

# Conhecimento e atitudes em diabetes mellitus tipo 2: subsídios para autocuidado e promoção de saúde

## *Knowledge and attitudes towards diabetes mellitus type 2: contributions to self-care and health promotion*

Branca Maria de Oliveira Santos<sup>1</sup>, Ana Carolina Magalhães Caixeta<sup>1</sup>, Andreia Aparecida da Silva<sup>1</sup>, Carla Regina de Souza Teixeira<sup>2</sup>

### Resumo

**Introdução:** Estudos mostram que pacientes com *Diabetes mellitus* na atenção primária à saúde apresentam baixo escore de conhecimento em relação à doença. **Objetivo:** Verificar o conhecimento e as atitudes dos diabéticos de seis Unidades Básicas de Saúde da Família de um município de Minas Gerais-Brasil, com vistas a oferecer subsídios para o autocuidado e a promoção de saúde. **Casuística e Métodos:** Estudo descritivo transversal realizado de julho a agosto de 2012, com 178 indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. Os dados foram coletados por meio de entrevista e aplicação dos questionários *Diabetes Knowledge Questionnaire* e *Diabetes Attitude Questionnaire*, após aprovação do Comitê de Ética. **Resultados:** A maioria era do sexo feminino (70,8%), com 60 a 79 anos (53,4%), analfabetos ou com primeiro grau incompleto (83,7%); casados ou amasiados (62,4%) e aposentados (52,3%). O tempo de diagnóstico da doença foi de até cinco anos. A maioria dos usuários, (58,4%), apresentou resultado insatisfatório sobre o conhecimento e compreensão em relação à doença. Quanto às atitudes para o enfrentamento da doença, 99% apresentaram baixa prontidão para o enfrentamento. Não foi encontrada diferença significativa na correlação entre os escores de ambos os questionários com o sexo e a escolaridade e com o tempo de diagnóstico da doença. **Conclusão:** Apesar de bons resultados em relação ao conhecimento geral da doença, foi encontrada, baixa prontidão para o enfrentamento da doença. Os resultados levantaram a necessidade de reflexão do modelo assistencial adotado e reforçaram a importância do planejamento de ações de autocuidado e de promoção de saúde específicas para a população estudada.

**Descritores:** Diabetes Mellitus; Conhecimento; Atitude; Promoção da Saúde; Estratégia Saúde da Família.

### Abstract

**Introduction:** Studies show that patients with diabetes mellitus attending primary health care present a low level of knowledge concerning the disease. **Objective:** Assess the knowledge and attitudes of patients with *Diabetes mellitus* six Basic Units of Family Health located within a district of Minas Gerais State, Brazil, aiming at offering support for self-care and health promotion. **Patients and Methods:** This is a cross-sectional study carried out from July to August 2012 involving 178 patients with type 2 *Diabetes mellitus*. Data were collected through interviews and application of the Diabetes Knowledge Questionnaire and the Diabetes Attitude Questionnaire, after approval by the Ethics Committee. **Results:** Most patients were women (70.8%) ranging in age from 60 to 79 years (53.4%); they were illiterate or with incomplete primary education (83.7%), married or cohabiting (62.4%), and retired (52.3%). *Diabetes mellitus* was diagnosed within a period of up to 5 years. The majority of the patients (58.4%) presented an unsatisfactory result from the knowledge and understanding about the disease. Regarding the attitudes towards the coping behaviors to the disease, 99% presented low readiness to face it. No significant difference was found from the correlation between the scores of both questionnaires with sex and schooling, as well as with the time of disease diagnosis. **Conclusion:** Despite the good results in relation to the general disease knowledge, we found low readiness to cope with the disease. Results raised the need for reflection on the healthcare model adopted. They also highlight the importance of planning specific self-care and health promotion actions for the sampled population.

**Descriptors:** Diabetes Mellitus; Knowledge; Attitude; Health Promotion; Family Health Strategy.

<sup>1</sup>Universidade de Franca(UNIFRAN)-Franca-SP-Brasil

<sup>2</sup>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-(EERPUSP)-Ribeirão Preto-SP-Brasil

**Con lito de interesses:** Não

**Contribuição dos autores:** AACC discussão dos achados, etapas de execução e elaboração do manuscrito. BMOS orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. AAS coleta, tabulação, delineamento do estudo e redação do manuscrito. CRST discussão dos achados.

