

Atitudes na prevenção da doença do pé relacionada ao Diabetes Mellitus na Atenção Primária

Joseane da Silva¹ , Daniel Nogueira Cortez¹ , Heloísa de Carvalho Torres² , Ilka Afonso Reis² , André de Oliveira Baldoni¹ 

RESUMO

Objetivo: avaliar as atitudes das pessoas com risco para o desenvolvimento da doença do pé relacionada ao Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com 1.178 pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde. Aplicou-se um questionário incluindo dados sociodemográficos e clínicos e o instrumento Diabetes Attitudes Questionnaire- ATT-19, que avalia as atitudes psicológicas das pessoas frente ao DM. Foram utilizados teste qui-quadrado, modelos lineares generalizados e de regressão logística binária. **Resultados:** Atitudes negativas frente ao Diabetes Mellitus estiveram presentes em aproximadamente dois terços (63,7%) dos participantes. Na análise multivariada evidenciaram-se maiores chances de atitudes positivas para o autocuidado em pessoas do sexo masculino, com DM tipo 2, maior nível de escolaridade, com emprego e maior renda. No entanto, à exceção de ter Diabetes Mellitus tipo 2, todas essas associações deixaram de ser estatisticamente significativas após a inclusão das variáveis de confusão no modelo de regressão. **Conclusão:** A elevada frequência de pessoas com atitudes negativas frente ao DM remete à necessidade da realização de estratégias educativas direcionadas para aumentar o conhecimento e modificar as atitudes das pessoas, melhorando assim as práticas de autocuidado.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Pé diabético, Atitude, Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) apresenta-se como um problema de saúde mundial devido à sua crescente incidência e à alta prevalência de complicações¹. Dentre estas complicações, destaca-se a doença do pé relacionada ao Diabetes Mellitus (DPRDM), por ser altamente frequente, estando associada à morbidade, mortalidade e custos significativos para as pessoas com esta condição, seus familiares e sistemas de saúde. Sua incidência anual varia entre 5 e 6,3% e a prevalência de 4 a 10%, ambas mais elevadas em países com situação socioeconômica menos favorável, como é no Brasil^{1,2}.

Frente a esse contexto, é fundamental que todos os serviços estejam preparados e organizados para o cuidado integral às pessoas com DM, o qual inclui o apoio constante de uma equipe multiprofissional que oriente as pessoas quanto ao seguimento de um plano alimentar, uso correto de medicamentos, monitorização da glicemia e realização de atividades físicas. Ademais, é essencial o cuidado integrado dos pés, um dos pilares do autocuidado no DM, com identificação do pé em risco, exame regular dos pés por profissionais de saúde, orientação das pessoas para o autoexame dos pés, uso rotineiro de calçados adequados e os tratamentos recomendados dos fatores de

¹Universidade Federal de São João Del-Rei, Campus Dona Lindu, Divinópolis, (MG), Brasil

²Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, (MG), Brasil



risco¹⁻³.

Desse modo, por seu caráter crônico, o DM requer comportamentos de autocuidado ao longo de toda a vida⁴. Para a adoção destes comportamentos de autocuidado, a atitude apresenta-se como um fator determinante⁵. As atitudes consistem na decisão da pessoa em adotar ou não as medidas de autocuidado para o controle do DM. São compostas por determinantes afetivos (emoções), comportamentais e cognitivos (crença) podendo sofrer influência de outros fatores⁶⁻⁸.

Por serem reações emocionais, as atitudes podem interferir na condição de saúde positiva ou negativamente, com reflexos no estilo de vida e comportamento da pessoa com DM. A tristeza e a raiva, por exemplo, levam a um estado de humor que interfere nas práticas de autocuidado, relacionadas à inatividade física, perda do controle alimentar e diminuição da adesão ao tratamento medicamentoso. Já as emoções positivas, como a alegria, estão relacionadas à percepção da melhora da saúde, da aquisição de conhecimento e habilidades de autocuidado, contribuindo para melhoria nos processos de autocuidado e melhor gestão da doença^{6,9-11}.

Estudos revelam que pessoas com atitudes negativas demonstram dificuldade para realizar o autogerenciamento do DM e maior chance de desenvolver complicações^{10,12}. Assim, compreender os aspectos envolvidos nas atitudes das pessoas em relação ao DM pode contribuir para um melhor enfrentamento dos desafios em busca da promoção do autocuidado¹⁰. Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS), por ser um serviço que deve oferecer um cuidado integral e longitudinal às pessoas com DM, apresenta-se como um cenário ideal para identificação das atitudes e desenvolvimento de estratégias para mudança atitudinal, as quais possibilitem a adesão ao autocuidado, melhor controle da doença e prevenção de complicações^{13,14}.

