



## ORIGINALES

### Conhecimento e atitude frente a doença de pessoas com diabétes mellitus assistidas na Atenção Primária à Saúde

Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria

Knowledge and attitude towards the disease of people with diabetes mellitus assisted in Primary Health Care

Priscilla Costa Martins Giroto<sup>1</sup>  
Aliny de Lima Santos<sup>2</sup>  
Sonia Silva Marcon<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Saúde. Maringá, Paraná, Brasil

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente Colaboradora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem, Livre-Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil.

E-mail: [aliny.lima.santos@gmail.com](mailto:aliny.lima.santos@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267431>

Submissão: 11/09/2016

Aprovação: 06/11/2016

:

#### RESUMO:

**Objetivo:** Verificar a prevalência do conhecimento e atitude de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em relação à doença e os fatores associados.

**Métodos:** Inquérito domiciliar realizado com 398 pessoas com diabetes mellitus tipo 2 cadastradas na Atenção Primária. Foram aplicados três questionários: um para levantamento de dados sócio-demográficos e clínicos; o Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) e o Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19). Para análise dos dados, utilizou-se testes bivariados e regressão logística múltipla.

**Resultados:** Mais da metade dos indivíduos (55,8%) apresentou conhecimento insatisfatório sobre a doença e a maioria (92,2%), dificuldade para o seu enfrentamento. Verificou-se associação entre conhecimento sobre a doença com oito ou mais anos de estudo, relação cintura quadril normal, verificação da glicemia capilar regular e, relação inversa com o tempo de diagnóstico <10 anos. A atitude positiva frente a doença apresentou associação com idade entre 50 a 60 anos e, de modo inverso, com episódios de hiperglicemia.

**Conclusão:** A prevalência de conhecimento e atitudes positivas frente à doença foi considerada reduzida. Quanto aos fatores associados, salienta-se que a maioria daqueles evidenciados nesse estudo não são passíveis de modificação, reforçando a importância das atividades de promoção da saúde focadas sobremaneira nos grupos que apresentam estes fatores.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus; Atitude frente à saúde; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde

## RESUMEN:

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de los conocimientos y la actitud de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en relación con la enfermedad y los factores asociados.

**Métodos:** Investigación en los domicilios con 398 personas con diabetes mellitus tipo 2 inscritas en Atención Primaria. Se aplicaron tres cuestionarios: uno para el levantamiento de datos sociodemográficos y clínicos; el conocimiento de la diabetes Cuestionario (DKN-A) y la actitud de la diabetes Cuestionario (ATT-19). Para el análisis de datos, se utilizaron las pruebas bivariados y de regresión logística múltiple.

**Resultados:** Más de la mitad de los sujetos (55,8%) tenía poco conocimiento sobre la enfermedad y la mayoría (92,2%), dificultad para resolverlos. Se verificó asociación entre el conocimiento acerca de la enfermedad con ocho o más años de estudio, cintura normal de la cadera, verificación de la glucosa en sangre regularmente, y relación inversa con el tiempo de diagnóstico <10 años. La actitud positiva hacia la enfermedad se asoció con edad entre 50 y 60 años y, a la inversa, con episodios de hiperglucemia.

**Conclusión:** La baja prevalencia de conocimientos y actitudes positivas a la enfermedad. En cuanto a los factores asociados, cabe señalar que la mayoría de los destacados en este estudio no son modificables, lo que refuerza la importancia de que las actividades de promoción de la salud se centraron en gran medida en los grupos con estos factores.

**Palabras clave:** Diabetes mellitus; La actitud de la salud; Conocimientos; actitudes y práctica.

## ABSTRACT:

**Objective:** To determine the prevalence of knowledge and attitude of people with type 2 diabetes mellitus for the disease and associated factors.

**Methods:** A household survey conducted with 398 people with type 2 diabetes mellitus registered in Primary Care. One for lifting sociodemographic and clinical data; Three questionnaires were applied Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) and the Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19). For data analysis, we used bivariate tests and multiple logistic regression.

**Results:** More than half of the subjects (55.8%) had little knowledge of the disease and the majority (92.2%), difficulty in solving them. An association between knowledge about the disease with eight or more years of study, waist normal hip, verification of regular blood glucose and, inversely related to the time of diagnosis <10 years. The positive attitude towards the disease was associated with age between 50-60 years and, conversely, with episodes of hyperglycemia.

**Conclusion:** There were low prevalence of knowledge and positive attitudes to the disease. As for the associated factors, it is noted that most of those evidenced in this study, are not modifiable, reinforcing the importance of health promotion activities focused greatly in groups with these factors.

