁵ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Área de Ensino de Podologia, Lisboa. jmartiniano@esscvp.eu

⁶ CrossI&D: Research Center, Lisboa.

Introdução: Na pessoa com diabetes e, particularmente, na que apresenta concomitantemente patologia do foro mental, a prevenção de complicações podológicas baseia-se no incentivo à educação, autocuidado e vigilância regulares. **Objetivo:** Estratificar as pessoas com diabetes institucionalizadas por doença mental grave no Centro Hospitalar Conde Ferreira (CHCF), no Porto, de acordo com a classificação de risco para o desenvolvimento de úlceras de pé diabético do International Working Group on Diabetic Foot (IWGDF), quantificar a presença de alterações podológicas e avaliar a prática de autocuidados podológicos. **Métodos:** Foram identificados os utentes desta instituição que apresentavam diabetes e foi recolhida a respetiva informação sociodemográfica e clínica. De seguida, foram avaliados os cuidados podológicos, as patologias podológicas presentes e o grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pé diabético. **Resultados:** Os participantes (n=28) eram mais frequentemente do sexo masculino (n=20) com diagnóstico de esquizofrenia (n=12) e período de institucionalização mediano de 10 anos. Os participantes apresentavam maioritariamente um grau de risco moderado (categoria 2) (n=14), tendo sido diagnosticada neuropatia periférica em 21 utentes e doença arterial periférica em 6; 16 utentes apresentavam corte ungueal incorreto, 11 onicomicose e 9 onicogrifose. Adicionalmente, 11 sujeitos usavam calçado inadequado e 13

meias desajustadas. **Conclusão:** A maioria das pessoas com diabetes institucionalizadas no CHCF apresentava risco de desenvolvimento de complicações podológicas (IWGDF \geq 1). É necessário prestar cuidados regulares, especializados e direcionados a estes indivíduos de forma a evitar úlceras e amputações.

Introduction: In people with diabetes, particularly those who also have mental health issues, the prevention of foot complications is based on encouraging regular education, self-care, and monitoring. Objective: To stratify the people with diabetes institutionalised due to severe mental disease at the Conde Ferreira Hospital Centre (CFHC), in Porto, according to the risk of developing foot ulcers from the International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF), quantify podiatric alterations and assess foot self-care habits. Methods: Patients at this institution with diabetes were identified, and their sociodemographic and clinical information were collected. Next, podiatric care, podiatric pathologies, and the degree of risk for developing diabetic foot ulcers were assessed. Results: Participants (n=28) were more often male (n=20) with a diagnosis of schizophrenia (n=12) and median institutionalization period of 10 years. Most participants had a moderate risk level (category 2) (n=14), with peripheral neuropathy diagnosed in 21 patients and peripheral arterial disease in 6; 16 patients had poor nail cutting, 11 had onychomycosis, and 9 had onychogryphosis. In addition, 11 subjects wore inappropriate footwear and 13 wore ill-fitting socks. Conclusion: Most people with diabetes institutionalized in the CFHC were at risk of developing podiatric complications (IWGDF \geq 1). It is necessary to provide care. Regular, specialized, and targeted care is needed for these individuals to prevent ulcers and amputations.

PALAVRAS-CHAVE: *Cuidados de saúde primários; diabetes mellitus; pé diabético; perturbações psiquiátricas; prevenção.*

KEY WORDS: *Primary health care; diabetes mellitus; diabetic foot; psychiatric disorders; prevention.*

Submetido em 04.12.2025; Aceite em 12.03.2026; Publicado em 31.03.2026.

* **Correspondência:** Matilde Monteiro-Soares

Email: msoares@esscvp.eu

<https://doi.org/10.67012/BCAD3595>

© 2026 Os autores. Este artigo encontra-se licenciado sob *Creative Commons Attribution 4.0 International* ([CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/))

INTRODUÇÃO

A prevalência da Diabetes em Portugal ronda os 14%, correspondendo a mais de 1 milhão de portugueses (entre os 20 e os 79 anos) com diabetes¹. Estima-se que cerca de 25% de todas as pessoas com diabetes desenvolvam lesões nos pés², nomeadamente devido à neuropatia sensitivo-motora e/ou à doença arterial periférica (DAP). As complicações podológicas relacionadas com a diabetes frequentemente surgem como infeção, ulceração ou destruição de tecidos do pé, culminando, em muitos casos, em amputação. De acordo com o Observatório Nacional da Diabetes, em 2024, observaram-se 2254 internamentos com amputações do membro inferior¹.