**Contato para correspondência:** Tiago Aparecido Maschio de Lima

**E-mail:** tiagomaschio.farmacip@gmail.com

**Recebido:** 13/07/2016; **Aprovado:** 13/09/2016

## Introdução

A prevenção e o controle do *Diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) no Brasil, uma das classes clínicas do *Diabetes mellitus* (DM), que ocorre em 90% das pessoas com a doença<sup>(1)</sup>, são realizados por meio de ações prioritárias da Atenção Básica em Saúde (APS), tendo como eixo estruturante o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>(2-3)</sup>. Implantada em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), a ESF é reconhecida como estratégia para operacionalizar o modelo assistencial da rede básica de saúde, pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de cobertura universal, objetivando reorientar a prática assistencial rumo a uma assistência à saúde centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social<sup>(4)</sup>. A indissociabilidade entre os trabalhos clínicos, a prevenção e a promoção de saúde é apresentada como uma de suas principais estratégias, fundamentada na criação de vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade entre as equipes multiprofissionais de saúde e a comunidade, traduzidos em ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas<sup>(3-4)</sup>.

Neste cenário, a promoção de saúde é considerada como o processo de capacitação de indivíduos, população, serviços de saúde, autoridades sanitárias e outros setores sociais e produtivos, transcendendo as atividades e decisões individuais para se tornar uma atividade coletiva, com vistas ao desenvolvimento de melhores condições de saúde. Envolve a prevenção, educação em saúde e participação intersetorial na criação de estratégias que acarretem a efetividade da educação para a saúde, indo além da aplicação técnica e normativa que não aceita apenas o conhecimento e o funcionamento das doenças e a criação de mecanismos para o seu controle<sup>(5)</sup>.

No que tange à promoção de saúde e prevenção das doenças crônicas, a exemplo do DM2, existe um consenso sobre a dificuldade de adesão por parte dos diabéticos diante do tratamento e das necessárias mudanças no estilo de vida, acarretando um dos maiores problemas enfrentados pelos profissionais de saúde. Estima-se que apenas uma porcentagem dos diabéticos aderem ao tratamento de forma adequada<sup>(6)</sup>, entendendo a adesão como o envolvimento ativo, voluntário e colaborativo do paciente em termos de emitir comportamentos que produzam resultados terapêuticos no sentido de controlar a doença. Esse entendimento implica na aquisição de responsabilidade sobre o tratamento, buscando uma mudança de estilo de vida, como uma forma de estabilizar os sintomas da doença<sup>(7)</sup>. A adesão não deve, assim, ser pensada como um constructo unitário, mas sim multidimensional, pois as pessoas podem aderir muito bem a um aspecto do regime terapêutico, mas não aderir a outros<sup>(6)</sup>.

Distintos fatores podem influenciar a adesão ao tratamento nos casos de doenças crônicas como o DM. Os relacionados ao paciente, às crenças de saúde, às características da terapêutica, à instituição e ao relacionamento com os profissionais de saúde<sup>(8)</sup>, fazendo sobressair o importante papel da educação na construção de novos conhecimentos que podem levar à aquisição de atitudes e comportamentos preventivos

e de promoção de saúde, com ampliação das possibilidades de manejo da doença e tomada de decisões que favoreçam a qualidade de vida. Trata-se de um processo intrínseco e espontâneo que extrapola o condicionamento, pois visa à sequência de mudanças para hábitos saudáveis<sup>(9-10)</sup>.

Estudo realizado em um serviço de atenção básica do interior de São Paulo buscou avaliar o conhecimento e atitude de usuários com DM2 atendidos nesse local. Os resultados identificaram escores muito baixos em relação ao conhecimento em DM. Os pesquisadores concluíram que a falta de programas de educação em DM pode ter contribuído para o desfecho insatisfatório e colocam a necessidade imediata de implantação de estratégias que viabilizem a melhora do conhecimento<sup>(9)</sup>.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi verificar o conhecimento e as atitudes de indivíduos com DM2, usuários da ESF de um município de MG, com vistas a oferecer subsídios para o planejamento de ações para o autocuidado e de promoção de saúde.