**Keywords:** Diabetes mellitus; Attitude to health; Knowledge; attitudes and practice

## INTRODUÇÃO

Na última década, o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tem se tornado um importante problema de saúde pública mundial, decorrente principalmente do aumento de sua prevalência. Em 2011 eram 366 milhões de pessoas com DM2 no mundo, com perspectiva de aumento para 552 milhões em 2030 <sup>(1)</sup>. Em 1995, o Brasil possuía 4,9 milhões de pessoas com o diagnóstico de DM2, sendo estimado para 2035 um aumento para 19,2 milhões, o que levará o país a ocupar o 4º lugar no ranking dos países com maior número de pessoas com diabetes na faixa etária de 20 a 79 anos <sup>(1-2)</sup>. Confirmando esta estimativa, em 2011 a prevalência de diabetes na população adulta, no país, já era de 9,9% <sup>(3)</sup>.

O DM2 interfere em todas as dimensões da vida da pessoa que recebe o diagnóstico, desde a rotina mais trivial até o desejo de continuar a viver de modo saudável, incluindo a necessidade de mudanças nos hábitos de vida, especialmente em relação à rotina alimentar e adesão à prática de atividades físicas. Deste modo, uma boa convivência com a doença requer capacidade de enfrentamento, tendo em vista os ajustes necessários à manutenção de um bom controle metabólico <sup>(4)</sup>. De qualquer modo, o compromisso em seguir o tratamento ou o desejo de interrompê-lo, traduzido

em atitude positiva ou negativa frente à doença, está sempre presente no cotidiano da pessoa com DM2 <sup>(5)</sup>.

Deveras, a atitude frente a doença é um ponto-chave na adoção e manutenção de determinados padrões de comportamento, pois, representa uma predisposição para a adoção de ações de autocuidado, favorecendo à redução do estresse associado à doença, maior receptividade ao tratamento, melhora da autoestima e no senso de auto-eficácia, além de percepção mais positiva acerca da saúde <sup>(6)</sup>.

Não obstante, o conhecimento sobre a doença, refere-se ao conjunto de informações que o indivíduo precisa ter para bem administrar sua condição de saúde. Além do conhecimento outras variáveis também interferem na mudança de comportamento, tais como: escolaridade, tempo de diagnóstico, crenças relacionadas à saúde e à doença, apoio familiar, acessibilidade aos serviços de saúde, entre outras <sup>(7)</sup>. O conhecimento sobre a doença e sobre a necessidade do autocuidado, constitui aspecto fundamental do tratamento do DM2. Sua importância é reconhecida em diversos estudos realizados, independente das características socioeconômicas e culturais <sup>(5-6,8)</sup>.

Embora o conhecimento e as atitudes frente à doença constituam fatores que interferem no controle metabólico e na adesão ao tratamento, estudos <sup>(4-5,8)</sup> têm evidenciado reduzida compreensão e conhecimento de indivíduos com diabetes acerca da doença, e as dificuldades experienciadas em seu manejo, decorrente de uma atitude negativa frente a mesma. Também já é sabido que conhecimento e atitude frente à doença podem ser influenciadas por variáveis sociodemográficas e clínicas, entretanto, estudos que analisam esta relação ainda são escassos <sup>(7)</sup>. Assim, o objetivo do estudo foi verificar a prevalência do conhecimento e atitudes positivas de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em relação à doença e os fatores associados.

## MÉTODO

Estudo descritivo, com delineamento transversal, realizado com indivíduos inscritos no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA, de todas as Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona urbana do município de Maringá, Paraná, Brasil. À época da coleta de dados, o município tinha uma população de aproximadamente 370.000 habitantes <sup>(5)</sup>, contava com 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizadas em cinco regionais de saúde, 64 Equipes da Estratégia Saúde da Família e 4.531 pessoas com diabetes tipo 2 cadastradas na atenção básica do referido município.

O tamanho da amostra a ser estudada foi calculado a partir do número total de indivíduos com diabetes cadastrados no Hiperdia, considerando uma prevalência de 50%, erro de estimativa de 5% e confiabilidade de 95%, totalizando uma amostra de 336 indivíduos, acrescidos de 20% para possíveis perdas, resultaram em 420 indivíduos. Mediante a estratificação proporcional, foi definido o número de indivíduos de cada UBS a ser incluído no estudo. Eles foram selecionados por sorteio aleatório, a partir da relação dos cadastrados em cada uma das UBS.