Comportamentos e/ou hábitos higiénicos inadequados, questões sociais e mentais agravam as características incapacitantes de complicações no pé, assim como limitam a procura de cuidados de saúde podológicos³. As intervenções para reduzir o número de complicações associadas à diabetes partem de um pensamento estratégico, com base numa perspetiva equitativa e numa ação de saúde pública com foco nos cuidados de saúde primários (CSP)⁴.

Na pessoa com diabetes mellitus (DM) e, particularmente, nas que apresentam patologia do foro mental concomitante, a prevenção baseia-se na educação do utente, dos seus familiares e dos profissionais de saúde que lhes prestam cuidados, no autocuidado e na vigilância do pé de forma sistemática e regular.

São várias as definições que existem de doença mental. No entanto, em todas elas, é consensual o facto de ser uma condição médica que afeta a forma como a pessoa pensa, o estado de humor, os sentimentos, a capacidade de se relacionar com os outros ou de conseguir gerir as exigências do quotidiano⁵.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número estimado de pessoas com perturbações mentais na Europa, em 2015, era de 110 milhões⁶. Em Portugal, estima-se que a proporção de pessoas com diagnóstico de perturbações psiquiátricas seja de 23%, ocupando o segundo lugar entre os países europeus com uma maior prevalência².

A relação entre doença mental grave — como a esquizofrenia, depressão e a perturbação bipolar — e o risco metabólico é bidirecional e crítica, sendo que o síndrome metabólico tem maior predominância nesta população com conseqüente risco aumentado de obesidade e diabetes tipo 2. Se, por um lado, esta associação deve-se a fatores genéticos e de estilo de vida (particularmente o sedentarismo e dieta inadequada), sabe-se que a medicação antipsicótica ou antidepressiva, assim como os estabilizadores de humor, podem estar na base do aumento de peso⁷.

Por exemplo, a depressão está associada a um aumento de 60% do risco de diabetes tipo 2, ao desenvolvimento de maior sintomatologia, a um menor controlo glicémico e ainda maior mortalidade por todas as causas inerentes^{8,9}. A depressão major, por sua vez, está associada a um risco aumentado de complicações microvasculares e macrovasculares clinicamente significativas nos cinco anos seguintes, mesmo após controlo desta e ensino de atividades de autocuidado⁹.

Adicionalmente, a saúde mental é indissociável da saúde física. Se, por um lado, a doença do foro mental está associada a um aumento de risco de doença física (com impacto importante na autonomia), por outro, a doença física aumenta o risco de doença do foro mental.

Todos estes fatores combinados induzem a uma dificuldade em realizar os autocuidados, assim como influenciam a motivação e a adesão aos mesmos. Em casos mais severos, isto é, em pessoas com DM e lesões nos pés, verificam-se maiores

níveis de depressão e prejuízo da qualidade de vida, impactando ainda mais o desempenho funcional e a capacidade de realizar tarefas quotidianas⁸.

As pessoas com transtornos mentais descrevem um grande impacto dos seus sintomas, sendo que estes interferem com a sua autonomia, independência, qualidade de vida e geram um estigma social associado à doença³. Assim, é necessário desenvolver a capacidade de adaptar as intervenções às características da pessoa com doença do foro mental e individualizar os cuidados às suas circunstâncias¹⁰.

A rede de CSP tem dedicado particular esforço à vigilância e prevenção das complicações relacionadas com a diabetes. No entanto, existe uma difícil articulação entre as instituições com internamentos prolongados e os CSP o que impacta a necessidade de vigilância dos cuidados com a DM e com os pés, não sendo muitas vezes o foco do internamento e dos cuidados a prestar. Uma revisão sistemática com meta-análise, descreveu que as pessoas com doença mental diagnosticada tinham menor probabilidade de receber uma avaliação podológica do que a população com diabetes em geral¹¹.