## Casuística e Métodos

Estudo descritivo transversal, realizado com indivíduos com DM2 cadastrados e acompanhados nas seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de um município do interior do estado de Minas Gerais.

As UBSF oferecem cobertura para aproximadamente 15.900 indivíduos, dos quais 602 com diagnóstico de DM2. Suas atividades voltadas para o atendimento aos diabéticos são realizadas por meio de visitas domiciliárias pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiro e médico; do acompanhamento por consulta médica nas unidades e da distribuição de medicamentos antidiabéticos orais e insulina, mediante a apresentação de receituário médico<sup>(11)</sup>.

Dos 602 indivíduos com diagnóstico de DM2, foi estabelecida uma amostra randômica e aleatória, estratificada por unidade, considerando uma margem de erro de aproximadamente 6,2%, assim delimitada: 27 pessoas da UBSF São Benedito, 33 da Bela Vista, 32 da Central, 38 da Vila Nova, 27 da Baixão e 21 da Jardim Botânico, totalizando 178 participantes, de ambos os sexos, de todas as idades, residentes na zona urbana, que concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A escolha de se trabalhar apenas com os indivíduos com diagnóstico de DM2 se deu pelo fato de ser a classe clínica mais prevalente na população em geral (90%), ficando, assim, excluídos do estudo aqueles com DM1 e diabetes gestacional. A margem de erro adotada foi estabelecida em função das perdas por dificuldade de encontrar os participantes nos domicílios, após três visitas consecutivas, ou por recusa em participar do estudo. Para a coleta de dados foi construído um roteiro sistematizado, considerando as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil e ocupação), além do tempo de diagnóstico (em anos). Para obtenção dos dados sobre o conhecimento e da atitude diante da doença, utilizou-se as versões em português dos questionários *Diabetes Knowledge Questionnaire* (DKN-A) e *Diabetes Attitude Questionnaire* (ATT-19), ambos auto

aplicáveis e validados no Brasil por Torres, Hortale e Schall<sup>(12)</sup>. O DKN-A é constituído por 15 itens de respostas de múltipla escolha sobre os diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral do diabetes. Apresenta cinco categorias: fisiologia básica, incluindo a ação da insulina; hipoglicemia; grupos de alimentos e suas substituições; gerenciamento do DM na intercorrência de alguma outra doença e princípios gerais dos cuidados da doença. A escala de medida varia de 0 a 15 e o resultado é definido pelos valores dos escores obtidos. Um escore maior que oito indica conhecimento sobre diabetes<sup>(12)</sup>.

O ATT-19, a medida de ajustamento psicológico para DM, desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais sobre a doença, é formado por 19 itens que incluem seis fatores: estresse associado ao DM; receptividade ao tratamento; confiança no tratamento; eficácia pessoal; percepção acerca da saúde e aceitação social, com vistas à detecção da necessidade de intervenção educacional. Cada resposta é medida pela escala tipo Likert de cinco pontos e o valor total do escore varia de 19 a 95 pontos. Um escore maior que 70 pontos, indica atitude positiva em relação à doença.

Esses instrumentos foram submetidos a um pré-teste, sendo aplicado, inicialmente, a cinco indivíduos com diagnóstico de DM2, para verificar possíveis dificuldades na sua utilização. Como não foram detectadas, iniciou-se a coleta de dados propriamente dita nas amostras selecionadas.

Os dados foram coletados nos meses de julho e agosto de 2012, em visita domiciliar. Inicialmente foi realizado o levantamento do endereço dos possíveis participantes da pesquisa, segundo o número definido anteriormente para cada UBSF. Na visita foram obtidos os dados referentes às variáveis sociodemográficas e tempo de diagnóstico e, a seguir, foram aplicados os questionários DKN-A e ATT-19. O tempo de cada entrevista foi de aproximadamente 50 minutos. Vale ressaltar que no domicílio que tivesse mais de um indivíduo com DM2 cadastrados e acompanhados pelas UBSF do município, todos eram entrevistados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca (UNIFRAN), protocolo nº 02838412300005495.