Utilizou-se como critério de inclusão ter idade igual ou superior a 18 anos e não possuir condições intelectuais que impedissem a compreensão e resposta ao questionário. Vale salientar que os casos de recusa (um), óbito (oito) e mudança de endereço (51) foram substituídos pelos próximos indivíduos da lista, sendo permitido

realizar no máximo três tentativas de substituições. Após as exclusões, a amostra foi efetivamente constituída de 398 indivíduos com diabetes.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a setembro de 2011, nos domicílios dos indivíduos, por meio de entrevista semiestruturada, utilizando três instrumentos: um abordando variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e laboratoriais, e os outros dois correspondem as versões dos questionários DKN-A e ATT-19, ambos traduzidos para língua portuguesa e validados no Brasil <sup>(9)</sup>.

O DKN-A é um questionário constituído de 15 afirmativas relacionadas aos diferentes aspectos do conhecimento geral do DM, organizados em cinco categorias: psicologia básica, hipoglicemia, grupos de alimentos, gerenciamento da doença e princípios gerais dos cuidados com a doença. Para cada resposta correta é atribuído um ponto, sendo que um escore maior ou igual a oito pontos caracteriza conhecimento acerca da doença <sup>(9)</sup>.

O ATT-19 <sup>(9)</sup> é um questionário constituído de 19 questões que mede o ajustamento psicológico para DM e engloba seis fatores: estresse associado ao DM, receptividade ao tratamento, confiança no tratamento, eficácia pessoal, percepção sobre a saúde e aceitação social. Cada enunciado é respondido com a ajuda de uma escala de tipo “Likert”, de cinco pontos, que varia de “grande discordância” até “grande concordância”. A pontuação geral varia de 19 a 95 pontos, sendo que escore maior que setenta pontos indica atitude positiva acerca da doença. Na análise de confiabilidade tipo teste-reteste dos instrumentos, foram encontrados coeficientes Kappa, variando de 0,56 a 0,69 para o DKN-A e de 0,45 a 0,60 para o ATT-19, indicando um nível de confiabilidade moderado para ambos <sup>(9)</sup>.

As variáveis dependentes do estudo foram conhecimento satisfatório sobre a doença e atitude positiva frente a doença, categorizadas em sim (Y=0) e não (Y=1). As variáveis independentes foram: a) características demográficas: idade categorizada em < 50, 51 a 60 e > 60 anos, escolaridade  $\leq 8$  e  $> 8$  anos, estado civil com e sem companheiro, cor branca e não branca, ocupação atual remunerada ou não e renda familiar em salários mínimos; b) clínicas: Índice de Massa Corpórea – IMC normal e alterado <sup>(10)</sup>; Relação Cintura Quadril - RCQ normal e alterada; tempo de diagnóstico de diabetes agrupado em  $\leq 10$ , 10 a 19 e  $\geq 20$ ; relato de comorbidades e complicações decorrentes do diabétes; frequência de realização de monitoramento glicêmico e hipertensão arterial referida; c) laboratoriais referentes aos últimos seis meses: lipoproteína de alta densidade - HDL-C normal/alterada e; presença de hipoglicemia e hiperglicemia. Para o cálculo do IMC foram verificados peso e altura, sendo o baixo peso e eutrófico classificado como normal, e sobrepeso e obesidade como IMC alterado.

A RCQ normal para mulheres quando  $\leq 0,85$  e para os homens quando  $\leq 0,90$  <sup>(2)</sup>. Os indicadores laboratoriais utilizados foram os dos exames realizados nas UBS nos últimos seis meses, sendo a glicemia de jejum considerada normal entre 90 e 120 mg/dl e colesterol HDL para homens  $> 40$  mg/dl e para mulheres  $> 50$  mg/dl <sup>(11)</sup>.

Os dados foram registrados e organizados em planilha previamente elaborada no programa Microsoft Office Excel 2007, com dupla digitação. O processamento e a análise dos dados foram realizados com a utilização do *software* SAS System 9.1.3. Na análise dos dados, inicialmente, todas as variáveis independentes foram testadas em relação à variável dependente (desfechos ATT e DKN), por meio dos testes

bivariados: Qui-quadrado, Qui-quadrado corrigido de Yates ou exato de Fisher, sendo selecionadas aquelas que apresentaram  $p < 0,20$ , para que fossem submetidas a segunda etapa da análise.