Outro estudo apontou que, apesar do risco aumentado de diabetes e doença cardiovascular, muitas pessoas com patologia mental grave têm acesso limitado aos cuidados de saúde gerais, com menor oportunidade de rastreio do risco cardiovascular, da diabetes e suas complicações e de receber medidas preventivas do que numa população não psiquiátrica⁷.

A informação relativa à população institucionalizada devido à patologia do foro mental é ainda escassa. E, que se saiba, não existe qualquer estudo nacional que foque nesta população em particular. De forma a colmatar esta falta de evidência, este estudo teve como objetivo

primário estratificar as pessoas com diabetes institucionalizadas por doença mental grave no Centro Hospitalar Conde Ferreira (CHCF), no Porto, de acordo com a classificação de risco para o desenvolvimento de úlceras de pé diabético do *International Working Group on Diabetic Foot (IWGDF)*¹². Como objetivos secundários, procurou-se quantificar a presença de alterações podológicas e avaliar a prática de autocuidados podológicos.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional transversal descritivo e unicêntrico, com amostragem por conveniência. Foram incluídos todos os utentes adultos com diabetes, institucionalizados no CHCF, no Porto, que aceitaram participar no estudo. Não foram aplicados critérios de exclusão.

Este estudo obteve autorização por parte da comissão de ética da instituição (ata n.22/2021) e para a participação no estudo foi obtido o respetivo consentimento informado junto do utente, familiar/tutor responsável e/ou assistente social representante deste.

O CHCF assume hoje, no Serviço Nacional de Saúde, o carácter de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e tem como objetivo a promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de Medicina preventiva, curativa e de reabilitação, em particular, das pessoas com patologia do foro mental e psiquiátrico.

Esta instituição possui seis enfermarias em funcionamento e um hospital de dia dedicado à população-alvo de pessoas com doença mental grave que necessitam de programas de reabilitação, de uma resposta individualizada de cuidados que lhes proporcionem a melhor integração possível na comunidade e uma otimização da qualidade de vida.

Embora exista uma integração dos cuidados com a identificação dos utentes com necessidade de cuidados podológicos pela equipa de enfermagem e encaminhamento pela equipa médica e de reforço do ensino relativo aos cuidados podológicos a ter, a consulta de Podologia não se encontra inserida numa equipa multidisciplinar, mas atua numa ótica de prestação de serviços associados à prática clínica de forma isolada.

A consulta de Podologia do CHCF não é um serviço prestado de forma regular, funcionando exclusivamente mediante solicitação médica expressando a necessidade de consulta para cuidados podológicos ao utente. Adicionalmente, a consulta não é aberta a utentes do exterior e tem uma agenda limitada geralmente a um máximo de seis utentes por período de atuação.

O consultório está situado junto às consultas externas e equipado de acordo com as características necessárias ao exercício da atividade, nomeadamente, cadeira elétrica, móvel de apoio com micromotor, instrumental e material clínico. No entanto, os registos clínicos são efetuados em suporte físico e arquivados no gabinete de Podologia, não havendo acesso direto a estes por parte da equipa médica ou de enfermagem o que dificulta a comunicação interprofissional.

Recolha de dados

Após obtido o consentimento informado, foi aplicado um questionário e realizada a colheita de dados (de 30 de março a 8 de junho de 2022), em duas fases.

Na 1ª fase, foram recolhidas as respetivas variáveis com a informação sociodemográfica (idade, sexo e nível de escolaridade) e clínica junto da equipa médica e de enfermagem de cada um dos participantes. A informação clínica recolhida refere-se a motivo de internamento, tempo de

institucionalização, terapêutica hipoglicemiante (insulina ou anti-diabéticos orais), presença de co-morbilidades (dislipidemia, hipertensão arterial, retinopatia, nefropatia, doença cardiovascular e doença auto-imune) e história de úlcera podológica e/ou amputação de membro inferior prévia.