Por essa razão e pela necessidade de estudos que subsidiem o enfrentamento da elevada prevalência de DM e do envelhecimento populacional brasileiro, o objetivo deste estudo foi avaliar as atitudes das pessoas com risco para o desenvolvimento da DPRDM na APS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, que foi descrito com conformidade com as recomendações com a ferramenta Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE)¹⁵. A coleta de dados ocorreu de junho de 2022 a janeiro de 2023, por visita domiciliar e/ou atendimentos individuais agendados nas unidades de saúde. A população do estudo foi constituída por pessoas com DM, tipo 1 e tipo 2, cadastradas em 24 unidades da APS de um município de médio porte do centro-oeste de Minas Gerais, Brasil,

Para definição do tamanho da amostra, considerou-se o caso de população finita (número de pessoas com DM cadastradas nas unidades de APS do município, N= 4.826), nível de confiança de 95%, prevalência de indivíduos com atitude positiva igual a 50% (pior cenário no caso de estimativa de proporções), margem de erro de no máximo 2,5%, chegando-se ao tamanho mínimo amostral necessário de n=1.165 pacientes. O sorteio foi feito dentre os cadastrados nas unidades de APS de maneira proporcional a quantidade de usuários cadastrados com DM, de modo a garantir que a amostra contivesse usuários de todas as unidades da APS, chegando a um total de 1.178 participantes.

Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: pessoas com idade ≥18 anos na data da entrevista, cadastradas nos sistemas de informação das Estratégias Saúde da Família (ESFs) urbanas do município. Em relação aos vieses de pesquisa, uma possível fonte de viés seria selecionar unidades com pouco tempo de implantação e que por isso não possuíssem

cadastro completo de seus usuários. No entanto, o critério de inclusão tentou controlar esse viés, pois a ESF deveria ter no mínimo 5 anos de implantação. Foram excluídos os usuários sem condições de saúde cognitiva para responder aos instrumentos de pesquisa, acamados ou restritos em cadeiras de rodas e aqueles que já tinham ou apresentavam a DPRDM.

Na coleta de dados, aplicou-se inicialmente um questionário, construído pelos pesquisadores, estruturado com questões referentes às características sociodemográficas, incluindo idade, sexo, cor ou raça, estado civil, escolaridade, ocupação e renda familiar. As características clínicas contemplam: classificação do DM, dificuldade de cuidar dos pés, tempo de diagnóstico DM, número de consultas, participação em grupos operativos e informações sobre os exames e as orientações relacionados aos cuidados com os pés.

Em seguida, aplicou-se a versão em português, validada no Brasil, do Questionário de Diabetes Attitudes Questionnaire (ATT-19), que é um instrumento de medida de ajustamento psicológico e emocional ao DM e que foi traduzido e validado para a população brasileira¹⁶.

Este instrumento mede o constructo atitude psicológica, gerando um escore que pode variar de 19 a 95 pontos. Quanto maior o escore, mais positiva é a atitude. Ressalta-se que não há respostas certas ou erradas. A atitude psicológica é considerada positiva se o participante alcançar uma pontuação mínima de 70 pontos. Desse modo, o ATT-19 permite compreender a aceitação da doença, e possibilita que, a partir das suas respostas, possa se avaliar a efetividade das ações dos profissionais de saúde realizadas às pessoas com DM e se realizem ajustamentos nas condutas clínicas nos serviços de saúde para uma melhor gestão do DM¹⁶.

As variáveis de exposição foram as características sociodemográficas e

clínicas. As características sociodemográficas incluíram idade (<60 anos/≥60 anos); sexo (masculino/feminino); cor ou raça (branca/outras); a categoria outras é composta por parda, negra e indígena; estado civil (casado/solteiro) a categoria solteiro é composta por viúvo, divorciado e solteiro; escolaridade (< ensino fundamental incompleto/≥ Fundamental completo); ocupação (com emprego/sem emprego), a categoria com emprego engloba empregado, aposentado, autônomo, pensionista e beneficiário da previdência social; Renda familiar (≤ 2 salários mínimos/ > 2 salários mínimos).

As características clínicas incluíram: classificação de Diabetes Mellitus (DM) (DM tipo 1/DM tipo 2); dificuldade de cuidar dos pés (sim/não); tempo de diagnóstico DM (<10 anos/≥10 anos); número de consultas (< 3 consultas/ ≥ 4 consultas); participação em grupos operativos (sim/não); pés examinados por um profissional de saúde (sim/não); recebeu orientação de como cuidar dos pés (sim/não).

A variável resposta, que são as atitudes positivas frente ao diabetes, foi avaliada através do questionário ATT-19. Trabalhou-se com a variável ATT-19 de duas formas, como variável contínua e categorizada de acordo com o ponto de corte de 70, para a qual a categoria de referência era ter o escore menor que 70 pontos (atitude negativa).

A suposição de normalidade da distribuição dos dados das variáveis quantitativas foi avaliada pela análise de histogramas. A hipótese de independência entre variáveis categóricas foi testada pelo teste de qui-quadrado.