Nesta segunda etapa, foi utilizada a análise multivariada (regressão logística múltipla) e, por meio do procedimento *stepwise*, selecionadas as variáveis significativas a 5% para o desfecho. Tal procedimento informou o valor da Razão de Chance (OR), o Intervalo de Confiança (IC) de 95%, e o respectivo  $p$ -valor para cada variável independente analisada. O bom ajuste do modelo foi verificado por meio do teste de Hosmer e Lemeshow.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução Nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição signatária (Protocolo nº. 705/2010). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Dos 398 indivíduos em estudo, a maioria era do sexo feminino (68,1%). A média de idade das mulheres foi de 62,7 ( $\pm 10,6$ ) anos e dos homens de 63,14 ( $\pm 11,0$ ) anos. A maioria tinha até oito anos de estudo (81%), companheiro (65,6%) e era da cor branca (75,8%). Mais da metade (59,4%) tinha renda familiar de no máximo três salários mínimos, uma parcela significativa (43%) referiu tempo de evolução da doença entre 10 a 20 anos e a maioria (77,8%) referiu alguma comorbidade.

Mais da metade dos participantes (55,8%) apresentou conhecimento insatisfatório sobre a doença, sem diferenças entre os sexos, e a grande maioria (92,2%) não demonstrou ter atitude positiva frente à mesma. O teste Qui-quadrado não apontou associação ( $p=0,912$ ) entre Atitude positiva e Conhecimento sobre a doença.

A análise bivariada apontou associação significativa entre o conhecimento satisfatório da doença com escolaridade  $> 8$  anos e o estado civil com companheiro. Já a atitude positiva frente a doença, apresentou associação com a idade  $\geq 60$  anos, cor branca e renda familiar  $< 3$  salários mínimos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Análise bivariada das variáveis sociodemográficas e econômicas, segundo conhecimento satisfatório sobre a doença e atitudes positivas frente a ela (ATT-19 e DKN-A). Maringá, PR, Brasil, 2011

Variáveis	Total	Atitude positiva			Conhecimento satisfatório		
		n	%	$p$	n	%	$p$
Escolaridade (anos)				0,170			0,002
$\geq 8$	3	0,7			45	11,3	
$< 8$	28	7,0			130	32,8	
Idade (anos)				0,030 <sup>†</sup>			0,064
$< 50$	2	0,5			20	5,0	
50   60	13	3,2			47	11,8	
$\geq 60$	16	4,0			109	27,3	
Estado civil				0,190			0,025
Com companheiro	17	4,3			126	31,6	
Sem companheiro	14	3,5			50	12,5	



Raça			0,049			0,940
Branços	19	4,8		133	33,5	
Não brancos	12	3,0		42	10,5	
Ocupação atual			0,690			0,137
Remunerada	21	5,3		118	29,6	
Não remunerada	10	2,5		58	14,5	
Renda familiar (SM*)			0,047 <sup>†</sup>			0,052
< 3	25	6,3		91	23	
3   5	5	1,3		61	15,4	
≥ 5	1	0,2		21	5,3	

\*Salários mínimos; <sup>†</sup>Teste Qui-quadrado Corrigido de Yates

Quanto as variáveis clínicas e laboratoriais, observa-se que a RCQ alterada ( $p=0,002$ ), o tempo de diagnóstico entre 10 e 20 anos ( $p=0,030$ ), presença de comorbidades ( $p=0,003$ ) e realização de monitoramento glicêmico ( $p<0,001$ ) apresentaram associação significativa com o conhecimento satisfatório da doença. Por sua vez, a presença de complicações autoreferidas ( $p=0,044$ ), ausência de histórico de hipoglicemia ( $p=0,049$ ) e de hiperglicemia nos últimos seis meses ( $p=0,005$ ) estiveram associadas com a atitude positiva frente a doença (Tabela 2).

**Tabela 2.** Análise bivariada das variáveis clínica e laboratoriais, segundo conhecimento satisfatório sobre a doença e atitudes positivas frente a ela (ATT-19 e DKN-A). Maringá, PR, Brasil, 2011.

Variáveis	Total	Atitude positiva			Conhecimento satisfatório		
		n	%	p	n	%	p
IMC*				0,144			0,710
Normal	27	6,7			136	34,1	
Alterado	4	1,0			40	10,0	
RCQ <sup>†</sup>				0,340 <sup>  </sup>			0,020
Normal	0	0,0			10	2,5	
Alterado	31	7,8			166	41,7	
Tempo de Diag. DM <sup>‡</sup> (anos)				0,580			0,030
< 10	10	2,5			62	15,5	
10   20	16	4,0			74	18,5	
≥ 20	5	1,3			40	10,0	
Presença de comorbidades				0,082			0,003
Não	3	0,7			51	12,8	
Sim	28	7,0			125	31,4	
Presença de complicações				0,044			0,712
Não	14	3,5			111	27,8	
Sim	17	4,3			65	16,3	
Prática Atividade Física				0,086			0,190
Não	26	6,5			118	29,6	
Sim	5	1,3			58	14,5	
HDL <sup>§</sup>				0,179			0,783
Alterado	6	1,5			45	11,3	
Normal	20	5,0			80	20,1	
Hipoglicemia				0,049			0,794
Não	17	4,3			125	31,4	