Os dados foram digitados em banco de dados no programa Microsoft Excel® 2010 e submetidos à análise descritiva por meio de distribuição de frequências, medidas de tendência central e dispersão. Para a comparação dos escores de ambos os questionários, foi utilizado teste de Mann-Whitney entre sexos e teste Kruskal-Wallis entre nível de escolaridade. As correlações entre os escores dos questionários e o tempo de diagnóstico foram realizadas de acordo com o coeficiente de correlação Spearman. Para a definição dos testes, os dados foram submetidos, previamente, ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Todas as análises foram realizadas com auxílio do software GraphPadInStat versão 3.06, tendo sido adotado o nível de significância de 5%.

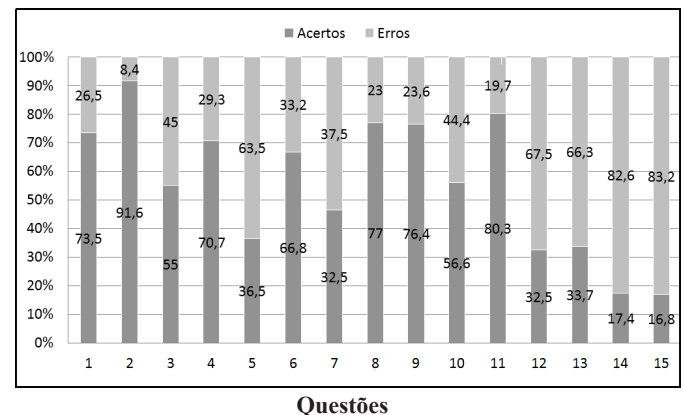
## Resultados

A maioria dos participantes (126; 70,8%) era do sexo feminino, com idade mínima de 31 anos e máxima de 97, com média de 63,8 anos, mediana de 66 anos e desvio padrão de 13,2. O nível

de escolaridade demonstrou que a maioria, 106 (59,5%), possuía primeiro grau incompleto e 43 (24,2%) eram analfabetos, demonstrando uma população com baixo nível de escolaridade. Do total da amostra, 111 (62,4%) eram casados ou amasiados e 42 (23,6%) viúvos.

Quanto à ocupação, a maioria dos usuários, 93 (52,3%), era aposentada. Do total, 46 (25,8%), exerciam atividades domésticas e 27 (15,2%) encontravam-se empregados em outras atividades. Quanto ao tempo do DM2, 73 (41,0%) apresentaram evolução da doença por um período de até cinco anos, seguidos de 44 (24,7%) com 6 a 10 anos e 31 (17,4%) com 11 a 15 anos. O tempo mínimo de diagnóstico foi de um ano e o máximo de 40 anos, com média de 9,5 anos, mediana de 8 e desvio padrão de 7,9. Pelos resultados em relação ao conhecimento dos usuários com DM2 sobre a doença, quando da aplicação do questionário DKN-A, observou-se uma dispersão do número de acertos obtidos. Do total de participantes, 104 (58,4%) apresentaram escores menores ou iguais a oito, lembrando que escore menor do que oito indica conhecimento insatisfatório sobre a doença.

A Figura 1 apresenta as porcentagens de acertos e erros, por questão do questionário, mostrando que as questões 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 e 11 foram as que apresentaram maior índice de acerto (50% ou mais) e as 5, 7, 12, 13, 14 e 15 maior índice de erros. As respostas às questões 2, 8, 9, 11 alcançaram as taxas mais altas de acerto e as 14 e 15, os maiores índices de erro. Enquanto o maior número de acertos aparece relacionado ao controle geral do DM2 (questões 1, 2, 3, 6, 8, 9 e 10), questões importantíssimas como o conhecimento sobre as possíveis complicações do diabetes, grupos de alimentos e suas substituições (5, 12, 13, 14 e 15) obtiveram um percentual elevado de erros.



**Figura 1.** Distribuição da porcentagem de acertos e erros por questão referente ao questionário DKN-A aplicado aos usuários com DM2 cadastrados nas seis UBSF do município de Campos Gerais/MG, 2012

Na tentativa de verificar possíveis diferenças entre as variáveis independentes (sexo e escolaridade), com os escores obtidos do referido questionário (DKN-A), utilizando-se os testes de Mann-Whitney para os sexos (Tabela 1), e de Kruskal-Wallis entre, para os níveis de escolaridade (Tabela 2), os resultados não mostraram diferença significativa ( $p < 0,05$ ) e, portanto, o sexo, a escolaridade e o nível de escolaridade não influenciaram no conhecimento geral do DM2 na população estudada.