Numa 2ª fase, cada utente foi avaliado por um Podologista relativamente aos seus cuidados e patologias podológicas, realizada a avaliação neurológica (com recurso ao teste de monofilamento de 10 g e ao teste de diapasão de 128 Hz), e avaliação vascular, através da palpação de pulsos, de acordo com as definições e classificação descritas pelo IWGDF, em 2023, nas suas recomendações práticas^{12,13} de forma a determinar o risco de desenvolvimento de úlceras de pé diabético.

Em resumo, o monofilamento foi aplicado na polpa do hallux, região plantar da primeira e quinta cabeças metatársicas. Em cada local o monofilamento foi colocado de forma a dobrar duas vezes e foi simulado um toque. Uma identificação incorreta da pressão aplicada em pelo menos um dos locais num pé foi considerada uma alteração da sensibilidade protetora. O diapasão foi aplicado na superfície dorsal do hallux, ao nível da base da falange distal. A incapacidade de identificar a vibração em pelo menos um dos lados foi considerada como alteração da sensibilidade vibratória. O diagnóstico de neuropatia foi considerado desde que um dos testes tenha apresentado um resultado alterado.

Relativamente à doença arterial periférica, foi diagnosticada quando dos quatro pulsos podológicos apenas dois ou menos eram palpáveis.

A classificação de risco de complicações podológicas em pessoas com DM do IWGDF¹² estratifica-as nos seguintes grupos:

- Risco muito baixo (ou categoria 0) as pessoas que não apresentam perda de

sensibilidade protetora nem doença arterial periférica;

- Risco baixo (ou categoria 1) as pessoas com perda de sensibilidade protetora ou doença arterial periférica de forma isolada;
- Risco moderado (ou categoria 2) as pessoas com perda de sensibilidade protetora e doença arterial periférica ou uma delas em concomitância com deformidade podológica;
- Risco elevado (ou categoria 3) as pessoas com perda de sensibilidade protetora e/ou doença arterial periférica e pelo menos mais uma das seguintes: história de úlcera podológica; história de amputação de membro inferior (minor ou major), insuficiência renal crónica terminal.

Após a avaliação destes utentes e a sua respetiva estratificação de risco de complicações podológicas pelo Podologista, foi enviada ao médico responsável a respetiva informação e foi sugerido o início ou manutenção de tratamento de patologias não ulcerativas presentes pelo mesmo profissional quando se encontravam presentes.

Análise estatística

Devido ao tamanho amostral reduzido, foi realizada unicamente uma análise descritiva dos dados recolhidos. Para variáveis contínuas foram descritos os valores médios e respetivo desvio padrão, ou valores medianos e respetivo intervalo interquartil (P25-P45), de acordo com a normalidade da distribuição avaliada através da visualização dos histogramas. Para as variáveis categóricas foram descritas frequências absolutas e relativas. A análise dos dados foi realizada recorrendo ao *software* Excel (versão 2021).

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Dos 32 utentes institucionalizados que apresentavam um diagnóstico concomitante de DM, 28 (88%) foram incluídos no estudo. Os

participantes eram maioritariamente do sexo masculino, com uma idade mediana de 64 anos (Tabela 1). O diagnóstico de internamento mais frequente foi a esquizofrenia (44%), com um período mediano de institucionalização de cerca de 10 anos.

Os utentes apresentavam um diagnóstico prévio de retinopatia em quatro (14%) casos, nefropatia em um (4%); 17 (61%) apresentavam dislipidemia e 11 (39%) hipertensão arterial.

Avaliação clínica do pé

Relativamente às patologias dérmicas, as mais frequentes foram as hiperqueratoses (n=6, 21%) e relativamente às patologias ungueais foram as onicomicoses (n=11, 39%) e as onicogrifoses (n=9, 32%) (Tabela 2).