Sim	14	3,5		51	12,8	
Hiperglicemia			0,005			0,782
Não	12	3,0		111	27,8	
Sim	19	4,8		65	16,3	
Monitoramento Glicêmico			0,094			0,000
Não	23	5,7		85	21,3	
Sim	8	2,0		91	22,8	
Participa do HIPERDIA			0,073			0,315
Não	17	4,3		65	16,3	
Sim	14	3,5		111	27,8	

\*Índice de Massa Corporal; † Relação Cintura Quadril; ‡ Diabetes Mellitus tipo 2; § Lipoproteína de Alta Densidade; || Teste Exato de Fisher.

Na análise multivariada, observou-se que as variáveis escolaridade, RCQ, tempo de diagnóstico da doença e monitoramento frequente da glicemia capilar apresentaram associação significativa com conhecimento satisfatório sobre o DM (Tabela 3).

Ademais, conhecimento positivo sobre a doença tem chance duas vezes de existir entre indivíduos com mais de oito anos de estudo e 4,39 vezes entre aqueles com RCQ normal. Os indivíduos que realizam monitoramento frequente da glicemia capilar apresentaram 2,16 vezes chance de ter uma compreensão adequada acerca do autocuidado referente a doença do que os demais e, aqueles com menos de 10 anos de diagnóstico da doença apresentaram associação inversa com o conhecimento. (Tabela 3).

**Tabela 3.** Análise múltipla das variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e laboratoriais incluídas, segundo conhecimento satisfatório sobre a doença (DKN-A). Maringá, PR, Brasil, 2011

Variável	n	%	OR <sup>§</sup>	IC <sup>  </sup> (OR: 95%)		p
Escolaridade (anos)						
≥ 8	45	11,3	2,22	1,214	4,064	0,009
< 8	130	32,8	1			
Idade (anos)						
< 50	20	5,0	1			
50   60	47	11,8	1,27	0,539	3,015	0,320
≥ 60	109	27,3	0,89	0,394	2,021	0,396
Estado civil						
Com companheiro	126	31,6	1,40	0,873	2,262	0,162
Sem companheiro	50	12,5	1			
Ocupação atual						
Remunerada	118	29,6	0,72	0,443	1,163	0,178
Não remunerada	58	14,5	1			
Renda familiar (SM*)						
< 3	91	23	1			
3   5	61	15,4	1,54	0,953	2,490	0,060
≥ 5	21	5,3	0,84	0,391	1,811	0,308
RCQ <sup>†</sup>						
Normal	10	2,5	4,39	1,076	17,913	0,039
Alterado	166	41,7	1			
Tempo de Diag. DM <sup>‡</sup> (anos)						
< 10	62	15,5	0,44	0,234	0,838	0,036

10   20	74	18,5	0,54	0,296	1,005	0,386
≥ 20	40	10,0	1			
Presença de comorbidades						
Não	51	12,8	1,58	0,930	2,674	0,091
Sim	125	31,4	1			
Prática Atividade Física						
Não	118	29,6	0,83	0,515	1,331	0,436
Sim	58	14,5	1			
Monitoramento Glicêmico						
Não	85	21,3	1			
Sim	91	22,8	2,16	1,385	3,379	<0,001

\*Salários mínimos; † Relação Cintura Quadril; ‡ Diabetes Mellitus tipo 2; § Odds Ratio (Razão de Chance). ‖ Intervalo de Confiança. Qualidade do ajuste do modelo de Hosmer-Lemeshow = 0,1984.

A atitude positiva (ATT-19) em relação à doença tem aproximadamente 3,4 chances de existir entre indivíduos com idade entre 50 a 60 anos, quando comparados às demais faixas etárias. Aqueles que referiram episódios de hiperglicemia, apresentaram associação inversa com a atitude positiva (Tabela 4).

**Tabela 4.** Análise múltipla das variáveis sócio-demográficas, econômicas, clínicas e laboratoriais incluídas em relação à atitude positiva frente a doença (ATT-19). Maringá, PR, Brasil, 2011