**Tabela 1.** Distribuição do escore total do questionário DKN-A segundo o sexo dos usuários com DM2, cadastrados nas seis UBSF do município de Campos Gerais/MG, 2012

Parâmetro	Sexo		P *
	Feminino	Masculino	
Mínimo	1	4	
Máximo	14	15	
Mediana	8	7	
Média ± Desvio Padrão	8,1 ± 2,63	8,5 ± 3,08	0,804 (ns)

Valor de P de acordo com o teste Mann-Witney. Significativo quando <0,05

**Tabela 2.** Distribuição do escore total do questionário DKN-A segundo a escolaridade dos usuários com DM2, cadastrados nas seis UBSF do município de Campos Gerais/MG, 2012

Parâmetro	Escolaridade				P *
	Analfabeto	1º Grau	2º Grau	Nível Superior	
Mínimo	3	1	5	6	
Máximo	14	15	13	13	
Mediana	8	7	10	9	
Média ± Desvio Padrão	8,5 ± 2,5	7,9 ± 2,9	9,5 ± 2,2	9,8 ± 2,8	0,082 (ns)

Valor de P de acordo com o teste Kruskal Wallis. Significativo quando <0,05

Os resultados relacionados ao questionário ATT-19, demonstraram que 177 (99,4%) participantes apresentaram escores menores do que 70 pontos, lembrando que escore menor que 70, indica atitude negativa em relação à doença. O escore mínimo foi de 31 e o máximo de 78, com uma média de 55,5 pontos, mediana de 47 e desvio padrão de 8,0. A exemplo dos resultados relacionados ao questionário DKN, também não foi encontrada diferença significativa que comprovasse a influência do sexo (Tabela 3) e nível de escolaridade (Tabela 4) na atitude positiva em relação ao enfrentamento da doença ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 3.** Distribuição do escore total do questionário ATT-19 segundo o sexo dos usuários com DM2, cadastrados nas seis UBSF do município de Campos Gerais/MG, 2012

Parâmetro	Sexo		P*
	Feminino	Masculino	
Mínimo	31	33	
Máximo	68	78	
Mediana	47	46,5	
Média ± Desvio Padrão	47,5 ± 8,1	47,8 ± 7,9	0,818 (ns)

Valor de P de acordo com o teste Mann-Witney. Significativo quando <0,05.

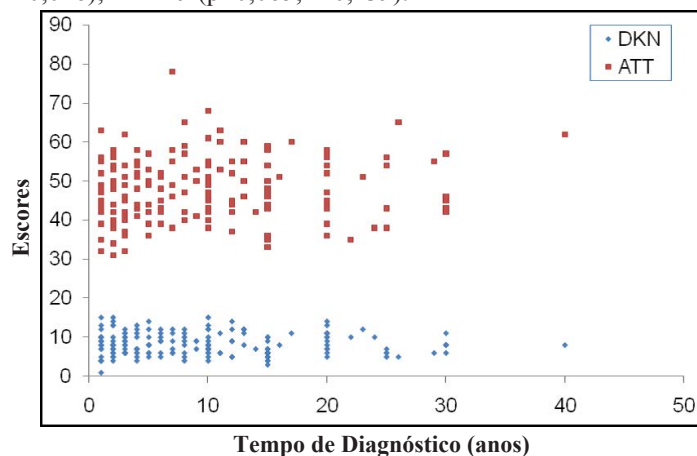
**Tabela 4.** Distribuição do escore total do questionário ATT-19 segundo a escolaridade dos usuários com DM2 cadastrados nas seis UBSF do município de Campos Gerais/MG, 2012

Parâmetro	Escolaridade				P*
	Analfabeto	1º Grau	2º Grau	Nível Superior	
Mínimo	31	32	41	36	
Máximo	68	78	60	53	
Mediana	43	48	51	44	
Média ± DP	45,9 ± 8,7	48 ± 7,9	50,5 ± 6,2	43,2 ± 6,5	0,057 (ns)