Quanto à avaliação da sensibilidade protetora, verifica-se que 19 utentes (68%) tinham a sensibilidade preservada ao teste de monofilamento e apenas sete utentes (25%) com perceção do teste de diapasão (sensibilidade vibratória). Quanto à avaliação vascular, obtivemos pulsos palpáveis referentes à artéria tibial posterior em 22 utentes (79%) e relativamente à artéria pediosa em 25 utentes (89%). Os utentes negaram maioritariamente dor em repouso (presente em três utentes; 11%) ou claudicação intermitente (presente em dois utentes; 7%).

Relativamente a lesões ulcerativas ou pré-ulcerativas, dois participantes (7%) apresentavam uma úlcera ativa no pé e um (4%) onicocriptose.

Práticas de autocuidado e utilização de cuidados de saúde

Apenas seis (21%) utentes tinham tido uma consulta nos CSP há menos de um ano. No total, 12 (43%) dos utentes eram dependentes de cuidados e 17 (61%) referiram não ter qualquer preocupação com os seus pés. No entanto, 75% referiram

cumprir os cuidados básicos podológicos indicados pelo profissional de saúde.

Quanto à prática dos autocuidados podológicos, 16 indivíduos (57%) apresentavam um corte ungueal incorreto, 11 (39%) calçado inadequado e 13 (46%) usavam meias de algodão, mas com elásticos e/ou costuras.

Grau de risco de complicações de pé diabético de acordo com a classificação do IWGDF

De acordo com a classificação de risco de desenvolvimento de complicações podológicas relacionadas com a diabetes do IWGDF (Tabela 3), os participantes foram maioritariamente classificados como categoria de risco de grau 2, risco moderado (n=14, 50%).

De acordo com a estratificação de risco, 82% dos participantes foram classificados como estando em risco de desenvolver complicações podológicas relacionadas com a diabetes, isto é, foram categorizados como sendo de grau 1 (baixo risco) a grau 3 (alto risco).

DISCUSSÃO

Na amostra do estudo, mais de 80% dos participantes foram considerados como estando em risco de desenvolver úlceras podológicas relacionadas com a diabetes e apresentam assim a necessidade de manter vigilância periódica, tratamentos e cuidados podológicos cutâneos e ungueais mais regulares.

A maioria dos utentes avaliados apresentavam alterações a nível da sensibilidade, nomeadamente na perceção do teste de diapasão de 128 Hz. Sabemos também que a gravidade de sintomas depressivos é maior nos indivíduos portadores de polineuropatia distal do que naqueles que não apresentam tal complicação e ainda que existe uma relação positiva entre sintomas depressivos e o

grau de comprometimento neuropático (sinais de neuropatia) e de sintomas neuropáticos¹⁴.

Este resultado suscitou muito interesse e poderá até sugerir um estudo futuro e investigar se existirá alguma evidência clínica, farmacológica ou científica para a ausência de sensibilidade vibratória ser mais recorrente em pessoas com patologia do foro mental (em confronto com a manutenção da sensibilidade ao monofilamento).

No entanto, apesar de nenhum dos participantes ter sido excluído por incapacidade de colaborar com os textos, poderemos questionar a validade das respostas de alguns dos indivíduos. Dado o carácter transversal do estudo, não foi possível confirmar o resultado das avaliações num momento posterior.

Embora a doença mental se possa associar a maior dificuldade dos indivíduos na gestão de outras comorbilidades, constatámos que 75% dos participantes deste estudo afirmam cumprir com os cuidados podológicos diários solicitados pelo seu profissional de saúde. No entanto, vários dos utentes já eram seguidos na consulta de Podologia e eram regularmente acompanhados nas enfermarias pela Enfermagem, o que poderá influenciar positivamente os resultados relativos aos cuidados podológicos. E, por outro lado, a maioria apresentava cuidados ungueais incorretos e quase metade calçado inadequado o que indica uma falha na perceção da adequação dos autocuidados.

Uma boa comunicação entre os CSP e os cuidados de saúde secundários (CSS) é essencial no sentido de melhorar a prestação de cuidados continuados e integrados aos utentes⁹. No entanto, 79% dos utentes observados não tinham registo de consulta nos CSP há mais de um ano.