Variável	n	%	OR*	IC <sup>†</sup> (OR,95%)	p	
Idade (anos)						
< 50	2	0,5	1			
50   60	13	3,2	3,44	0,670	17,628	0,021
≥ 60	16	4,0	1,04	0,208	5,195	0,258
Estado civil						
Com companheiro	17	4,3	0,53	0,234	1,187	0,122
Sem companheiro	14	3,5	1			
Raça						
Branco	19	4,8	0,55	0,236	1,280	0,165
Não brancos	12	3,0	1			
Renda familiar (SM)						
< 3	25	6,3	1			
3   5	5	1,3	0,36	0,129	1,031	0,890
≥ 5	1	0,2	0,16	0,020	1,330	0,223
IMC						
Normal	27	6,7	1,85	0,600	5,689	0,285
Alterado	4	1,0	1			
Presença de complicações						
Não	14	3,5	0,59	0,269	1,327	0,206
Sim	17	4,3	1			
Hipoglicemia						
Não	17	4,3	0,62	0,271	1,409	0,253
Sim	14	3,5	1			
Hiperglicemia						
Não	12	3,0	0,34	0,149	0,777	0,010
Sim	19	4,8	1			



Participa do HIPERDIA						
Não	17	4,3	1			
Sim	14	3,5	0,51	0,231	1,130	0,097

Qualidade do ajuste do modelo de Hosmer-Lemeshow = 0,825; \*OR= Odds Ratio (Razão de Chance). <sup>†</sup>IC(OR;95%)= Intervalo de Confiança.

## DISCUSSÃO

A média de idade e o sexo dos indivíduos em estudo reforça o que tem sido encontrado na literatura de que o DM é mais prevalente em pessoas com idade mais avançada e entre as mulheres <sup>(12)</sup>. No que tange a escolaridade e a renda, observa-se que os resultados coadunam os de outros estudos que também apontam baixo grau de instrução e renda <sup>(9,11-13)</sup>. Destarte, a baixa escolaridade associada à baixa renda pode favorecer a não adesão ao plano terapêutico <sup>(4)</sup>.

A maioria tinha companheiro, e isto é importante, pois já foi identificado que indivíduos com diabetes que possuem companheiro(a), particularmente os homens, controlam melhor a doença <sup>(13)</sup>. Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, quase metade dos indivíduos tem diagnóstico de DM2 há um período entre 10 e 20 anos, o que é coerente com a literatura, que aponta tempo médio de evolução da doença por volta de 10 anos <sup>(5,14)</sup>. Estudos evidenciam que o tempo de diagnóstico mantém relação inversa com a adesão ao tratamento <sup>(15)</sup>, além de estabelecer associação com a aquisição de conhecimento e prontidão para o autocuidado em DM2 <sup>(4)</sup>.

Quanto aos escores de conhecimento e atitudes, os resultados apontam que a maioria dos participantes apresentam reduzida compreensão de práticas de autocuidado e baixa prontidão para o manejo da doença. Por conseguinte, não possuem atitude positiva frente às modificações esperadas no estilo de vida essenciais para a obtenção de um bom controle metabólico, dado este também evidenciado em outros estudos <sup>(5)</sup>.

Por outro lado, é preciso considerar que nem sempre o conhecimento leva à mudança de atitude frente às demandas diárias que o tratamento impõe no cotidiano <sup>(4)</sup>, o que é evidenciado nos resultados do presente estudo, já que a proporção de indivíduos com conhecimento satisfatório sobre a doença, é quase seis vezes maior do que o daqueles que demonstraram possuir uma atitude positivas frente a ela.

O DM2 acarreta mudanças significativas na relação que a pessoa acometida estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que a cerca, sendo que a necessidade de mudança de hábitos de vida, associada com a necessidade de aderir a uma terapêutica medicamentosa, torna a convivência com a doença deveras difícil <sup>(6)</sup>.

Os resultados apontam que a escolaridade, a RCQ, o tempo de diagnóstico e o monitoramento da glicemia capilar estiveram associadas ao conhecimento sobre a doença, aspectos estes também identificados em outros três estudos, os quais constataram que mais anos de escolaridade, maior duração da doença e verificação frequente da glicemia capilar constituem preditores de melhores conhecimentos em diabetes <sup>(5,16-17)</sup>.

Observou-se que indivíduos com mais de oito anos de estudo tem duas vezes mais chances de terem conhecimento adequado sobre a doença do que aqueles com menos escolaridade. Um grau de instrução maior pode facilitar a compreensão acerca

da doença, visto que, à medida que aumenta a complexidade do tratamento, o indivíduo necessita de habilidades cognitivas mais complexas para manter seu controle <sup>(18)</sup>. Estudo realizado na Turquia concluiu que 12 anos de educação formal é o limite mínimo para que os pacientes sejam capazes de compreender a doença, participar bem dos cuidados de saúde e o mais importante, aprender a conviver com a doença <sup>(19)</sup>.

A RCQ adequada apresentou associação com o conhecimento sobre a doença. Não foram encontrados outros estudos que avaliaram esta relação, porém, acredita-se que os indivíduos que adotam um comportamento em saúde que lhes permita ter uma RCQ adequada são mais instruídos e, por isto mesmo, apresentam melhor conhecimento sobre a doença.