Valor de P de acordo com o teste Kruskal Wallis. Significativo quando <0,05

DP: Desvio Padrão

Para verificar a correlação entre os escores obtidos em ambos os questionários, os quais variam de 1 a 15 para o DKN-A e de 19 a 95 para o ATT-19, com o tempo de diagnóstico da doença, a análise foi conduzida de acordo com o coeficiente de correlação de Spearman (Figura 2). Pelos resultados, não foi encontrada correlação significativa entre os escores obtidos e o tempo de diagnóstico para ambos os questionários: DKN-A ( $p=0,539$ ;  $r=0,046$ ); ATT-19 ( $p=0,065$ ;  $r=0,139$ ).



**Figura 2.** Distribuição da correlação entre tempo de diagnóstico e os escores obtidos dos questionários DKN-A e ATT-19 aplicados aos usuários com DM2 cadastrados nas seis UBSF do município de Campos Gerais/MG, 2012

## Discussão

A predominância do sexo feminino também foi encontrada por outros autores<sup>(10,13)</sup>. Já os resultados de outro estudo<sup>(14)</sup> não encontraram diferença entre os sexos, mas sim um maior desconhecimento da doença entre os homens e maior acesso aos serviços de saúde por parte das mulheres, sugerindo maior preocupação destas com sua saúde e maior facilidade de acesso aos serviços. Os dados relacionados à idade, assemelham-se aos encontrados em estudos que demonstraram a importância da doença como problema de saúde e sua associação com a tendência progressiva do envelhecimento populacional<sup>(15-16)</sup>. A Sociedade Brasileira de Diabetes<sup>(17)</sup> destaca ainda que, na maioria dos países em desenvolvimento, existe uma tendência de aumento na frequência em todas as faixas etárias, especialmente nas mais jovens.

O baixo nível de escolaridade da maioria dos participantes representa um fator comum entre as pessoas com diabetes, mesmo considerando que o desenvolvimento da doença independe da escolaridade, dificultando tanto o acesso às informações quanto a compreensão dos complexos mecanismos da doença e do tratamento, representando um desafio para a equipe multiprofissional de saúde<sup>(15,18)</sup>.

A maior proporção de pessoas casadas ou amasiadas pode representar um fator positivo, já que um membro da família poderá contribuir na identificação de problemas culturais, sociais e econômicos que dificultam a adesão ao tratamento, favorecendo a adoção de ações de autocuidado e diminuindo a possibilidade de comorbidades<sup>(19)</sup>.

O fato de a maioria dos participantes ser aposentada remete às considerações de que a aposentadoria pode resultar, tanto em

benefícios quanto em malefícios, na vida das pessoas com DM2. Pode possibilitar outros espaços para o desenvolvimento do papel social ou aumentar a insatisfação por falta de perspectivas e planos futuros<sup>(20)</sup>. Nesse sentido, muito se tem incentivado o convívio social, uma vez que a troca de experiências pode contribuir de maneira significativa para melhorar a autoestima, o controle de agravos e a evolução da doença.

Os resultados relativos ao tempo de diagnóstico da doença reportam ao consenso de que no estágio inicial, o DM2 é assintomático, o que retarda seu diagnóstico e favorece o desenvolvimento de manifestações clínicas, às vezes, irreversíveis. Nesse sentido, deve-se motivar as pessoas com níveis glicêmicos alterados, a modificar hábitos que melhorem a qualidade de vida, quando ainda não apresentam nenhum sinal ou sintoma da doença, tarefa que tem se constituído em um desafio para a equipe multiprofissional de saúde, no sentido de utilizar estratégias educacionais que atendam aos aspectos emocionais, sociais, de valores e crenças das pessoas em relação à própria saúde<sup>(1,17,21)</sup>. Ainda que a Associação Americana de Diabetes<sup>(1)</sup> reconheça que o desenvolvimento de estratégias educacionais e comportamentais sejam fundamentais para os cuidados com a saúde e, que, o aumento do conhecimento pode fornecer alicerces para construção de novas experiências em relação ao autogerenciamento da doença, é preciso diferenciar aquisição de conhecimento e nível de informação. Conhecimento é mais do que reproduzir informações e pressupõe modificação de atitudes, comportamentos e hábitos de vida<sup>(22)</sup>.

Os resultados insatisfatórios em relação ao conhecimento do DM2, quanto a questões importantes sobre as complicações, os grupos de alimentos e suas substituições foi ratificado por outro estudo<sup>(9)</sup>, com a utilização do mesmo instrumento. No entanto, resultados satisfatórios são demonstrados após a aplicação de programas educativos em diabetes, contribuindo para o aprimoramento dos conhecimentos da doença e a aquisição de habilidades de autocuidado<sup>(10)</sup>.

A constatação de que a maioria dos participantes ainda não alcançou uma atitude positiva diante das modificações esperadas no estilo de vida para obtenção de bom controle metabólico, apresentando baixa prontidão para o enfrentamento da doença, está em concordância com outro estudo<sup>(9)</sup>. Esse fato reforça a necessidade de se buscar novas estratégias educacionais que possibilitem que a pessoa com diabetes, não só obtenha conhecimento para o manejo da doença, mas que o conhecimento adquirido possa transformar sua atitude diante da doença.

Para fundamentar as estratégias educacionais, os nossos achados podem contribuir, uma vez que observamos que sexo e nível de escolaridade em relação ao conhecimento e o tempo de diagnóstico relacionado à atitude não foram significantes estatisticamente. Dessa forma, é importante que os profissionais, além de se preocuparem em alcançar as metas do controle metabólico, sejam sensíveis às queixas ocultas e expressas, de modo a fortalecer o vínculo profissional-paciente, peça fundamental para a aquisição e manutenção de atitudes positivas e menos ambivalentes frente ao tratamento<sup>(9-10)</sup>.

Mesmo diante de resultados tão preocupantes, o estudo apresenta limitações que merecem ser enfatizadas: utilizou um desenho

de pesquisa descritiva e transversal, o que impossibilita fazer generalizações para outras populações com DM2. A coleta de dados por meio da visita domiciliar dificultou a localização dos participantes no domicílio, levando à necessidade de ampliação da margem de erro para definição da amostra. Apesar de os questionários serem autoaplicáveis, de fácil compreensão, confiáveis e validados para uso na avaliação de indivíduos com DM, alguns participantes encontraram dificuldades na emissão das respostas, demandando a necessidade de ajuda da própria pesquisadora, que lia as perguntas e assinalava as respostas, tomando o cuidado para não influenciar nas respostas.

Apesar dessas limitações, os resultados ajudaram a definir com mais clareza a situação do atendimento nas UBSF do município, levando à reflexão sobre a necessidade de investimento das unidades em programas de educação continuada visando à modificação no estilo de vida dos usuários e ao estímulo para a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Embora não se tenha tido a preocupação de avaliar a parte administrativa relacionada ao funcionamento das unidades de saúde e, ainda que o município adote a ESF como uma abordagem de reorientação do modelo assistencial da rede básica de saúde, com a criação de diferentes UBSF, na tentativa de operacionalizar um modelo pautado nos princípios do SUS, pode-se inferir que sua implantação, provavelmente, não tem sido suficiente para promover mudanças na modalidade de assistência prestada à população.

Algumas fragilidades referentes à estruturação das UBSF foram observadas durante a obtenção de dados necessários à construção do estudo, por falta de instrumentos de registro de informações quantitativas sobre o atendimento às pessoas com DM2 de cada unidade, comprovando a necessidade de melhor organização dos prontuários, ou mesmo de planilhas contendo dados referentes ao atendimento e seguimento dos diabéticos, de modo a buscar a humanização do cuidado e a construção de vínculos como forma de partilhar responsabilidades entre profissionais e usuários.

## Conclusão

Pelos dados analisados, foi possível definir com mais clareza a situação do atendimento nas UBSF do município, tanto no que diz respeito às pessoas com DM2 quanto à assistência prestada pelos profissionais da saúde. A análise das variáveis sociodemográficas permitiu conhecer as características da clientela, revelando alguns fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento de complicações e dificuldades para o enfrentamento do DM2, tais como idade avançada, baixo nível de escolaridade, falta de ocupação e maior tempo de diagnóstico da doença, ressaltando a necessidade de investimento em intervenções específicas, individualizadas e apropriadas para as mesmas. Apesar de os participantes terem apresentado bons resultados em relação ao conhecimento geral da doença, questões importantíssimas como o conhecimento sobre as possíveis complicações do diabetes, grupos de alimentos e suas substituições, obtiveram um percentual elevado de erros.

Foi encontrada, ainda, baixa prontidão para o enfrentamento da doença quando da análise dos dados advindos do questionário que mede a atitude das pessoas em relação à doença. Esses

subsídios representam um desafio para a equipe multiprofissional, pois demandam envolvimento e capacitação técnica para o desenvolvimento de ações com vistas a identificar alterações precoces dessa clientela tão exposta a riscos e complicações, no sentido de desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de complicações.

### Referências

1. American Diabetes Association - ADA. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2011;34(Supl 1):S62-9. doi: 10.2337/dc11-S062.
2. Fernandes AMT, Henriques ELV, Amendola F. Características de usuários portadores de diabetes mellitus tipo II com glicemia capilar alterada em um pronto atendimento municipal. *Rev Saúde*. 2014; 8(1/2):6-15.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
5. Almeida JB, Vendramini SHF, Sasaki NSGMS, Santos MLSG. Grupos educativos como estratégia preventiva para diabetes mellitus. *Arq Ciênc Saúde*. 2014;21(2):19-22.
6. Faria HTG, Santos MA, Arrelias CCA, Rodrigues FFL, Gonela JT, Teixeira CRS, et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):257-63. DOI: 10.1590/S0080-623420140000200009.
7. Delamater AM, Lima ML. Improving patient adherence. *Clin Diabetes*. 2006; 24(2):71-7.
8. World Health Organization - WHO. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
9. 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.
10. Pereira DA, Costa NMSC, Sousa ALL, Jardim PCBV, Zanini CRO. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. *Rev Latinoam Enferm*. 2012;20(3):1-8.
11. Prefeitura Municipal de Campos Gerais [homepage na Internet]. [acesso em 22 jan 2016]. Portal da Prefeitura Municipal de Campos Gerais; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: <http://www.camposgerais.mg.gov.br/>
12. Torres HC, Hortale VA, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN- A) e Atitude (ATT- 19) de Diabetes mellitus. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):906-11.
13. Souza GDS, Silva DR, Souza MF, Almeida EC, Bueno SMV. Perfil de portadores de Diabetes Mellitus tratados na atenção básica de Araçatuba - SP: a importância da educação crítico-social. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2014;18(2):101-5.
14. Goldenberg P, Schenkman S, Franco LJ. Prevalência de Diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6(1):18-28.
15. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade

e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):284-90.

16. Abbot CA, Garrow AP, Carrington AL, Morris J, Van Ross ER, Boulton AJM. Foot ulcer risk is lower in South-Asiatic and African-Caribbean compared with European diabetic patients in the UK. *Diabetes Care*. 2005;28:1869-75.

17. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014., São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.

18. Marinho NBP, Vasconcelos HCA, Alencar AMPG, Almeida PC, Damasceno MMC. Diabetes mellitus: fatores associados entre usuários da estratégia saúde da família. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):595-600.

19. Santos JC, Moreira TMM. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1125-32.

20. Ruíz PML. Aposentadoria e as mudanças de vida das pessoas com Diabetes mellitus tipo 2 [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo; 2007.

20. Moraes SA, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Prevalência de Diabetes mellitus identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):929-41.

21. Chagas IA, Camilo J, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Teixeira RS, et al. Conhecimento de pacientes com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1141-6.

Ana Carolina Magalhães Caixeta é enfermeira pelo Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), mestranda em Promoção de Saúde da Universidade de Franca (UNIFRAN). E-mail: ana.upa3@gmail.com

Branca Maria de Oliveira Santos é enfermeira, professora livre docente pela Universidade de São Paulo (USP), docente do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca (UNIFRAN). E-mail: brancamosantos@gmail.com

Andreia Aparecida da Silva é enfermeira graduada pela Faculdade de Ciências e Tecnologias de Campos Gerais (FACICA), mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN).

Carla Regina de Souza Teixeira é enfermeira, professora livre docente junto ao departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem Fundamental de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).