Estes dados indicam que em populações institucionalizadas, a prevenção de complicações

do pé diabético depende menos do autocuidado individual e da gestão a nível dos cuidados de saúde primários, e mais da organização e sensibilização das equipas assistenciais das respetivas instituições que fornecem cuidados prolongados a esta população. Por outro lado, é essencial incluir estas instituições e esta população no âmbito dos programas estruturados de rastreio de complicações relacionadas com a diabetes. No caso do pé diabético, a manutenção de uma equipa multidisciplinar incluindo médico, enfermeiro e podologista deve ser assegurada em consonância com as recomendações internacionais¹².

A falta de conhecimento sobre a doença, o diagnóstico tardio de neuropatia periférica e/ou doença arterial periférica, com a falta de cuidados preventivos, o acompanhamento insuficiente por parte de profissionais da saúde, além do precário autocuidado dos utentes, favorecem o desenvolvimento de complicações de pé diabético. Dessa forma, há necessidade de ações preventivas que promovam a manutenção da atividade funcional, melhoria da autopercepção de saúde e de satisfação com a vida³, assim como a análise da necessidade de integração da prestação de cuidados podológicos de forma mais sistemática a esta população.

De salientar que esta é a primeira caracterização nacional do risco de complicações podológicas em pessoas com diabetes institucionalizadas por doença mental grave.

Limitações

A maior limitação prende-se com o número reduzido de participantes, apesar de corresponder a 88% dos participantes elegíveis, de apenas uma instituição que foram incluídos de forma não probabilística.

Como limitação adicional, este estudo apresenta uma recolha de dados que, apesar de extensa, poderá ser considerada como incompleta

nomeadamente no que se refere à ausência de informação relativa ao último valor da HbA1c, duração e terapêutica relacionada com a diabetes, do índice de massa corporal, terapêutica antipsicótica e ao número total de utentes institucionalizados (impedindo o cálculo da prevalência da diabetes neste contexto).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os utentes com diabetes institucionalizados no CHCF encontram-se maioritariamente na classificação de risco moderado a alto. Este resultado reforça a necessidade de reformular os cuidados integrados referentes a esta população. Deverá ser garantido o acesso a cuidados podológicos regulares em coordenação direta com a equipa de enfermagem de forma a proteger de forma equitativa esta população de complicações podológicas relacionadas com a diabetes.

Como investigação futura sugere-se a realização de estudos multicêntricos, com maior tamanho amostral, desenho longitudinal e com grupo comparador que permita determinar com maior clareza as diferenças nos fatores de risco desta população, compreender a ligação da patologia mental e sua terapêutica farmacológica com o predomínio da alteração da sensibilidade vibratória e delinear intervenções estruturadas de prevenção focadas nesta população.

AGRADECIMENTOS

A equipa de autores agradece a colaboração dos profissionais de saúde do CHCF.

REFERÊNCIAS

1. Observatório Nacional da Diabetes (OND). Diabetes: Factos e números de 2022, 2023 e 2024. Observatório Nacional da Diabetes. 2025 [citada em 2025 novembro 15]. Disponível em: <https://relatorioanualdiabetes.com/>.
2. Direção-Geral da Saúde (DGS). Orientação: 005/2025. prevenção, diagnóstico e tratamento da pessoa com pé diabético. 2025 [citada em 2025 novembro 20]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0052025-de-11112025-prevencao-diagnostico-e-tratamento-da-pessoa-com-pe-diabetico-pdf.aspx>.
3. Oliveira J. Pé diabético e Depressão: Impactos na qualidade de vida do idoso. Dissertação de Curso de Pós-Graduação em Educação Física da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
4. Monteiro H. Caracterização e avaliação psicossocial de diabéticos amputados do concelho do Porto - Estudo. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2016.
5. Almeida T. Esquizofrenia e qualidade de vida: estudo comparativo entre participantes com e sem terapia ocupacional. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa; 2013.
6. Conselho Nacional de Saúde. "Sem mais tempo a perder-Saúde mental em Portugal: Um desafio para a próxima década." Lisboa: CNS, 2019.
7. Pina e Brito C, Duarte R. Doença cardiovascular e diabetes nas pessoas com doença mental grave – “Position Statement” da “European Psychiatric Association” (EPA), apoiado pela “European Association for the Study of Diabetes” (EASD) e pela “European Society of Cardiology” (ESC). *RPD*, 2010;5(3):122-124.
8. Fenton WS, Stover ES. Mood disorders: cardiovascular and diabetes comorbidity. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19(4):421-7.
9. Lin EH, Rutter CM, Katon W, et al. Depression and advanced complications of diabetes: a prospective cohort study. *Diabetes care*. 2010;33(2):264-9.
10. Jorge P, Carvalheiro J. Necessidades de cuidados em saúde mental: a perceção da pessoa com doença mental versus a do técnico. *RPPSM*. 2021;7(3):101-108.
11. Wagner E, Højlund M, Fiedorowicz JG, et al. Disparities in diabetes treatment and monitoring for people with and without mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2026;13(2):112-124.
12. Schaper NC, Van Netten JJ, Apelqvist J, et al. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40(3):e3657.
13. Van Netten J, Bus S, Apelqvist J, et al. Definitions and criteria for diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40(3):e3654.
14. Moreira RO, Amâncio AP, Brum HR, et al. Sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes diabéticos tipo 2 com polineuropatia distal diabética. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2009;53:1103-11.

Tabela 1 – Caracterização da amostra e avaliação clínica

Variáveis	Mediana (percentil 25; 75)	Frequência absoluta (n=28)	Frequência relativa (%)
SOCIODEMOGRÁFICAS			
Sexo masculino		20	71
Idade (em anos)	64 (58;84)		
CLÍNICAS			
Diagnóstico de internamento: esquizofrenia		13	44
Período de institucionalização (em anos)	10 (5;20)		
Diagnóstico prévio de dislipidemia		17	61
Diagnóstico prévio de hipertensão arterial		11	39
Dependente de cuidados		12	43
COMPLICAÇÕES REALACIONADAS COM A DIABETES			
Diagnóstico prévio de retinopatia diabética		4	14
Diagnóstico prévio de nefropatia		1	4

Tabela 2 – Patologias podológicas e prática de autocuidados

Variáveis	Descrição	Frequência absoluta (n=28)	Frequência relativa (%)
NEUROPATIA PERIFÉRICA			
	Alteração de sensibilidade protetora	19	68
	Alteração de sensibilidade vibratória	21	75
	Alteração de sensibilidade protetora e/ou vibratória	21	75
DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA			
	Ausência de palpação de pulso pedioso	3	11
	Ausência de palpação de pulso tibial posterior	6	21
ALTERAÇÕES DÉRMICAS E UNGUEAIS			
	Hiperqueratose	1	4
	Úlceras ativas no membro inferior	3	11
	Onicomicose	11	39
	Onicogribose	9	32
	Onicocriptose	1	4
DEFORMIDADE PODOLÓGICA			
	Garra digital	6	21
	Supra e/ou infradução dos dedos	4	14
	Alterações da pegada plantar	4	14
	Hallux valgus	2	7
PERCEÇÃO E PRÁTICA DE AUTOCUIDADOS			
	Refere não ter qualquer preocupação com os seus pés	17	61
	Refere cumprir com os cuidados de higiene básicos	21	75
	Apresenta hidratação inadequada	5	18
	Apresenta secagem interdigital adequada	4	14
	Apresenta cuidados ungueais inadequados	16	57
	Aplica algum tratamento ungueal	2	7
	Apresenta calçado inadequado	11	39
	Anda, por vezes, descalço	8	29
	Apresenta meias inadequadas	13	46

Tabela 3 – Distribuição dos participantes pelo risco de complicações podológicas relacionadas com a diabetes

Grau de risco de acordo com a classificação do IWGDF	Frequência absoluta (n=28)	Frequência Relativa (%)
0 ou muito baixo	5	18
1 ou baixo	7	25
2 ou moderado	14	50
3 ou elevado	2	7