Também foi verificada associação inversa entre tempo de diagnóstico menor que 10 anos e melhores índices de conhecimento sobre a doença, podendo isto estar relacionado ao fato já demonstrado na literatura, de que um maior tempo de diagnóstico se associa a um melhor conhecimento acerca da doença <sup>(5,16-17)</sup>. Embora o tempo de convivência com a doença favoreça a exposição a informações sobre a mesma, é preciso considerar que fatores socioeconômicos e culturais influenciados por aspectos pessoais (suporte social/familiar, aspectos psicológicos e percepção da doença) e o acesso aos serviços de saúde, podem influenciar na aquisição de conhecimento <sup>(20)</sup>.

Foi observada associação entre conhecimento sobre a doença e monitoramento frequente da glicemia capilar, o que também foi verificado em outro estudo desenvolvido em uma cidade do interior de São Paulo, junto a 82 adultos com diabetes que participavam de um programa educativo, cujos resultados sugerem que a maioria dos participantes apresentava bom conhecimento sobre a doença e das estratégias necessárias para adesão ao autocuidado, sendo a verificação da glicemia capilar uma constante no cotidiano destes indivíduos <sup>(6)</sup>.

Verificou-se que pessoas com idade entre 50 e 60 anos e que referiram episódio de hiperglicemia nos últimos seis meses, tiveram maior chance de apresentarem atitude positiva frente a doença. Embora episódios de hiperglicemia representem sério problema para as pessoas com idade inferior a 65 anos, visto que ainda terão que conviver muitos anos com a doença; o enfrentamento da mesma e a manutenção satisfatória da glicemia capilar ocorrem com maior frequência, pois, indivíduos mais jovens normalmente estão mais abertos às mudanças relativas à doença <sup>(23)</sup>.

Por sua vez, a presença esporádica de eventos de hiperglicemia pode favorecer um melhor manejo da doença, visto que a ausência de sintomas da doença está associada a reduzida adesão ao tratamento <sup>(8)</sup> e às práticas saudáveis, tais como atividade física frequente e alimentação adequada <sup>(18)</sup>.

Por fim, não foi detectada associação significativa entre conhecimento e atitude, contudo há de se considerar que ambos estão associados a uma melhor oferta de orientações e informações por parte dos profissionais de saúde. Neste contexto, os indivíduos com diabetes, necessitam de acompanhamento sistemático com equipe multiprofissional de saúde, pois a mesma pode oferecer as ferramentas necessárias para o autocuidado adequado e manejo da doença. Essas ferramentas estão relacionadas às informações que possibilitam lidar com situações no dia a dia, advindas da doença tais como a aceitação das mudanças necessárias, a tomada de

decisões frente aos alimentos, a utilização correta dos medicamentos prescritos, a monitorização da glicemia capilar no domicílio e as comorbidades <sup>(5)</sup>.

Sendo assim, faz-se necessário que os profissionais sejam sensibilizados sobre a importância das queixas ocultas e expressas, para que a decisão clínica seja partilhada, de modo a fortalecer o vínculo profissional-paciente, peça fundamental para a aquisição e manutenção de atitude positiva em relação à doença.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontaram que ter oito ou mais anos de estudo, RCQ adequada e realizar monitoramento frequente da glicemia capilar estiveram associados positivamente com conhecimento satisfatório sobre a doença, enquanto tempo de diagnóstico menor de 10 anos esteve associado negativamente. Por sua vez, atitude positiva frente a doença esteve relacionada com idade entre 50 a 60 anos e, de maneira inversa, com eventos de hiperglicemia.

Essas questões, portanto, constituem desafio para o setor saúde, tendo em vista que a RCQ normal, a verificação da glicemia capilar e os episódios de hiperglicemia, que demonstraram associação com o conhecimento satisfatório e a atitude positiva frente à doença, são passíveis de modificação. Este aspecto evidencia a importância de fortalecer as ações e educação e promoção da saúde.

Ademais, o estudo aponta também a necessidade de um olhar diferenciado para aqueles que possuem baixa escolaridade, menor tempo de diagnóstico, RCQ inadequada e idade limítrofes, visto que estes aspectos interferem diretamente no conhecimento sobre a doença e nas atitudes frente a ela, o que por sua vez, pode favorecer/dificultar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, no manejo eficiente da doença.