A magnitude das associações entre as características sociodemográficas e clínicas dos participantes com as variáveis respostas contínuas que possuíam distribuição assimétrica (ATT-19) foram estimadas por meio de modelos lineares generalizados (MLG) com as seguintes variáveis explicativas: idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda e dificuldade

de cuidar dos pés. Utilizou-se o MLG com distribuição gama e função de ligação logarítmica. Os resultados representam a razão de média aritmética (RMA) obtida pela exponenciação dos coeficientes de regressão.

Para a forma categorizada do escore ATT-19, foram utilizados modelos de regressão logística binária com as seguintes variáveis explicativas: idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda, dificuldade de cuidar dos pés, classificação da DM e tempo de diagnóstico. As características que apresentaram associação estatisticamente significativa como o escore ATT-19 na análise univariada foram incluídas nos modelos de regressão.

Após a análise univariada, todas as variáveis que apresentaram associações ao nível de significância menor que 0,20 foram inseridas na análise multivariada e retidas no modelo final apenas aquelas que se mantiveram associadas à variável resposta ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas com o software Stata 14.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

O estudo seguiu todas as normas de ética em pesquisa envolvendo Seres Humanos, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com parecer 4.752.204/2021.

RESULTADOS

Das 1.178 pessoas com DM que participaram deste estudo, a maioria era do sexo feminino (64%), 61% tinham mais de 60 anos, 39% eram solteiros, 60% possuíam ensino fundamental incompleto e 53% possuíam renda de mais de dois salários mínimos. Quanto à caracterização clínica, observou-se a maior parte das pessoas (96%) apresentavam DM tipo 2, 48% realizaram menos de quatro consultas para acompanhamento do DM nos últimos 2 anos, 97% não participam de grupos de educação em DM, 75% não tiveram os pés examinados por um profissional de saúde e 73% não receberam orientações de como cuidar dos pés.

A frequência de todos participantes foi estratificada de acordo com suas características sociodemográficas e clínicas. Constatou-se que, dos 1.178 participantes deste estudo, 750 (63,7%) apresentaram escore no ATT-19 < 70 pontos, o que caracteriza atitudes desfavoráveis ou negativas frente ao DM. A análise dos fatores relacionados ao ATT-19 evidenciou maior frequência de atitudes negativas em pessoas do sexo feminino e com baixa escolaridade. Em contrapartida, possuir emprego, maior renda, DM tipo 2 e não apresentar dificuldade de cuidar dos pés apresentaram-se como atitudes positivas ou favoráveis em relação à doença (Tabela 1).

Tabela 1: Frequência e porcentagem das características dos participantes de acordo com a pontuação no questionário ATT-19 (n=1178). Minas Gerais, Brasil, 2023.

| Variáveis | ATT-19 <70 pontos (n=750) n (%) | ATT-19 ≥70 pontos (n=428) n (%) | Valor de p |
|--|---------------------------------------|--|---------------|
| Idade | | | 0,896 |
| <60 anos | 295 (40) | 170 (40) | |
| ≥60 anos | 455 (60) | 258 (60) | |
| Sexo | | | 0,001* |
| Masculino | 243 (32) | 180 (42) | |
| Feminino | 507 (68) | 248 (58) | |
| Raça | | | 0,905 |
| Branca | 290 (39) | 167 (39) | |
| Outras | 460 (61) | 261 (61) | |
| Estado civil | | | 0,878 |
| Casado | 459 (61) | 260 (61) | |
| Solteiro | 291 (39) | 168 (39) | |
| Escolaridade | | | 0,007* |
| < ensino fundamental incompleto | 472 (63) | 235 (55) | |
| ≥ Fundamental completo | 278 (37) | 193 (45) | |
| Ocupação | | | 0,046* |
| Com emprego | 580 (77) | 352 (82) | |
| Sem emprego | 170 (23) | 76 (18) | |
| Renda | | | 0,026* |
| ≤ 2 salários mínimos | 373 (50) | 184 (43) | |
| > 2 salários mínimos | 377 (50) | 244 (57) | |
| Classificação de DM | | | 0,020* |
| Diabetes mellitus tipo 1 | 36 (5) | 9 (2) | |
| Diabetes mellitus tipo 2 | 714 (95) | 419 (98) | |
| Tempo de diagnóstico DM | | | 0,065 |
| <10 anos | 384 (51) | 243 (57) | |
| ≥10 anos | 366 (49) | 185 (43) | |
| Consultas | | | 0,280 |
| < 3 consultas | 354 (47) | 216 (50) | |
| ≥ 4 consultas | 396 (53) | 212 (50) | |
| Dificuldade de cuidar dos pés | | | 0,009* |
| Sim | 355 (47) | 169 (40) | |
| Não | 395 (53) | 259 (60) | |
| Pés examinados por um profissional de saúde | | | 0,253 |
| Sim | 196 (26) | 99 (23) | |
| Não | 554 (74) | 329 (77) | |
| Recebeu orientação de como cuidar dos pés | | | 0,922 |

| | | | |
|--|----------|----------|-------|
| Sim | 207 (28) | 117 (27) | |
| Não | 543 (72) | 311 (73) | |
| Participação em grupos operativos | | | 0,780 |
| Sim | 19 (3) | 12 (3) | |
| Não | 731 (97) | 416 (97) | |

Fonte: Os autores (2023)

Na análise multivariada do escore ATT-19 na forma de variável contínua, pessoas do sexo feminino e sem emprego tiveram menores médias no escore de atitude, enquanto pessoas com melhor renda, maior escolaridade e que não apresentaram dificuldade de cuidar dos pés

tiveram maiores médias no escore de atitude. Verificou-se que pessoas que não apresentaram dificuldade de cuidar dos pés tiveram escore médio no ATT-19 23% maior do que os que apresentaram esta dificuldade (Tabela 2).

Tabela 2: Razões de Médias Aritméticas (RMA) brutas e ajustadas entre o ATT-19 e as características dos participantes (n=1.178). Minas Gerais, Brasil, 2023.

| Variáveis | Univariada | Modelo Múltiplo |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| | RMA _{bruta} (IC95%) | RMA _{ajustada} (IC95%) |
| Idade | | |
| <60 anos | Ref. | Ref. |
| ≥60 anos | 1,01 (0,99 a 1,02) | 1,01 (0,99 a 1,02) |
| Sexo | | |
| Masculino | Ref. | Ref. |
| Feminino | 0,96 (0,95 a 0,98)* | 0,97 (0,96 a 0,99)* |
| Escolaridade | | |
| < ensino fundamental incompleto | Ref. | Ref. |
| ≥ Fundamental completo | 1,12 (1,06 a 1,09)* | 1,12 (1,04 a 1,08)* |
| Ocupação | | |
| Com emprego | Ref. | Ref. |
| Sem emprego | 0,95 (0,94 a 0,97)* | 0,96 (0,95 a 0,98)* |
| Renda | | |
| ≤ 2 salários mínimos | Ref. | Ref. |
| > 2 salários mínimos | 1,02 (0,99 a 1,03) | 1,03 (0,99 a 1,02) |
| Classificação de DM | | |
| DM tipo 1 | Ref. | Ref. |
| DM tipo 2 | 1,04 (0,97 a 1,05) | 1,02 (0,98 a 1,07) |
| Tempo de diagnóstico do DM | | |
| <10 anos | Ref. | Ref. |
| ≥10 anos | 0,98 (0,97 a 1,00) | 0,98 (0,97 a 1,00) |
| Consultas | | |
| < 3 consultas | Ref. | Ref. |
| ≥ 4 consultas | 0,99 (0,98 a 1,01) | 0,99 (0,98 a 1,01) |
| Dificuldade de cuidar dos pés | | |
| Sim | Ref. | Ref. |
| Não | 1,23 (1,06 a 1,10)* | 1,18 (1,02 a 1,05)* |
| Pés examinados por um profissional de saúde | | |
| Sim | Ref. | Ref. |
| Não | 1,01 (0,99 a 1,02) | 1,01 (0,99 a 1,03) |
| Recebeu orientação de como cuidar dos pés | | |

| | | |
|--|-----------------------|--------------------|
| Sim | Ref. | Ref. |
| Não | 1,00 (0,98 a 1,02) | 1,00 (0,98 a 1,02) |
| Participação em grupos operativos | | |
| Sim | Ref. | Ref. |
| Não | 1,00 (0,95 a 1,05) | 0,99 (0,94 a 1,04) |

Modelo Múltiplo: Idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda, classificação de DM, tempo de diagnóstico DM, consultas, dificuldade de cuidar dos pés, pés examinados por um profissional de saúde, recebeu orientações de como cuidar dos pés e participação em grupos operativos.

Fonte: Os autores (2023)

Quanto à análise do escore ATT-19 na sua forma categorizada, na qual o desfecho de interesse era ter atitude positiva ($ATT-19 \geq 70$ pontos), após análise univariada, verificou-se que pessoas do sexo masculino, que possuíam maior escolaridade, maior renda, DM tipo 2 e que não apresentavam dificuldade de cuidar dos

pés tiveram maiores chances de apresentar uma pontuação maior ou igual a 70 pontos no ATT-19. No entanto, à exceção de ter DM tipo 2, todas essas associações deixaram de ser estatisticamente significativas após a inclusão das outras variáveis no modelo múltiplo de regressão (Tabela 3).

Tabela 3: Fatores associados à atitude positiva (ATT-19 ≥ 70 pontos), OR brutas e ajustadas (n=1178). Minas Gerais, Brasil, 2023.

| Variáveis | Univariado | Múltiplo |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| | OR _{bruta} (IC95%) | OR _{ajustada} (IC95%) |
| Idade | | |
| <60 anos | Ref. | Ref. |
| ≥60 anos | 0,98 (0,77 a 1,25) | 1,04 (0,80 a 1,35) |
| Sexo | | |
| Masculino | Ref. | Ref. |
| Feminino | 0,66 (0,51 a 0,84)* | 0,71 (0,55 a 0,93)* |
| Raça | | |
| Branca | Ref. | Ref. |
| Outras | 0,98 (0,77 a 1,25) | 1,01 (0,79 a 1,29) |
| Estado civil | | |
| Casado | Ref. | Ref. |
| Solteiro | 1,01 (0,79 a 1,29) | 1,18 (0,90 a 1,53) |
| Escolaridade | | |
| < ensino fundamental incompleto | Ref. | Ref. |
| ≥ Fundamental completo | 1,39 (1,09 a 1,77)* | 1,34 (1,03 a 1,73)* |
| Ocupação | | |
| Com emprego | Ref. | Ref. |
| Sem emprego | 0,73 (0,54 a 0,99)* | 0,85 (0,62 a 1,18) |
| Renda | | |
| ≤ 2 salários mínimos | Ref. | Ref. |
| > 2 salários mínimos | 1,31 (1,03 a 1,66)* | 1,19 (0,93 a 1,52) |
| Classificação de DM | | |
| DM tipo 1 | Ref. | Ref. |
| DM tipo 2 | 2,34 (1,11 a 4,92)* | 2,49 (1,17 a 5,28)* |
| Tempo de diagnóstico DM | | |
| <10 anos | Ref. | Ref. |
| ≥10 anos | 0,79 (0,62 a 1,01) | 0,79 (0,62 a 1,02) |
| Consultas | | |
| < 3 consultas | Ref. | Ref. |
| ≥ 4 consultas | 0,87 (0,69 a 1,11) | 0,88 (0,69 a 1,12) |
| Dificuldade de cuidar dos pés | | |
| Sim | Ref. | Ref. |
| Não | 1,37 (1,08 a 1,75)* | 1,27 (0,99 a 1,63) |
| Pés examinados por um profissional de saúde | | |
| Sim | Ref. | Ref. |
| Não | 1,17 (0,89 a 1,55) | 1,19 (0,91 a 1,58) |
| Recebeu orientação de como cuidar dos pés | | |
| Sim | Ref. | Ref. |
| Não | 1,01 (0,77 a 1,32) | 1,26 (0,78 a 1,34) |
| Participação em grupos operativos | | |
| Sim | Ref. | Ref. |

| | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Não | 0,90 (0,43 a 1,87) | 0,84 (0,40 a 1,76) |
| Múltiplo: Idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda, classificação de DM, tempo de diagnóstico DM, consultas, dificuldade de cuidar dos pés, pés examinados por um profissional de saúde, recebeu orientações de como cuidar dos pés e participação em grupos operativos. Fonte: Os autores (2023) | | |

DISCUSSÃO

Atitudes negativas frente ao DM estiveram presentes em aproximadamente dois terços (63,7%) dos participantes deste estudo, o que se traduz em baixa prontidão da maioria das pessoas com DM para enfrentar os desafios do controle do DM e sugere dificuldades emocionais e psicológicas no manejo da doença^{12,17}. Resultado semelhante também foi encontrado em outros estudos nacionais realizados na APS^{10,12,18}.

Tal situação remete a uma preocupação importante para saúde pública, já que atitudes negativas frente ao DM podem comprometer a realização do autocuidado dos pés, podendo levar a ocorrência de complicações, como a DPRDM, com consequente diminuição da qualidade de vida das pessoas e aumento dos gastos públicos^{19,20}.

Por se tratar de uma condição crônica, o DM predispõe a pouca motivação para a gestão do autocuidado. Sentimentos conflitantes, como tristeza, culpa e medo precisam ser ultrapassados para que se consiga alcançar a fase de aceitação da doença. Como a postura do indivíduo perante a vida e a adaptação às adversidades podem influenciar no enfrentamento do DM, os profissionais de saúde precisam estimular a autonomia das pessoas com DM, permitindo-lhes a expressão de sentimentos para superação das dificuldades impostas por esta condição¹⁰.

Em outra perspectiva, as atitudes negativas das pessoas com DM podem ser interpretadas como uma falta de orientações por parte dos profissionais de saúde, os quais deveriam aplicar estímulos durante o cuidado prestado, que promovessem

mudança atitudinal, comportamental e eficácia terapêutica⁵.

Com o avanço da prevalência do DM, esperam-se mudanças de atitudes tanto das pessoas com DM quanto dos profissionais de saúde perante o manejo mais adequado deste agravo. Atitudes favoráveis por parte também dos profissionais estão associadas a melhores cuidados oferecidos às pessoas com DM e estratégias de comunicação mais efetivas para a promoção do autocuidado²¹.

No presente estudo, constatou-se que as pessoas do sexo masculino, com DM tipo 2, ensino fundamental completo ou mais anos de estudo, empregado e com renda de dois ou mais salários mínimos e sem dificuldades de cuidar dos pés apresentaram, em média, maiores escores de atitudes para o autocuidado.

Escores mais altos de atitude encontrados em pessoas com melhor renda, com emprego e maior escolaridade endossam que a renda pode influenciar no acesso à educação e aos serviços de saúde e que o conhecimento sobre a doença reflete no processo de aceitação da sua condição e na realização do autocuidado^{10,19,22}. De igual modo, estudo semelhante realizado no Irã, verificou associação significativa entre maior escolaridade das pessoas com DM e atitudes positivas, levando a melhores práticas do autocuidado²³.

Os resultados encontrados reforçam que a atitude consiste na decisão do indivíduo em adotar ou não as medidas de autocuidado para o controle do DM e está alicerçada no conhecimento da pessoa sobre sua condição^{1,6}. Como na linha de cuidado do DM, o conhecimento é uma das variáveis que podem modificar as atitudes da pessoa frente ao manejo do DM, faz-se necessário que os profissionais de saúde da

APS durante as consultas, visitas domiciliares, grupos operativos ou outro em qualquer outro cuidado prestado às pessoas com DM, acompanhem a evolução da doença e avaliem se estas pessoas e/ou seus cuidadores compreenderam as orientações, sua motivação, se possuem atitudes favoráveis e habilidades suficientes para realização do autocuidado^{10,19,22}.

A importância das variáveis renda e escolaridade na adesão a atitudes favoráveis para o autocuidado em DM também deve ser destacada por contribuir para prevenção de complicações, como a DPRDM. Um estudo realizado com objetivo de estimar a prevalência de complicações devido à DM e avaliar as desigualdades na população brasileira revelou que há um aumento gradual na magnitude do DM, conforme decréscimo da escolaridade e renda. De acordo com esse estudo, a probabilidade é 30% maior de ocorrência de complicações entre os de menor nível socioeconômico²⁴.

Diante do exposto, reforça-se a necessidade de que os profissionais investiguem as particularidades e os aspectos do contexto na qual as pessoas com DM estão inseridas e nas atitudes que possam interferir na adesão de comportamentos de autocuidado, considerando as características socioeconômicas e com estratégias que fortaleçam o princípio da equidade. Para que isso aconteça, compete aos gestores investirem em profissionais capacitados e comprometidos no cuidado integral do DM na APS.

Referente ao sexo e sua associação com o ATT-19, verificou-se os homens apresentaram atitudes mais favoráveis frente ao DM do que as mulheres, o que pode estar relacionado ao fato do sexo masculino, considerado como o provedor do lar e por possuir melhor adaptação às adversidades, apresentar mais atitudes mais positivas para o autocuidado quando comparado ao sexo feminino, conforme encontrado em estudos similares^{5,10}. Este

resultado reforça a necessidade de um enfoque mais atencioso dos profissionais de saúde quanto às especificidades de cada gênero, com vistas a garantir uma assistência resolutiva e de qualidade para todos.

Quanto à caracterização clínica dos participantes, observou-se que esta amostra foi constituída predominantemente por pessoas com DM tipo 2, forma clínica mais prevalente na população mundial^{1,25}. Destaca-se que grande parte dos participantes realizou mais de quatro consultas para acompanhamento do DM nos últimos dois anos, contudo, a maioria nunca teve os pés examinados por um profissional de saúde, não recebeu orientações de como cuidar dos pés e nunca participou de grupos de educação em DM.

Essa situação demonstra, como encontrado em pesquisas recentes, que pode haver um conhecimento insatisfatório e despreparo de profissionais de saúde para a assistência de um cuidado integral e promoção do autocuidado das pessoas com DM nos serviços de saúde²⁶⁻²⁹. Tais resultados evidenciam a necessidade de investimentos em capacitações contínuas na APS e de formação especial para realização de estratégias educativas que alterem este cenário.

Assim como em outros estudos realizados com pessoas com DM^{5,7,13}, houve o predomínio do sexo feminino na amostra, o que remete a uma maior procura deste gênero pelos serviços públicos de saúde²⁹ e com baixa escolaridade, considerada um fator limitante e que pode interferir no empoderamento e nas atitudes para o autocuidado^{10,19,31}.

Os achados deste estudo reforçam a importância de se investir no conhecimento de como cada pessoa convive com o DM, considerando suas experiências individuais, sendo necessário, muitas vezes, a desconstrução das crenças e valores e costumes relacionados para se alcançar um ajustamento emocional, social e fisiológico, com construção de estratégias educativas e

planos de cuidado mais eficientes^{6,10}.

Estudo sobre as atitudes para o autocuidado de pessoas com DM tipo 2 na APS evidenciou que os aspectos emocional, comportamental, cognitivo e de autocuidado eram determinantes nas atitudes e, por conseguinte, essas atitudes interferem na propensão de a pessoa adotar determinados comportamentos para o autocuidado em DM⁶.

Os resultados aqui apresentados, assim como em outros estudos semelhantes^{6,10,19,31}, evidenciam que a atitude foi um predator significativo para comportamento de autocuidado. Acredita-se que o uso de estratégias educativas, pautadas no empoderamento e no diálogo reflexivo, pode influenciar nas atitudes das pessoas com DM, levando à mudança de comportamento e incentivando-as a adotarem práticas de autocuidado, o que resultará em um melhor controle desta condição e de suas complicações³².

Nesse sentido, a APS possui um papel significativo, por ser porta de entrada no sistema de saúde, responsável pelo cuidado longitudinal e integral de sua população de referência. Estudo realizado em APS no sul do país evidenciou que a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso mantém relação direta com a assistência prestada e vínculo estabelecido entre as pessoas com DM e os profissionais de saúde, o que reforça a importância da atuação das equipes de ESF no cuidado às pessoas com DM, com foco nos atributos da APS³³.

Nesse contexto, cabe às equipes da APS准备 para realização de um acompanhamento integral, que considere os aspectos cognitivos e socioemocionais de cada pessoa com DM e compreenda a realidade e os enfrentamentos vividos por ela no manejo diário de sua condição crônica. Tais ações possibilitam intervenções mais efetivas, com melhoria de atitudes e comportamentos das pessoas com DM, contribuindo assim para a adoção de ações de autocuidado^{1,3,20}.

Como limitações, aponta-se o fato de as informações terem sido autorreferidas pelos participantes. Para minimizar a limitação de memória, foram utilizados instrumentos estruturados e questionários validados para a população brasileira, aplicados por pesquisadores treinados. Quanto às implicações para a prática clínica dos profissionais de saúde na APS, espera-se que este estudo estimule uma nova forma de abordagem durante as consultas, bem como no planejamento e implementação de abordagens educativas, visando à aquisição e aperfeiçoamento de condutas voltadas para mudanças atitudinais das pessoas com DM e a melhores práticas de autocuidado.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam a importância de se considerar as características sociodemográficas e clínicas que podem estar envolvidas na adoção e/ou na modificação das atitudes para o autocuidado em DM. Considerando que aproximadamente 2/3 dos participantes apresentaram atitudes negativas frente ao DM, os resultados remetem à necessidade da realização de estratégias educativas direcionadas por profissionais capacitados, que sejam capazes de aumentar o conhecimento e modificar as atitudes das pessoas com DM na APS, contribuindo assim para incorporação de comportamentos de autocuidado e melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022-2023; 2023.
2. The International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Diretrizes Práticas sobre a prevenção e o tratamento de pé diabético; 2023.
3. Brasil. 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. Brasília: MS; 2016.
4. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Lourenço MCF, Haddad, Peres AM, Marcon SS. The challenges of teamwork in the family health strategy. *Esc Anna Nery* 2018; 22(2): 1-9.
 5. Ribeiro VSS, Magalhães LVB, Cardoso SA, Teixeira RB, Rocha KO, Lima LM. Conhecimento geral, atitude psicológica e sua associação com a concentração de HbA1C em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. *Arq. Catarin. Med.* 2020; 49 (4): 2-13.
 6. Nunes LB, Santos JC, Reis IA, Torres HC. Atitudes para o autocuidado em diabetes mellitus tipo 2 na Atenção Primária. *Acta Paul. Enferm* 2021; 34: 1-8.
 7. Waller K, Furber S, Bauman A, Allman-Farinelli M, Dolder PVD, Hayes A, Facci F, Franco L, Webb A, Moses R, Colaguri S. DTEXT – text messaging intervention to improve outcomes of people with type 2 diabetes: protocol for randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *BMC Public Health* 2019; 19:1-8.
 8. Skinner TC, Joensen L, Parkin T. Twenty-five years of diabetes distress research. *Diabet Med* 2020; 37(3): 393–400.
 9. Gabre M, Wireklint SB, Olausson S. A little good with baba: Newly diagnosed typw 2 diabetes patients' perspectives on self-care: A phenomenological approach. *Nord J Nurs Res* 2019; 39 (1): 20-28.
 10. Borba AKOT, Arruda IKG, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. *Cien Saude Colet* 2019; 24(1): 125-136.
 11. Santos JC, Cortez DN, Macedo MML, Reis EA, Reis IA, Torres HC. Comparação das estratégias de educação em grupo e visita domiciliar em diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017; 25: 1-11.
 12. Lima AP, Benedetti TRB, Rech CR, Cardoso FB, Portella MR. Conhecimento e attitude sobre a diabetes tipo 2 em idosos: estudo de base populacional. *Cien Saude Colet* 2020; 25(2): 729-740.
 13. Teston EF, Sales C A, Marcon SS. Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. *Esc Anna Nery* 2017; 21(2): 1-8.
 14. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017; 25:1-8.
 15. Malta M, Cardoso LO, Bastos PI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública* 2010; 44 (3): 559-565.
 16. Torres HC, Virgínia AH, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6): 906-911.
 17. Sardinha AHL, Cavalcante MRM, Souza AS. Atitudes relacionadas ao Diabetes Mellitus: uma revisão integrativa. *Rev Nursing*. 2018; 21 (238): 2080-2084.
 18. Vieta GG, Volpato G, Kretzer MR, Gama FO, Nazário NO, Pereira E. Impacto do conhecimento nas atitudes, no sofrimento e na qualidade de vida do paciente diabético. *Arq. Catarin. Med.* 2019; 48 (4): 51-61.
 19. Portela RA, Silva JRS, Nunes FBBF, Lopes MLH, Batista RFL, Silva ACO. Diabetes Mellitus tipo 2: fatores relacionados com a adesão ao autocuidado. *Rev Bras Enferm* 2022; 75 (4): 1-9.
 20. Fernandes FCGM, Santos EGO, Moraes JFG, Medeiros LMS, Barbosa IR. O cuidado com os pés e a prevenção da úlcera em pacientes diabéticos no Brasil. *Cad Saúde Colet* 2020; 28(2):302-310.
 21. Silva J, Torres HC, Cortez DN, Baldoni AO. Atitudes dos profissionais da saúde em relação ao cuidado em Diabetes tipo 2 na Atenção Primária. *Cienc Cuid Saúde* 2023; 22: 1-8.
 22. Meneses MO, Marques JC, Gomes AT, Brandão SASM, Oliveira VAS, Leal SRMD. Conhecimento e atitudes de pacientes frente a medidas preventivas do pé diabético. *Rev Enferm Atual in Derme* 2021; 95 (34): 1-14.
 23. Karimy M, Kohestanil HR, Araban M. The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. *Diabetol Metab Syndr* 2018; 10 (86): 1-6.
 24. Neves RG, Tomasi E, Duro SMS, Saes-Silva E, Saes MO. Complicações por diabetes mellitus no Brasil: estudo de base nacional, 2019. *Cien Saude Colet* 2023; 28(11): 3183-3190.
 25. International Diabetes Fundation (IDF). *Diabetes Atlas*. 10^a edição, 2021. Acesso em 24 ago. 2023. Disponível em:

- https://diabetesatlas.org/idfawp/resourcefiles/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf.
- 26. Félix LG, Mendonça AGO, Costa IKF, Oliveira SHS, Almeida AM, Soares MJGO. Conhecimento de enfermeiros da atenção primária antes e após intervenção sobre pé diabético. *Rev Gaúcha Enferm* 2021; 42:1-9.
 - 27. Vargas CP, Lima DKS, Silva DL, Schoeller SD, Vragas MAO, Lopes SGR. Conduct of primary care nurses in the care of people with diabetic foot. *J Nurs UFPE on line* 2017 [cited 2019 May 10]; 11(Supl. 11):4535-4545.
 - 28. Abdullah WH, Al-Senany S, Al-Otheimin HK. Capacity building for nurses' knowledge and practice regarding prevention of diabetic foot complications. *Int J Nurs Sci* 2017 [cited 2019 May 10]; 7(1):1-15.
 - 29. Zörrer LABF, Gianini VCM, Safar GM, Silva MMC, Coradassi T, Esmanhotto BB. Factors associated with the greatest risk of ulceration on the feet of individuals with diabetes mellitus. *Medicina (Ribeirão)* 2022; 55:1-10.
 - 30. Rossaneis MA, Haddad M do CFL, Mathias TA de F, Marcon SS. Diferenças entre mulheres e homens diabéticos no autocuidado com os pés e estilo de vida. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet]* 2016; 24:1-8.
 - 31. Karadağ FY, Saltoğlu N, Ak Ö, Aydin GC, Senbayrak S, Erol S, Özatağ DM, Kadanali A, Kuçukardalı Y, Comoğlu S, Yoruk G, Akkoyunlu Y, Meliha MK, MeriçKoç M, Yıldırım AA. Foot self-care in diabetes mellitus: evaluation of patient awareness. *Prim Care Diabetes* 2019; 13(6):515-520.
 - 32. Torres HC, Pacell AE, Chaves FF, Velasquez-Melendez G, Reis. Avaliação dos efeitos de um programa educativo em diabetes: ensaio clínico randomizado. *Rev Saúde Pública* 2018; 52(8): 1-11.
 - 33. Santos AL, Marcon SS, Teston EF, Back IR, Lino IGT, Batista VC, Matsuda LM, Haddad MCFL. Adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus e relação com a assistência na Atenção Primária. *REME - Rev Min Enferm* 2020; 24: 1-10.

Contribuições:

JS: Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar; Participação na revisão e aprovação da versão final; Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

DNC: Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar; Participação na revisão e aprovação da versão final; Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

HCT: Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar; Participação na revisão e aprovação da versão final; Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

IAR: Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar; Participação na revisão e aprovação da versão final; Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

AOB: Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar; Participação na revisão e aprovação da versão final; Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

Agradecimentos:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Brasil (CAPES), código de financiamento 001 e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Processo 304131/2022-9; à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), APQ-00765-21.

Autor Correspondente:

Joseane da Silva
josyds1@yahoo.com.br

Recebido: 13/4/2024
Aprovado: 12/8/2024

Editor: Profa. Dra. Ada Clarice Gastaldi