Acredita-se que estes achados possam estimular novos estudos, pois a complexidade do DM2 e de seu tratamento ainda impõe grandes desafios para o planejamento de ações de educação em saúde mais inovadoras e efetivas para o empoderamento dos indivíduos com baixa escolaridade e idade avançada, características não modificáveis e predominantes na população atendida pelos serviços de saúde pública.

## REFERÊNCIAS

1. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Rev Diabetes Research Clin Practice [Internet]. 2011 [acesso em: 10 jun 2016]; 94:311-21. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611613494#>
2. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas. 6.ed. Brussel. 2013. [acesso em: 30 ago 2014]. Disponível em: <http://www.eatlas.idf.org/webdata/docs/background openingpc.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. 2011. [acesso em: 10 de jan de 2016]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
4. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relationship between knowledge, attitude, education and duration of disease in individuals with diabetes mellitus. Acta Paul Enferm. 2012;25(2):284-90. [Acesso em: 10 de jul de 2016] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2.pdf>

5. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4): 862-8.
6. Rodrigues FFL, Zanetti ML, Manoel AS, Martins TA, Sousa VD, Teixeira CRS. Knowledge and attitude: important components in diabetes education. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(4):468-73. [acesso em: 10 de mai de 2016] Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_06.pdf)
7. Torres HC, Pace AE, Stradioto MA. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. *Cogitare Enferm*. 2010;15(1): 48-54.
8. Anunciação PC, Braga PG, Almeida PS, Lobo LN, Pessoa MC. Avaliação do conhecimento sobre alimentação antes e após intervenção nutricional entre diabéticos tipo 2. *Rev Baiana Saude Publ*. 2012;36(4):986-1001.
9. Torres HC, Virginia AH, Schall VT. Validação dos Questionários de Conhecimento (DKN-A) e Atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. *Rev Saude Publ*. 2005; 39(6): 906-11.
10. World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva. 2003. [acesso em: 30 ago 2016]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/trs/who\\_trs\\_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf)
11. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2009 [Acesso em: 08 abr 2016];32(1):13-61. Disponível em: [http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement\\_1/S11.full](http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11.full) Inglês.
12. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(1):46-51. [Acesso em: 08 jul 2016] Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_08.pdf)
13. Pires V, Pereira MG. Ajustamento conjugal, qualidade de vida, crenças sexuais e funcionamento sexual em pacientes diabéticos (as) e parceiros (as). *Rev SBPH*. 2012;15(2):128-47.
14. Builes-Barreira CA, Román A, Montoya C, Llamas Y, Galeano M, Uribe F, et al. [Autoconocimiento, monitorización y complicaciones de la diabetes en la jornada no más ciegos por diabetes en Antioquia, 2005]. *Rev Iatreia* [Internet]. 2007 [Acesso em: 05 mai 2016];20(1):37-46. Espanhol. Disponível em: <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewArticle/4380>
15. Rodrigues DF, Brito GEG, Sousa NM, Rufino TMS, Carvalho TD. Prevalência de Fatores de Risco e Complicações do Diabetes Mellitus Tipo 2 em Usuários de uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Cien Saúde*. 2011;15(3):277-28.
16. Arora S, Marzec K, Gates C, Menchine M. [Diabetes knowledge in predominantly latino patients and family caregivers in an urban emergency department]. *Rev Ethn Dis* [Internet]. 2011 [Acesso em: 01 set 2016];21(1):1-6. Inglês. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21462722>
17. Al-Adsani AM, Moussa MA, Al-Jasem LI, Abdella NA, Al-Hamad NM. [The level and determinants of diabetes knowledge in Kuwaiti adults with type 2 diabetes]. *Diabetes Metab* [Internet]. 2009 [Acesso em: 08 set 2016];35(2):121-8. Inglês. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19250850>
18. Gandra FPP, Silva KC, Castro CF, Esteves EA, Nobre LN. Efeito de um programa de educação no nível de conhecimento e nas atitudes sobre o diabetes mellitus. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2011;24(4): 322-31.
19. Ozcelik F, Yiginer O, Arslan E, Serdar MA, Uz O, Kardesoglu E, et al. Association between glycemic control and the level of knowledge and disease awareness in type 2 diabetic patients. *Rev Pol Arch Med Wewn* [Internet]. 2010 [Acesso em: 25 ago 2016];120(10):399-406. Inglês. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20980945>

20. Chagas IA, Camilo J, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Teixeira CRS, et al. Patients' knowledge of diabetes five years after the end of an educational program. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(5):1141-6.

21. Santos AL, Marcon SS. Como pessoas com diabetes avaliam a participação familiar em seu processo de cuidado à saúde. Invest Educ Enferm. 2014;32(2): 260-9. [Acesso em: 25 ago 2016] Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n2/v32n2a09.pdf>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia