

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE**

LUANA SILVA RODRIGUES

**CONHECIMENTO, ATITUDE E AUTOEFICÁCIA DAS PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

UBERABA/MG

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE

LUANA SILVA RODRIGUES

CONHECIMENTO, ATITUDE E AUTOEFICÁCIA DAS PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal
do Triângulo Mineiro, como requisito para aquisição do
título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientador: Prof.^a Dra. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e Idoso.

UBERABA/MG

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Catologação na fonte:

Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

R614c Rodrigues, Luana Silva
Conhecimento, atitude e autoeficácia das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária à saúde / Luana Silva Rodrigues. -- 2022.
73 f.: tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2022
Orientadora: Profa. Dra. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia

1. Diabetes mellitus tipo 2. 2. Conhecimento. 3. Atitude. 4. Auto-eficácia. I. Chavaglia, Suzel Regina Ribeiro. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.379-008.64

LUANA SILVA RODRIGUES

**CONHECIMENTO, ATITUDE E AUTOEFICÁCIA DAS PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para aquisição do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientador: Prof.^a Dra. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e Idoso.

Uberaba, 31 de Agosto de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia- Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Prof.^a Dra. Elisabete Aparecida Mantovani Rodrigues de Resende
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Prof.^a Dra. Mônica Antar Gamba
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

À minha querida mãe Ivair, ao meu pai Evaldo, ao meu filho Pedro e ao meu marido Cairo, pelo amor e carinho com que sempre cuidaram de mim e pelo incentivo e apoio nos estudos.

RESUMO

RODRIGUES-SILVA, L. **CONHECIMENTO, ATITUDE E AUTOEFICÁCIA DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. 74f. 2022. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2022.

Introdução: o presente estudo justifica-se pelo crescente número de casos de DM2 na população e pela necessidade de que o manejo dos cuidados com a doença seja gerido pelo próprio indivíduo através da combinação de conhecimentos, atitudes e de suas crenças de autoeficácia. Objetivo: este estudo objetivou analisar a influência do conhecimento, atitude e autoeficácia do paciente no controle do Diabetes Mellitus tipo 2. Método: estudo seccional de abordagem quantitativa, realizado com 206 indivíduos com DM2, com consulta médica agendada no centro de referência para tratamento de Diabetes do município de Uberaba-MG. Os seguintes instrumentos foram utilizados: questionário sociodemográfico e clínico, versão brasileira da Escala de Conhecimentos de Diabetes (DNK-A), versão brasileira do questionário de Atitudes (ATT-19) e a Escala de Autoeficácia no Controle do Diabetes para Pacientes com Diabetes Tipo 2 (DMSES). Procedeu-se à análise descritiva, teste t-student, correlações de Pearson e regressão linear múltipla. A variável dependente principal foi o escore de autoeficácia. Resultados: prevaleceu do sexo biológico feminino (68,9%); idade maior que 60 anos (60,3 %); cor da pele autorreferida branca (44,2%); casados (45,6%); moravam com o companheiro, filhos ou familiares (83%); com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos (76,7%) e tinham escolaridade menor que oito anos de estudo (62,6%). Com relação ao diabetes, apresentaram dez anos ou menos de tempo de doença (52,9 %); a maioria realiza o controle glicêmico (91,7%), com maior frequência diariamente (27,7%) e utilizavam somente medicamentos orais (63,6%). A comorbidade mais prevalente foi hipertensão arterial (74,8%). A média de conhecimento de 9,18 e 23,2% dos entrevistados apresentaram baixo conhecimento sobre o DM. Observou-se atitude negativa na maioria dos entrevistados (58,7%), com uma pontuação média de 66,5 pontos. A média para a autoeficácia foi de 3,44, o domínio que apresentou a maior média foi o de nutrição geral e tratamento, e a menor relacionada ao exercício físico. Os resultados confirmam que, quanto maior o tempo de estudo, maior o conhecimento sobre diabetes, assim como aqueles que moram com outras pessoas e possuem uma renda maior também apresentam melhores índices de conhecimento. No que se refere à atitude, comprovou-se que, quanto melhor o IMC, menor a idade, maior a escolaridade e a renda, melhor os desfechos de atitude frente ao diabetes. Quanto à autoeficácia, atestou-se que indivíduos com melhores atitudes perante ao DM2 e com melhores índices de IMC apresentam uma melhor crença de autoeficácia. Conclusão: dados revelados podem subsidiar a equipe profissional na tomada de decisões sobre o controle da DM entre os usuários, provendo-os de adequada estratégia educacional, que permita obter conhecimentos pertinentes quanto ao enfrentamento da doença.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo 2; Conhecimento; Atitude; Autoeficácia.

SUMMARY

RODRIGUES-SILVA, L. **KNOWLEDGE, ATTITUDE AND SELF-EFFICIENCY OF PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN PRIMARY HEALTH CARE.** 74f. 2022. Dissertation (Master's Degree in Health Care) – Post-Graduation in Health Care, Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, 2022.

Introduction: the present study is justified by the growing number of DM2 cases in the population and by the need for the management of care with the disease to be managed by the individual himself through the combination of knowledge, attitudes and his beliefs of self-efficacy. Objective: this study aimed to analyze the influence of knowledge, attitude and self-efficacy of the patient in the control of Diabetes Mellitus type 2. Method: cross-sectional study with a quantitative approach, carried out with 206 individuals with DM2, with a medical consultation scheduled at the reference center for the treatment of Diabetes in the municipality of Uberaba-MG. The following instruments were used: sociodemographic and clinical questionnaire, Brazilian version of the Diabetes Knowledge Scale (DNK-A), Brazilian version of the Attitudes Questionnaire (ATT-19) and the Self-Efficacy Scale for Diabetes Control for Patients with Type 1 Diabetes 2 (DMSSES). Descriptive analysis, student t-test, Pearson correlations and multiple linear regression were performed. The main dependent variable was the self-efficacy score. Results: female biological sex prevailed (68.9%); age greater than 60 years (60.3%); white self-reported skin color (44.2%); married (45.6%); lived with a partner, children or relatives (83%); with a monthly income of 1 to 3 minimum wages (76.7%) and had less than eight years of schooling (62.6%). With regard to diabetes, they had ten years or less of disease time (52.9%); most performed glycemic control (91.7%), more frequently daily (27.7%) and used only oral medications (63.6%). The most prevalent comorbidity was arterial hypertension (74.8%). The average knowledge of 9.18 and 23.2% of respondents had low knowledge about DM. A negative attitude was observed in most respondents (58.7%), with an average score of 66.5 points. The average for self-efficacy was 3.44, the domain that presented the highest average was general nutrition and treatment, and the lowest was related to physical exercise. The results confirm that, the longer the study time, the greater the knowledge about diabetes, as well as those who live with other people and have a higher income also have better knowledge indices. With regard to attitude, it was proven that the better the BMI, the younger the age, the higher the education and income, the better the outcomes of attitude towards diabetes. As for self-efficacy, it was attested that individuals with better attitudes towards DM2 and with better BMI indices have a better belief in self-efficacy. Conclusion: revealed data can support the professional team in making decisions about DM control among users, providing them with an adequate educational strategy, which allows them to obtain relevant knowledge regarding coping with the disease.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Knowledge; Attitude; Self-efficacy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da frequência e porcentagem das variáveis sociodemográficas de participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).....	27
Tabela 2 - Distribuição da frequência e porcentagem do controle glicêmico e tempo de DM de participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).	29
Tabela 3 - Distribuição da frequência e porcentagem das comorbidades referidas pelos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).	30
Tabela 4 - Distribuição das medidas de tendência central das variáveis de conhecimento, atitude e dos domínios de autoeficácia dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).....	32
Tabela 5 – Distribuição da Correlação entre conhecimento e atitude relacionados ao escore total e os domínios de autoeficácia do diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).	33
Tabela 6 – Distribuição da correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores de conhecimento dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).	34
Tabela 7 – - Distribuição do Teste-t de student para amostra independentes para análise da influência das variáveis sociodemográficas qualitativas com os escores de conhecimento dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).	34
Tabela 8 – Distribuição da correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores de atitude dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).	35
Tabela 9 – Distribuição do Teste-t de student para análise da influência das variáveis sociodemográficas qualitativas com os escores de atitude dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).....	35

Tabela 10 – Distribuição da correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores dos domínios da escola de autoeficácia dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).....	36
Tabela 11 – Distribuição dos coeficientes de regressão linear múltipla para os escores de conhecimento e as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).....	37
Tabela 12 – Distribuição dos coeficientes de regressão linear múltipla para os escores de atitude e as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).....	38
Tabela 13 - Distribuição dos coeficientes de regressão linear múltipla para os escores de autoeficácia e as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).....	38

LISTA DE SIGLAS

AE – Autoeficácia

ATT-19 - Diabetes Attitudes Questionnaire

CEMDHI - Centro Municipal de Hipertensão e Diabetes

DM - Diabetes Mellitus

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

DMSES - Diabetes Management Self-efficacy Scale for Patients with Type 2

Diabetes Mellitus

DKN-A - Diabetes Knowledge Questionnaire

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

DCV - Doenças cardiovasculares

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IDF, em inglês - Federação Internacional de Diabetes

IR - Insuficiência Renal

M_d - Mediana

MG – Minas Gerais

ND - Neuropatia diabética

PD - Pé diabético

RD - Retinopatia diabética

UBS - Unidades de Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	DIABETES MELLITUS	15
2.2	ATITUDES PERANTE A AUTOGESTÃO	15
2.3	CONHECIMENTO SOBRE O DIABETES MELLITUS A DOENÇA	16
2.4	AUTOEFICÁCIA REFERENTE AO DIABETES MELLITUS	16
3	JUSTIFICATIVA	18
4	OBJETIVOS	19
4.1	OBJETIVO GERAL	19
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
5	MATERIAL E MÉTODOS	20
5.1	TIPO DE ESTUDO	20
5.2	COLETA DE DADOS	20
5.2.1	Local do estudo	20
5.2.2	População do estudo/ amostra.....	21
5.2.3	Critérios de inclusão	21
5.2.4	Critérios de exclusão	21
5.2.5	Instrumentos de coleta de dados	21
5.2.5.1	<i>Questionário Sociodemográfico e Clínico (Anexo A)</i>	22
5.2.5.2	<i>Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) - (Anexo B)</i>	22
5.2.5.3	<i>Diabetes Attitudes Questionnaire (ATT-19) - (Anexo C)</i>	23
5.2.5.4	<i>Diabetes Management Self-Efficacy Scale for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus (DMSES) - (Anexo D)</i>	23
5.2.5.5	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Participantes do Estudo (Apêndice 3)</i>	24
5.2.6	Procedimentos de coleta dos dados	24
5.3	ANÁLISE DOS DADOS	25
5.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	25
5.5	TESTE PILOTO	26
6	RESULTADOS	27

7	DISCUSSÃO	39
7.1	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO	46
8	CONCLUSÃO	47
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICES E ANEXOS	59

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado uma das doenças crônicas mais graves e comuns atualmente. É uma condição crônica caracterizada pela elevação de glicose sanguínea devido à incapacidade de produção de insulina pelo organismo ou por ele não conseguir usá-la de maneira efetiva. Tal condição pode ser capaz de levar a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos (IDF, 2021; HEALD, et al.,2020).

De acordo com dados da Federação Internacional de Diabetes (IDF, em inglês), no ano de 2021, contabilizou-se 537 milhões de indivíduos com idade entre 20 e 79 anos com DM em todo mundo, esse valor representa 10,5 da população mundial nessa faixa etária. Com relação à edição anterior, em 2019, houve com um aumento de 12,9% na prevalência da doença (IDF, 2021).

Estima-se que em 2045 o número de indivíduos com DM aumente para aproximadamente 783 milhões, com um aumento de 46% no número absoluto (IDF, 2021; SUN, et al., 2021).

No ano de 2019, na América do Norte e Caribe, o número se aproximava de 47,6 milhões de indivíduos com DM. Entre os países que compõe a América do Sul e Central, estima-se que haja 31,6 milhões de indivíduos com diagnóstico de DM (IDF, 2019).

A elevação da prevalência do DM está relacionada a diversos fatores, como a urbanização, mudanças nos hábitos nutricionais, sedentarismo, obesidade, envelhecimento populacional e maior sobrevivência dos indivíduos com DM (SBD, 2020).

Dentre os tipos de DM, o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) ganha destaque e corresponde a aproximadamente 90% de todos os casos de diabetes em todo o mundo, sendo considerado um dos principais problemas de saúde mundial, impactando no sistema de saúde pública, devido sua elevada incidência e morbimortalidade (IDF, 2021; SBD, 2020).

O termo “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina ou um estado de resistência à sua ação, podendo ou não estar associado a um defeito na sua secreção, mas sempre levando a um aumento dos níveis glicêmicos (RODACKI et al.,2022).

Com o intuito de manter os níveis glicêmicos dentro dos parâmetros normais e prevenir as complicações crônicas da doença, é importante que o indivíduo mantenha adesão ao tratamento, ou seja, monitore sua glicemia periodicamente, mantenha uma

alimentação saudável, pratique atividade física, faça uso do antidiabético oral e/ou insulina conforme orientação médica, reconheça os sinais de gravidade e quando procurar um serviço de saúde e outras condições ao longo da vida (BRASIL, 2013).

Todos estes itens que compõem o tratamento do DM2 refletem em modificações profundas na vida do indivíduo e resultam em um aumento da necessidade do cuidado integral da saúde, abrangendo os aspectos biológicos, culturais, sociais, econômicos, psicológicos e físicos (LEITÃO et al., 2021).

Os indivíduos com DM2 necessitam de um acompanhamento multiprofissional em saúde, que seja voltado, sobretudo, em oferecer subsídios para condução da doença com vistas à promoção da autonomia e fortalecimento dos comportamentos de autogestão.

Um estudo com idosos demonstra a importância de levar em consideração as individualidades emocionais e cognitivas, juntamente das variáveis sexo, idade e tempo diagnóstico, para a modificação das atitudes para a autogestão em diabetes tipo 2 (NUNES *et al.*, 2021)

Esses subsídios estão relacionados às informações e orientações sobre a doença, aumentando o conhecimento do indivíduo sobre as complicações crônicas; a atitude diante da condução do seu tratamento; e a crença de autoeficácia nas atividades de autogestão (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018). A autogestão aqui é entendida como o comportamento realizado pelo indivíduo em função do seu próprio benefício (MENDONÇA et al., 2017).

As principais complicações decorrentes do DM descritas por Costa, et al. (2017) no Brasil foram Retinopatia Diabética (RD), Doenças Cardiovasculares (DCV), Insuficiência Renal (IR), Neuropatia Diabética (ND), Pé Diabético (PD) as amputações.

A RD refere-se a uma complicação microvascular comum e característica em indivíduos com DM, sendo a maior causa de cegueira na população de 16 a 64 anos. Esta complicação está comumente associada a outras complicações do DM, e seu diagnóstico eleva a probabilidade de doença renal, acidente vascular cerebral e doença cardiovascular (SDB, 2021).

O diagnóstico de DM2 está associado a um aumento da incidência e morbimortalidade relacionado às DCV. Um em cada cinco indivíduos com DM apresenta doença coronariana silenciosa e um a cada 15 apresenta isquemia grave (SDB, 2021).

A IR associada ao DM é a principal causa de necessidade de terapia renal substitutiva e está relacionada ao aumento da morbimortalidade. Entre os diabéticos, 44% desenvolvem a complicação (COSTA, et al., 2017; NICHOLS, et al., 2018).

Já as ND constituem a complicação crônica mais prevalente do DM, refere-se à diminuição dos reflexos e da sensibilidade, relacionada à perda e disfunção dos nervos sensoriais, motores ou autônomos atribuíveis ao DM2. A taxa de prevalência varia de 16 a 66% (COSTA, et al., 2017; FELDMAN, et al., 2019).

O PD trata-se de úlceras crônicas ou recorrentes nos pés de indivíduos com DM que podem acarretar complicações, levando à amputação através de remoção cirúrgica de uma extremidade ou de todo membro comprometido devido à gangrena. A prevalência de amputação é de 6,4%, chegando a ser 20 vezes maior nestes indivíduos do que população na população em geral (COSTA, et al., 2017; FELIX et al., 2021).

O DM é responsável por 10,7% da mortalidade mundial por todas as causas. Em 2017, houve 209,717 mortes de indivíduos com idade entre 20 a 79 anos decorrentes de complicações do DM, o que representa 11% de toda a mortalidade, deste total, 51,8% ocorreram no Brasil (IDF, 2017).

Acredita-se que o conhecimento das potenciais complicações do DM2 favorece as mudanças nas atitudes dos indivíduos e nas crenças de autoeficácia perante as medidas de autogestão, levando os indivíduos com DM a alcançar os reais objetivos do seu tratamento: controle glicêmico, autonomia, manutenção da qualidade de vida e prevenção de agravos (LIMA et al., 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

O conceito de Autoeficácia (AE) é proveniente da Terapia Social Cognitiva e é definido como a crença que o indivíduo tem sobre sua capacidade de realizar, com sucesso, determinada atividade como, por exemplo, a autossuficiência da pessoa em realizar o teste de glicemia capilar, sem qualquer auxílio (BANDURA, 1977; PACE et al., 2017).

Nessa perspectiva, o conhecimento pode ser considerado a melhor estratégia para promover a adaptação à doença. Quanto mais o indivíduo tem acesso a informações sobre a doença, maiores são as chances de adesão ao tratamento e prevenção do surgimento de complicações (BORBA et al., 2019).

Vinculado à autogestão, ao conhecimento, às crenças dos indivíduos e suas atitudes, fatores socioeconômicos e clínicos devem ser considerados no tratamento

do indivíduo pelos serviços, tais como: idade, escolaridade, apoio familiar, renda, contexto social e familiar, condições demográficas, tratamentos disponíveis, acesso ao serviço de saúde e outras informações que podem influenciar e/ou potencializar sua condição clínica (SILVA et al., 2021).

As políticas públicas de atenção à saúde direcionadas para o tratamento e acompanhamento do DM determinam que essa condição crônica seja assistida pelos três níveis de atenção, cabendo à atenção primária medidas de rastreamento e prevenção dos fatores de risco. A atenção secundária ou ambulatorial deve oferecer o tratamento precoce e combater as possíveis complicações. E a atenção terciária ou hospitalar deve disponibilizar medidas apropriadas ao tratamento de complicações agudas (SDB, 2021; BRASIL, 2013).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DIABETES MELLITUS

O DM faz parte do grupo das doenças crônicas não transmissíveis e é considerada um problema de saúde pública. Assim, destaca-se a importância do diagnóstico precoce e tratamento contínuo. Atualmente, o principal tratamento consiste no uso dos medicamentos antidiabéticos orais e insulina (SDB, 2021).

Flor e Campos (2017), através de um estudo transversal, concluíram que o diabetes é de fato um problema com grande relevância. Atualmente, 8,3% da população mundial possui diagnóstico de DM, o que corresponde a cerca de 380 milhões de pessoas.

Essa doença está associada a várias complicações macro e microvasculares, que, em última análise, impactam na sobrevivência geral do paciente (WILLIAMS et al., 2020). Além disso, destaca-se que há relação entre diabetes e quadros infecciosos. Tanto o DM tipo 1 como o tipo 2 aumentam a susceptibilidade a infecções e suas complicações (CAREY et al., 2018).

2.2 ATITUDES FRENTE A AUTOGESTÃO

As atitudes diante da autogestão são ações e reações emocionais que podem interferir na condição de saúde positiva ou negativamente (NUNES *et al.*, 2021). A tristeza, a raiva e o medo geram um humor negativo que interfere nas práticas de autogestão, relacionadas à inatividade física, à perda de interesse pelo controle alimentar e à diminuição da adesão aos medicamentos (GABRE; WIREKLINT SUNDSTRÖM; OLAUSSON, 2019).

Compreender a complexidade de ações e atitudes é essencial para a promoção da autogestão. As atitudes são compostas por determinantes afetivos (emoções), comportamentais e cognitivos (crenças), assim como podem apresentar relação com variáveis sociodemográficas. O ajustamento conjunto desses preditores influencia no comportamento das pessoas com diabetes mellitus tipo 2, favorecendo o desenvolvimento de atitudes positivas. (SILVA et al., 2021; LIMA et al., 2020; BORBA *et al.*, 2019).

A complexidade do ser humano, modo como cada pessoa convive com o diabetes mellitus tipo 2, depende das experiências individuais, assim, muitas vezes é necessário um trabalho de desconstrução de crenças, valores e costumes relacionados aos aspectos da vida cotidiana, para assim se alcançar um ajustamento emocional, social e fisiológico durante o tratamento. (BORBA *et al.*, 2019; GHOREISHI *et al.*, 2019).

2.3 CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA

O bom conhecimento e a autogestão em DM estão associados à redução dos níveis de hemoglobina glicada e à prevenção de complicações da doença (STRAWBRIDGE *et al.*, 2017).

Borba *et al.* (2019) destacam que o conhecimento e capacidade para a autogestão é fundamental para um bom prognóstico da doença, porém sofre influências de conceitos complexos como idade avançada, morar com outras pessoas, escolaridade, nível socioeconômico e atitude negativa.

Oliveira Neto *et al.* (2017) reforçam a necessidade de busca por empoderamento dos pacientes, através, principalmente, de ações de educação permanente, oportunizando momentos de troca de saberes e estímulo de autogestão.

A partir do momento que o indivíduo recebe informações claras a respeito do DM, das possíveis complicações e do tratamento existente, o próprio paciente torna-se capaz de atuar em sua doença, agindo ativamente na prevenção de complicações. Desse modo, existe uma transferência dinâmica de conhecimentos entre os profissionais e o paciente, que tem como objetivo tornar o paciente com diabetes mais aderente e responsável acerca do manejo da doença (STRAWBRIDGE *et al.*, 2017).

Dessa forma, processos educativos favorecem o controle glicêmico e enfrentamento a doença, e proporciona melhores indicadores de autogestão (MACEDO *et al.*, 2017).

2.4 AUTOEFICÁCIA RELACIONADA AO DIABETES

A autoeficácia pode ser definida como a crença de um indivíduo sobre sua capacidade de desempenhar atividades que influenciam na sua vida, ou seja, capacidade de se autocuidar. Esses aspectos determinam como as pessoas se

sentem, pensam, se motivam e se comportam perante a situações de estresse, como uma doença (THAREK et al., 2018). Quando levado para o contexto do DM2, essas ações se relacionam a comportamentos de autogestão, incluindo monitoramento da glicemia, atividade física, cuidados com os pés e ingestão de medicamentos, conforme recomendado (BANDURA, 1986).

Por meio da teoria da autoeficácia Bandura, propôs-se a identificar como crenças pessoais e experiências passadas influenciam nos objetos e objetivos dos indivíduos. É com base nesse conceito de autoeficácia que as pessoas escolhem quais desafios enfrentarão, quanto esforço terão que fazer e por quanto tempo estão dispostos a perseverar nesse objetivo (BANDURA, 1997).

Na prática, pessoas com crenças de autoeficácia altas insistirão em melhorar seus índices metabólicos e controle glicêmico, pois acreditam que o esforço será recompensado e assim alcançarão seus objetivos (OLIVEIRA; SILVA; BARDAGI, 2018).

Este conceito abrange três dimensões do comportamento humano: a magnitude, a força e a generalidade. A magnitude está relacionada com a percepção do grau de dificuldade para se realizar determinada atividade; a força com a convicção para se realizar certa tarefa específica; e a generalidade com a capacidade de se estender à AE de determinada situação para outras (BANDURA, 1997; PACE et al., 2017; SOUSA et al., 2020).

De maneira geral, pode-se dizer que os conceitos de AE e a atitude do indivíduo com suas ações de autogestão estão relacionados aos julgamentos e às decisões pessoais que, por sua vez, estão ligados às habilidades técnicas e cognitivas que deverão ser executadas a partir de suas crenças (PACE et al., 2017; PRADO; SOARES, 2015; SOUSA et al., 2020; HAILU; MOEN; HJORTDAHL, 2019).

3 JUSTIFICATIVA

Este estudo tem como justificativa a proposição de que um melhor conhecimento acerca do DM e suas potenciais complicações pode contribuir para mudança de atitudes e comportamentos dos pacientes diante da sua condição, fazendo com que se comprometam de forma mais efetiva com a adoção das ações de autogestão direcionadas no tratamento.

O conhecimento inadequado sobre as condições de saúde pode resultar em uma atitude de negação perante a doença e estas, por sua vez, podem gerar impacto negativo sobre a autoeficácia (BAILEY et al., 2016; GODDU; RAFFEL; PEEK, 2015; FISHER et al., 2014; KING et al., 2010; WALKER et al., 2015).

O paciente, quando tem ciência destes fatores, prioriza atitudes e comportamentos voltados para manutenção da qualidade de vida e vigilância de sua própria saúde, resultando em uma autogestão mais eficaz. Embora seja difícil quantificar os efeitos do conhecimento, este, por sua vez, impacta sobre outras áreas da vida dele, como a adesão à medicação, eventos adversos, internações hospitalares e outras complicações (ATTRIDGE et al., 2014).

Acredita-se que o estudo fornecerá evidências que poderão subsidiar o planejamento de ações em saúde e tomada de decisões desta população, visando melhorar os conhecimentos e atitudes perante o DM2; e que estes, por sua vez, venham a influenciar nos níveis de autoeficácia.

O presente estudo justifica-se também pelo crescente número de casos de DM2 na população adulta e pela necessidade de que o manejo dos cuidados com a doença seja gerido pelo próprio indivíduo através da combinação de conhecimentos, atitudes e suas crenças para desempenho desta função.

Diante do exposto, surge a necessidade de se caracterizar a população e investigar os seguintes questionamentos: qual o escore de conhecimento, atitude e autoeficácia dos pacientes acerca do Diabetes Mellitus? Qual a relação entre os escores de autoeficácia com os escores de conhecimento e de atitude? Existe influência de variáveis sociodemográficas e clínicas sobre os escores de conhecimento, atitude e autoeficácia de indivíduos com DM2?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a influência do conhecimento, atitude e autoeficácia do paciente no controle do Diabetes Mellitus tipo 2.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os sujeitos segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas;
2. Determinar os escores de conhecimento, atitude e autoeficácia acerca do DM2 segundo as versões para a língua portuguesa do Brasil do *Diabetes Knowledge Questionnaire* (DKN-A), *Diabetes Attitudes Questionnaire – (ATT-19)* e *Diabetes Management Self-efficacy Scale for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus* (DMSES);
3. Correlacionar os escores de autoeficácia (DMSES) com os escores de conhecimento (DKN-A) e os escores de atitude (ATT-19);
4. Analisar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores de conhecimento obtidos através do questionário DKN-A;
5. Analisar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores de atitude obtidos através do questionário ATT-19;
6. Analisar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores de autoeficácia obtidos através da escala DMSES.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, seccional, com abordagem metodológica quantitativa.

Nesse tipo de estudo, tem-se uma amostra representativa de participantes, avaliada em determinado ponto temporal sem a manipulação de variáveis. Este modelo de pesquisa fornece dados científicos mais precisos, interpretáveis, replicáveis e sem desvios possíveis (POLIT; BECK, 2011).

5.2 COLETA DE DADOS

5.2.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Uberaba - Minas Gerais e desenvolvido com indivíduos com DM2 com consulta agendada no Centro Municipal de Hipertensão e Diabetes (CEMDHI).

O município de Uberaba abrange uma área territorial total de 4.523 km² e conta com uma população de 337.092 habitantes (IBGE, 2019). De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, o território do município é dividido em três distritos sanitários, os quais congregam Unidades Básicas de Saúde (UBS) que abrigam um total de 51 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de cada distrito possuir uma Unidade Matricial de Saúde, que fazem atendimentos às especialidades básicas (ginecologia, pediatria e clínica geral), funcionando também como unidades de apoio para as UBS's (UBERABA, 2017).

As UBS são locais que realizam atendimento primário de forma integral a uma população adstrita, podendo ofertar atendimento médico, odontológico, de enfermagem e de outros profissionais. As ações deste nível de atenção são orientadas à prevenção e promoção dos agravos à saúde (BRASIL, 2012).

A atenção especializada tem como objetivo propor de forma coordenada atendimentos especializados em saúde, necessários para promover efetividade e sequência nos atendimentos da atenção primária à saúde, buscando a integralidade em saúde (CONASS, 2015; TESSER; POLI, 2017)

O CEMDHI atende pacientes hipertensos e com diabetes de difícil controle e obesos mórbidos encaminhados pelos médicos das UBS, trabalhando na prevenção e no cuidado para evitar o agravamento das doenças (UBERABA, 2020).

5.2.2 População do estudo/ amostra

A população deste estudo foi constituída por adultos e idosos com diagnóstico médico de DM2, conforme CID-10, e que estivessem agendados para consulta no CEMDHI, e recrutados empregando-se a amostra não probabilística durante o período de coleta de dados. O desenvolvimento do estudo foi autorizado da Prefeitura Municipal de Uberaba.

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação $R^2 = 0,10$ em um modelo de regressão linear múltipla com 5 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,01$ e erro do tipo $\beta = 0,1$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Utilizando-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão 13, e se introduzindo os valores acima descritos, obtém-se um tamanho de amostra mínimo de $n = 206$. A variável dependente principal será o escore de autoeficácia.

5.2.3 Critérios de inclusão

- a) Pacientes com idade superior a 18 anos de idade;
- b) Ser diagnosticado com Diabetes Mellitus tipo 2;
- c) Ter consulta agendada na unidade do CEMDHI.

5.2.4 Critérios de exclusão

Pacientes que não conseguiram entender e responder aos questionamentos por dificuldade de entendimento ou de audição; e pacientes não encontrados após três tentativas de contato.

5.2.5 Instrumentos de coleta de dados

5.2.5.1 *Questionário Sociodemográfico e Clínico (Anexo A)*

Para a avaliação das variáveis sociodemográficas, usou-se um instrumento criado e validado pelo grupo de pesquisa da pesquisadora em 2020. As seguintes variáveis foram avaliadas: sexo (masculino, feminino); cor da pele (branco, negro, pardo, amarelo, indígena); tabagismo (sim, não); etilismos (sim, não); tipo de diabetes (tipo 1, tipo 2); estado civil (solteiro, casado, mora com companheiro, viúvo, separado ou divorciado, não sabe informar); situação familiar (vive sozinho, vive com companheiro(a); vive com companheiro(a) e filhos, vive com familiares e pessoas sem laços familiares/conjugais, vive com pessoas sem laços familiares/conjugais); renda familiar (não tem renda, menos de um salário, de um a três salários, de três a cinco salários, mais de cinco salários, não sabe informar); número de anos que frequentou a escola; faz controle glicêmico (sim, não); com que frequência controla seu índice glicêmico (não controla, diariamente, semanalmente, mensalmente); qual o método de controle glicêmico utiliza (não faz controle, glicemia capilar, glicemia, hemoglobina glicada, outro); tratamento medicamentoso (não utiliza, antidiabético oral, insulina, ambos, outro); há quantos anos possui diabetes; doenças autorreferidas (HAS, dislipidemia, obesidade, doença renal, neurológica, cardiovascular, oftalmológica, CA, artrite/artrose, depressão, outros); variáveis clínicas (pressão arterial, glicemia capilar, peso, altura, IMC) (DA COSTA et al., 2020).

5.2.5.2 *Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) - (Anexo B)*

O DKN-A é um questionário composto por 15 itens, adaptado para uso no Brasil, referente ao conhecimento sobre o DM e o controle da doença. Ele é dividido em cinco grupos: fisiologia básica e ação da insulina, hipoglicemia, grupos de alimentos e como substituí-los, gerenciamento do DM na presença de outra doença e princípios gerais nos cuidados com a doença (TORRES et al., 2005; CURCIO et al., 2011).

Neste questionário, cada item respondido corretamente recebe 1 ponto no escore final. Os itens de 1 a 12 apresentam uma única alternativa correta, enquanto os itens de 13 a 15 apresentam duas alternativas corretas e, para obter o escore 1, as duas respostas corretas devem ser marcadas. Quanto maior o escore, maior é o conhecimento sobre DM (CURCIO et al., 2011; TORRES et al., 2005;).

5.2.5.3 *Diabetes Attitudes Questionnaire (ATT-19) - (Anexo C)*

O ATT-19 é um questionário que dispõe sobre a atitude para a autogestão dos sujeitos perante a DM e seu ajustamento psicológico para ela, desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais sobre a doença. Essa versão foi traduzida para o português e validada para uso no Brasil (TORRES et al., 2005; WELCH et al., 2001).

Consiste em 19 itens que incluem seis fatores: a) estresse associado à DM, b) receptividade ao tratamento, c) confiança no tratamento, d) eficácia pessoal, e) percepção sobre a saúde e f) aceitação social. As questões 11, 15 e 18 começam com o escore reverso. Cada resposta é medida pela escala de Likert de cinco pontos (discordo totalmente - escore 1; até concordo totalmente - escore 5). O escore total varia entre 19 a 95 pontos. Um escore maior ou igual a 70 pontos indica a atitude positiva sobre a doença (TORRES et al., 2005).

5.2.5.4 *Diabetes Management Self-Efficacy Scale for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus (DMSES) - (Anexo D)*

A avaliação da AE dos sujeitos, para desempenhar comportamentos de autogestão com o DM2, será realizada a partir da utilização da escala holandesa *Diabetes Management Self-efficacy Scale for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus - (DMSES)*, que foi adaptada e validada para uso no Brasil (PACE et al., 2017).

A escala DMSES é uma escala tipo Likert, com 20 itens distribuídos em quatro fatores (1- Nutrição específica e peso; 2- Nutrição geral e tratamento medicamentoso; 3- Exercício físico; 4- Glicose sanguínea). Além de avaliar a autoeficácia para desempenhar comportamentos de autogestão com o DM2, ela também questiona se essas pessoas se sentem capazes de desempenhar esses comportamentos. Tais comportamentos se referem a três tipos de atividades: atividades essenciais para o tratamento da doença, atividades de auto-observação e atividades de autorregulação.

Cada questionamento apresenta um padrão de resposta que vai de “com certeza sim” até “com certeza não”, com escores variando, respectivamente, de um a cinco.

O escore de AE final é determinado pela média global do instrumento, ou seja, somam-se todos os escores e divide pelo número de itens. Quanto maior a média global, maior o comportamento de autoeficácia acerca do DM2.

5.2.5.5 *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Participantes do Estudo* (Apêndice A)

Após a identificação dos sujeitos da pesquisa, solicitou-se a autorização para participação por meio do TCLE, em duas vias. Este foi entregue ao participante para leitura e posterior assinatura. Uma via do TCLE foi entregue ao participante e a outra deverá ficar com os responsáveis pela pesquisa, para que se garanta o cumprimento dos procedimentos éticos exigidos para realização do estudo.

5.2.6 Procedimentos de coleta dos dados

O presente projeto possui autorização deferida pela Prefeitura Municipal de Uberaba (Anexo E).

Após aprovação do CEP, solicitou-se ao Departamento de Tecnologia e Informação o acesso à rede para verificação dos pacientes agendados. Ao identificar os critérios de inclusão, os participantes foram convidados a participar da pesquisa na sala de espera, e aqueles que aceitassem, eram encaminhados a uma sala reservada na unidade.

Apresentou-se o TCLE – Participantes (Apêndice A), no sentido de registrar sua anuência e assinatura, bem como garantir o respeito aos seus direitos como sujeito de pesquisa. Após assinatura do TCLE-Participantes, realizou-se entrevista e aplicação dos questionários.

O período de coleta de dados foi de março a maio de 2022 e contou com três pessoas, o autor principal, um discente de pós-graduação *stricto sensu* e um discente de graduação de iniciação científica. Todos foram treinados quanto ao preenchimento dos instrumentos e abordagem dos participantes antes do início da coleta de dados.

As fontes de informação para a coleta dos dados foram o prontuário do paciente e entrevista com a aplicação dos questionários sociodemográfico e clínico (Anexo A), questionário DKN-A (Anexo B), questionário ATT-19 A (Anexo C) e escala DMSES (Anexo D).

5.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados em planilha de dados eletrônicos no programa Excel XP® da Microsoft®, utilizando-se a técnica de dupla digitação e validação dos dados, para detectar possíveis erros de transcrição. Após esta etapa, o banco foi importado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* para Windows® para processamento e análise.

Para se atender ao primeiro objetivo, as variáveis foram apresentadas em frequência absoluta (n) e relativa (%). Para se atender ao segundo objetivo, os escores de conhecimento, atitude e autoeficácia foram apresentados empregando-se medidas de centralidade (média e mediana (M_d)), de dispersão (amplitude e desvio padrão) e de consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach).

Para o terceiro objetivo, empregou-se a análise bivariada considerando os coeficientes de correlação produto-momento de Pearson. Para o objetivo 4, 5 e 6, a análise bivariada incluiu o teste t para grupos independentes e, para preditores dicotômicos; correlações de Pearson para quantitativas. A influência simultânea de preditores socioeconômicos e clínicos sobre conhecimento, atitude e autoeficácia utilizou análise de regressão linear múltipla. Este trabalho considerou um nível de significância alfa igual ou menor a 0,05.

5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, assim como a Gerência de Ensino e Pesquisa. Os sujeitos foram convidados a participar após informações sobre a natureza e objetivos da pesquisa. A partir da anuência do entrevistado e a assinatura do TCLE (Apêndice A), a coleta de dados foi conduzida.

Os questionários foram identificados por códigos e números para manter o sigilo dos dados do participante. Somente os pesquisadores teriam acesso aos dados obtidos. Os participantes não foram submetidos a procedimentos que lhes causassem grandes riscos ou desconfortos. Também foram informados do tempo médio de

realização da entrevista (30 minutos) e que poderiam desistir de participar a qualquer momento, sem interferência no atendimento recebido.

O presente projeto se pauta, nas determinações da Resolução 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos sob Parecer número 5.464.755 (ANEXO F) (BRASIL, 2012).

5.5 TESTE PILOTO

A fim de revisar, adequar e finalizar o plano de pesquisa, realizou-se um teste piloto, que consistiu na aplicação dos instrumentos a 15 participantes equivalentes que atendiam aos critérios de inclusão. Em geral, destina-se a determinar se os instrumentos em uso são capazes de gerar as informações desejadas (POLIT; BECK, 2011).

6 RESULTADOS

Abordou-se 219 pessoas, mas entrevistados 206 participantes. Houve dez recusas e três não se enquadravam nos critérios de inclusão.

Do total de 206 participantes, verificou-se que a média de idade foi de $60,28 \pm 10,7$ anos e 60,3 % da amostra possuíam 60 anos ou mais. A escolaridade em anos obteve a média de $6,8 \pm 4,3$ e apresentou prevalência de menos de oito anos de estudo (62,6%).

Houve uma prevalência do sexo biológico feminino (68,9%), cor da pele autorreferida branca (44,2%), seguida pela parda (33%); casadas (45,6%); expressiva maioria mora com companheiro, filhos ou familiares (83%); e possui renda de um a três salários mínimos (76,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da frequência e porcentagem das variáveis sociodemográficas de participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).

Variáveis	Categorias	N	%
Idade	20-29 anos	1	0,5
	30-39 anos	8	4,0
	40-49 anos	21	10,5
	50-59 anos	52	25,3
	60-69 anos	85	41,3
	70-79 anos	36	17,5
	≥ 80 anos	3	1,5
Sexo biológico	Masculino	64	31,1
	Feminino	142	68,9
Cor da pele autorreferida	Branca	91	44,2
	Negra	42	20,4
	Parda	68	33,0
	Amarela	5	2,4
Estado civil	Solteiro	43	20,9
	Casado	94	45,6

	União estável	17	8,3
	Viúvo	23	11,2
	Separado ou divorciado	28	13,6
	Não sabe	1	0,5
Situação familiar	Sozinho	35	17,0
	Com companheiro	67	32,5
	Com companheiro e filhos	43	20,9
	Com familiares e outros	61	29,6
Renda	Sem renda	4	1,9
	< 1 SM	21	10,2
	1-3 SM	158	76,7
	3-5 SM	20	9,7
	≥ 5 SM	1	0,5
	Não sabe informar	2	1,0
Escolaridade	Analfabeto	3	1,5
	1-4 anos	81	39,3
	5-7 anos	45	21,8
	≥ 8 anos	77	37,3

Fonte: Elaborada pela autora, 2022. Legenda: SM: Salário Mínimo.

De acordo com os hábitos de vida, identificou-se que 15% da amostra se declarou tabagista e etilista.

Com relação às variáveis clínicas, calculou-se médias. Para pressão arterial sistólica, a média foi de $128,6 \pm 18,9$ mmHg; pressão diastólica $80,9 \pm 9,2$ mmHg; glicemia capilar $157,8 \pm 73,5$ mg/dL; hemoglobina glicada de $7,9 \pm 2,1$ %; média de peso de $81,9 \pm 19,5$ kg; altura de $161,1 \pm 18,2$ cm; IMC de $30,8 \pm 6,7$ pontos. Essas variáveis estavam indisponíveis em 29,13% dos prontuários.

Quanto ao perfil clínico dos participantes, destaca-se uma média de $10,8 \pm 9,6$ anos de diagnóstico de diabetes, variando de um a 49 anos, com prevalência de dez anos ou menos de tempo de DM (52,9 %) (Tabela 2).

A maioria (91,7%) realiza o controle glicêmico, sendo com maior frequência diariamente (27,7%). Observa-se que a maioria dos participantes utilizava todos os métodos de controle glicêmicos (65,5%) e usava apenas medicamentos orais (63,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da frequência e porcentagem do controle glicêmico e tempo de DM de participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).

Variáveis	Categorias	N	%
Faz controle glicêmico	Sim	189	91,7
	Não	17	8,3
Frequência do controle	Não controla	17	8,3
	Diariamente	57	27,7
	Semanalmente	51	24,8
	Mensalmente	45	21,8
	Outros	36	17,4
Método de controle	Não faz controle	17	9,2
	Glicemia capilar	11	5,3
	Glicemia	7	3,4
	Hemoglobina glicada	4	1,9
	Todos os métodos de controle	135	65,5
	Apenas exames laboratoriais	32	15,5
Tratamento medicamentoso	Não utiliza	3	1,5
	Antidiabéticos orais	131	63,6
	Insulina	18	8,7
	Ambos	53	25,7
	Outros	1	0,5
Anos de diagnóstico	<10 anos	109	52,9
	11-19 anos	53	25,7
	20-29 anos	31	15

≥30 anos	13	6,3
----------	----	-----

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

As comorbidades mais prevalentes referidas pelos participantes foram HAS (74,8%), dislipidemia (55,8%) e problemas oftalmológicos (49%), as outras referidas foram hipotireoidismo, fibromialgia e labirintite (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da frequência e porcentagem das comorbidades referidas pelos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).

Variáveis	Categorias	N	%
Hipertensão arterial sistêmica	Sim	154	74,8
	Não	52	25,2
Dislipidemia	Sim	115	55,8
	Não	91	44,2
Obesidade	Sim	38	18,4
	Não	168	81,6
Doença renal	Sim	28	13,6
	Não	178	86,4
Doença neurológica	Sim	18	8,7
	Não	188	91,3
Doença cardiológica	Sim	70	34,0
	Não	136	66
Doença oftalmológica	Sim	101	49
	Não	105	51
Doença oncológica	Sim	4	1,9
	Não	202	98,1

Artrite/Artrose	Sim	62	30,1
	Não	144	69,9
Depressão	Sim	40	19,4
	Não	166	80,6
Outros	Sim	46	22,3
	Não	160	77,7

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Considerando o escore total do conhecimento, verificou-se que uma variação de 2 a 14 pontos (do total de 0 a 15), sendo a média de $9,18 \pm 2,07$ pontos. Observou-se que 23,2% dos entrevistados apresentaram baixo conhecimento sobre a DM (< 8 pontos).

Quanto ao escore total de atitude, observou-se uma variação de pontos de 40 a 91 pontos (do total de 19 a 95 pontos), com uma pontuação média de 66,5 pontos, e atitude negativa (< 70 pontos) na maioria dos entrevistados (58,7%).

Com relação à escala de autoeficácia, a média total do instrumento foi de 3,44, considerando um total de cinco pontos. No que diz respeito aos domínios do instrumento, o que apresentou uma maior média foi o de nutrição geral e tratamento, e a menor média encontrada foi no domínio relacionado ao exercício físico (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das medidas de tendência central das variáveis de conhecimento, atitude e dos domínios de autoeficácia dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).

Variável	N (%)	Mediana	Média (DP)	Mínimo	Máximo
Escore total Conhecimento (DKN-A)		9,5	9,18(±2,07)	2	14
Baixo conhecimento	48 (23,2)				
Alto conhecimento	158 (76,8)				
Escore total de Atitude (ATT-19)		66	66,5(±11,27)	40	91
Atitude negativa	121 (58,7)				
Atitude positiva	85 (41,3)				
Escore total de Autoeficácia (DMSES)		3,40	3,44(±0,63)	1,40	5
DMSES Nutrição Específica e peso		3,14	3,17(±0,84)	1	5
DMSES Nutrição Geral e Tratamento		4	3,89(±0,68)	1,3	5
DMSES Exercício Físico		3	3,07(±0,91)	1	5
DMSES controle glicêmico		3,83	3,80(±0,72)	1,5	5

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Para atender ao terceiro objetivo, realizou-se correlação dos escores de autoeficácia com os escores de conhecimento e os escores de atitude, como também a correlação de Pearson, considerando valores de $p \leq 0,05$. Identificou-se que houve correlação positiva entre o escore total do DMSES em relação ao conhecimento ($p = ,033$; $r = ,148$), assim como em relação à atitude ($p < 0,001$; $r = ,413$).

Considerando como desfecho cada um dos domínios do DMSES, identificou-se que, no domínio da Nutrição Específica e peso, houve correlação positiva e moderada com a atitude para a autoeficácia ($p < 0,001$; $r = 0,399$), indicando uma melhor eficácia para a nutrição específica e controle de peso, quanto melhor a atitude relacionada à diabetes. Observou-se também correlação positiva e moderada entre o

domínio Nutrição Geral e Tratamento com a atitude ($p < 0,001$; $r = 0,322$), indicando uma melhor eficácia para a nutrição geral e tratamento, quanto melhor a atitude relacionada à diabetes.

Já considerando o domínio do Exercício Físico, houve correlação positiva e fraca com a atitude ($p = 0,001$; $r = 0,228$) e com o conhecimento sobre diabetes ($p = 0,014$; $r = 0,172$), observando que, quanto melhor o conhecimento e a atitude perante o diabetes, melhor a crença de autoeficácia sobre a prática de exercício físico, neste caso, a atitude apresentando uma correlação mais forte que o conhecimento sobre este domínio.

O último domínio, controle glicêmico, também apresentou correlação positiva e moderada com atitude ($p = 0,001$; $r = 0,371$) e positiva e fraca com conhecimento ($p = 0,001$; $r = 0,261$), ou seja, quanto melhor o conhecimento e a atitude perante o diabetes, melhor a crença de autoeficácia sobre o controle glicêmico, e a atitude apresenta uma correlação mais forte que o conhecimento sobre este domínio.

Não houve correlação entre o conhecimento sobre a doença e os domínios de nutrição específica e peso, e nutrição geral e tratamento.

Tabela 5 – Distribuição da correlação entre conhecimento sobre a doença e atitude diante da autogestão relacionados ao escore total e os domínios da escala de autoeficácia para o diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).

	DKN-A		ATT-19	
	R	P	R	P
Escore total de autoeficácia	0,148	0,033*	0,413	<0,001*
Domínio Nutrição Específica e peso	-0,012	0,863	0,399	<0,001*
Domínio Nutrição Geral e Tratamento	0,083	0,238	0,322	<0,001*
Domínio Exercício Físico	0,172	0,014*	0,228	0,001*
Domínio Controle Glicêmico	0,261	<0,001*	0,371	<0,001*

Fonte: Elaborada pela autora, 2022. Legenda: DKN-A: Escore total conhecimento; ATT-19: Escore total atitude. Nota: * $p \leq 0,05$; correlação de Pearson.

Para a análise da influência das variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores de conhecimento obtidos através do questionário DKN-A, fez-se a primeira a avaliação dos resultados através da análise bivariada que indicou uma correlação negativa e fraca com a idade ($p=0,006$), indicando que quanto maior a idade, menor o conhecimento sobre diabetes. Houve também relação positiva e moderada entre escolaridade ($p=0,000$), assim como houve significância com renda ($p=0,005$) e situação familiar ($p=0,002$), na qual aquele que possui maior escolaridade, mora com outras pessoas, e os que possuem uma renda maior que três SM têm melhores índices de conhecimento sobre diabetes. Não houve correlação entre IMC, quando considerado o conhecimento dos pacientes (Tabela 6 e 7).

Tabela 6 - Distribuição da correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores de conhecimento dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).

	R	p*
IMC*	0,069	0,337
Idade*	-0,191	0,006
Escolaridade*	0,346	0,000

Fonte: Elaborada pela autora, 2022. Nota: * $p \leq 0,05$.

Tabela 7 - Distribuição do Teste-t de student para amostra independente para análise da influência das variáveis sociodemográficas qualitativas com os escores de conhecimento dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).

	N	Média (DP)	p*
Situação familiar			0,005
Morar sozinho	35	8,3 (2,42)	
Morar acompanhado	171	9,37 (2,00)	
Renda			0,002
≤ 3 salários mínimos			
> 3 salários mínimos	183	9 (2,00)	
	23	10,5 (2,5)	

Fonte: Elaborada pela autora, 2022. Nota: * $p \leq 0,05$.

Para analisar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores de atitude obtidos através do questionário ATT-19, considerou-se a análise bivariada abaixo que identificou correlação positiva e fraca entre escolaridade ($p=0,011$), ou seja, aqueles com maior tempo de estudo apresentaram melhores atitudes de autogestão perante o diabetes, já o IMC apresentou uma correlação negativa e fraca ($p=0,044$), o que indica que aqueles com menores índices de massa corporal apresentam melhores atitudes diante o diabetes. Além disso, morar com outras pessoas ($p=0,022$) e possuir renda de mais de três SM ($p=0,004$) também apresentaram melhor relação com a atitude perante o diabetes. Não houve correlações entre atitude e idade dos participantes (Tabela 8 e 9).

Tabela 8 - Distribuição da correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores de atitude dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).

	R	p*
IMC*	-0,144	0,044
Idade*	0,074	0,288
Escolaridade*	0,231	0,001

Fonte: Elaborada pela autora, 2022. Nota: * $p \leq 0,05$.

Tabela 9 - Distribuição do Teste-t de student para análise da influência das variáveis sociodemográficas qualitativas sobre os escores de atitude dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).

	N	Média (DP)	p*
Situação familiar			0,022
Morar sozinho	35	62,60 (9,35)	
Morar acompanhado	171	67,36 (11,48)	
Renda			0,004
≤ 3 salários mínimos	183	65,75 (11,05)	
> 3 salários mínimos	23	72,91 (11,20)	

Fonte: Elaborada pela autora, 2022. Nota: * $p \leq 0,05$.

Para analisar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores de autoeficácia obtidos através da escala DMSES, realizou-se primeiramente a análise bivariada, considerando cada domínio. Para o escore total, houve correlação positiva e fraca entre maior idade ($p=0,03$), positiva e fraca quanto maior

conhecimento sobre diabetes ($p=0,03$), positiva e moderada para melhores atitudes relacionadas à diabetes ($p<0,001$) e negativa e moderada para menor IMC ($p<0,001$).

Considerando o domínio da Nutrição Específica e peso, houve correlação positiva e fraca entre maior idade ($p=0,009$), positiva e moderada com melhores atitudes sobre o diabetes ($p<0,001$) e negativa e moderada para menores IMC ($p<0,001$).

Já para o domínio Nutrição Geral e Tratamento, houve correlação positiva e fraca com maior idade ($p=0,01$), positiva e moderada para melhores atitudes sobre o diabetes ($p=0,001$) e negativa e fraca para menor IMC ($p=0,001$). Para o domínio de exercício físico, houve correlação positiva e fraca entre maior conhecimento sobre a doença ($p=0,014$), positiva e fraca e melhor atitude perante a doença ($p=0,001$) e negativa e fraca e menor IMC ($p=0,001$). Para o domínio de controle glicêmico, houve correlação positiva e fraca entre maior escolaridade ($p=0,004$), positiva e fraca e maior conhecimento sobre a doença ($p<0,001$) e positiva e moderada e melhor atitude perante a doença ($p<0,001$).

Não houve correlação entre o escore total e escolaridade, assim como entre a escolaridade e os domínios, nutrição específica e peso, nutrição geral e tratamento e exercício físico. Também não houve correlação entre o domínio de controle glicêmico e o IMC, nem entre a idade e o domínio de exercício física. Quanto ao conhecimento, não apresentou correlação com o domínio de nutrição específica e peso nem com nutrição geral e tratamento (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição da correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores dos domínios da escala de autoeficácia dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).

	DSMES Escore total		DSMES Nutrição específica/ peso		DSMES Nutrição geral Medicamento		DSMES Exercício físico		DSMES Glicose sanguínea	
	R	p*	R	p*	R	p*	R	p*	R	p*
Idade*	0,151	0,030	0,181	0,009	0,179	0,010	0,065	0,355	0,065	0,355
Escolaridad e*	0,131	0,060	0,060	0,388	0,095	0,172	0,079	0,261	0,200	0,004
IMC	-0,311	<0,001	-0,322	<0,001	-0,188	0,008	-0,257	0,001	-0,125	0,080

DKN-A*	0,148	0,033	-0,012	0,863	0,083	0,238	0,172	0,014	0,261	<0,001
ATT-19*	0,413	<0,001	0,399	<0,001	0,322	<0,001*	0,228	0,001	0,371	<0,001

Fonte: Elaborada pela autora, 2022. Nota: * $p \leq 0,05$; DKN-A: Conhecimento sobre DM; ATT-19: Atitude sobre DM.

Para confirmar as relações entre o IMC, idade, escolaridade, situação familiar e renda e o conhecimento, fez-se a regressão linear, na qual se constatou a influência da escolaridade ($p < 0,001$), situação familiar ($p = 0,018$), renda ($p = 0,022$) e o conhecimento. Os resultados confirmaram que, quanto mais anos de estudo, maior o conhecimento sobre diabetes, assim como aqueles que moram com outras pessoas e possuem uma renda maior também apresentam melhores índices de conhecimento. Refutou-se possíveis relações entre o IMC e idade dos participantes (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos coeficientes de regressão linear múltipla para os escores de conhecimento e as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).

	B	p*
IMC	0,022	0,76
Idade	-0,086	0,22
Escolaridade	0,277	$\leq 0,001$
Situação familiar	-0,147	0,018
Renda	-0,159	0,022

Fonte: Elaborada pela autora, 2022. Nota: * $p \leq 0,05$.

Para confirmação do modelo, fez-se a regressão linear onde se confirmou relação entre baixo IMC ($p = 0,032$), baixa idade ($p = 0,054$), alta escolaridade ($p = 0,001$) e alta renda ($p = 0,021$) com uma boa atitude perante a DM2, e refutou-se relação com a situação familiar com a atitude diante da doença (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos coeficientes de regressão linear múltipla para os escores de atitude e as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).

	B	p*
IMC	-0,148	0,032

Idade	0,139	0,054
Escolaridade	0,250	0,001
Situação familiar	-0,123	0,070
Renda	-0,165	0,016

Fonte: Elaborada pela autora, 2022. Nota: *p ≤ 0,05.

Na confirmação através da regressão, houve influência dos seguintes preditores sobre o desfecho de autoeficácia, boa atitude perante a DM ($p < 0,001$) e um baixo IMC ($p < 0,001$). No escore total de autoeficácia, porém, não houve relações com os seguintes preditores: idade, escolaridade e conhecimento sobre a doença (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos coeficientes de regressão linear múltipla para os escores de autoeficácia e as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2022 (N=206).

	B	p*
IMC	-0,255	≤0,001
Idade	0,125	0,068
Escolaridade	0,09	0,210
DKN-A*	0,083	0,232
ATT-19*	0,325	≤0,001

Fonte: Elaborada pela autora, 2022. Nota: *p ≤ 0,05.

7 DISCUSSÃO

No presente estudo, a idade prevalente dos indivíduos se assemelha a de outras pesquisas nacionais, onde o diagnóstico do DM2 é mais frequente entre os indivíduos com idade de 60 anos ou mais (BORBA et al., 2018; MALTA et al., 2019; STRAWBRIDGE et al., 2017).

Outros estudos evidenciam que a idade avançada é fator para o surgimento de complicações ocasionadas pela DM, causando desmotivação para práticas de autogestão e maior dependência na realização de atividades inerentes à DM, como a aplicação de insulina, ingestão de medicamentos, prática de atividade física e controle glicêmico (BORBA et al., 2019; NIGUSE et al., 2019).

Quanto ao nível de escolaridade, predominou indivíduos com menos de 8 anos de estudo. Inquérito de base populacional evidenciou que indivíduos com menos de 8 anos de estudo apresentaram uma maior prevalência da doença (FLOR; CAMPOS, 2017). Pesquisas evidenciam que, quanto menor a escolaridade, maior a prevalência da doença e o acometimento de complicações (RIBEIRO et al., 2020; STOPA et al., 2019; TORMAS et al., 2020; MALTA et al., 2019).

Outro inquérito populacional com idosos evidenciou que indivíduos com baixa escolaridade apresentaram piores desfechos em relação ao autocuidado, por este motivo, é preciso ter uma maior preocupação e atenção com este grupo em relação aos cuidados necessários para o controle da DM (COUTINHO; TOMASI, 2020).

Sabendo a influência da escolaridade na percepção de alimentação saudável, Moura e Masquio (2018) mencionam a importância de realizar e incentivar a prática de educação para saúde aos indivíduos com baixa escolaridade, uma vez que apresentam dificuldade de compreensão, podendo levar a piores práticas de autocuidado (MOURA; MASQUIO, 2018).

Os dados desta pesquisa demonstram prevalência do sexo feminino, achado semelhante aos de outros estudos (FLOR; CAMPOS, 2017; SOUSA et al., 2020; NUNES et al., 2021; MALTA et al., 2019; MUZY et al., 2021). A maior prevalência em mulheres pode estar associada ao fato de estarem mais presentes em ambientes de saúde do que os homens (SALINA et al., 2019).

Considerando a cor da pele autorreferida, a literatura aponta resultados semelhantes a esta pesquisa em estudo realizado por Silva et al. (2021), no qual a maioria (69,4%) referiram cor da pele branca. No estudo de Neves et al., (2021), que

considerou os atendimentos a hipertensos e pessoas com diabetes através da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, também houve prevalência da cor branca (40,2%).

Com relação à situação conjugal, a maioria dos participantes possui companheiro, dados semelhantes foram evidenciados em outros estudos (SOUSA et al., 2020; SALINA et al., 2019; NUNES et al., 2021; BOTREL et al., 2021). Além disso, a presença de um companheiro(a) é considerada aspecto importante no manejo da doença, pois representa incentivo na adesão ao tratamento e autogestão (SALINA et al., 2019; PENAFORTE et al., 2017).

Quanto à renda, estudo realizado no município de Uberaba-MG corroborou com a presente pesquisa, no qual 60,5% dos participantes possuíam renda de um a três salários mínimos (SOUSA *et al.*, 2020). Dados do National Health Interview Survey realizados de 2011 a 2014 mostraram um aumento da prevalência de DM em pessoas com níveis mais baixos de renda (BECKLES; CHOU, 2016). Estudo realizado em um Multicentro de Saúde, Salvador-Bahia, constatou a associação entre indivíduos com hábito alimentar inadequado e com baixa renda, o que pode influenciar na adesão ao tratamento da DM (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Concernente aos hábitos de vida, apenas 15% se declararam tabagistas ou etilistas, percentual menor que o encontrado pela Pesquisa Nacional realizada com indivíduos com diabetes na Coreia de 2016 a 2018, a qual mostrou que 21% eram fumantes e 23,1% eram etilistas (JUNG *et al.*, 2021). Já um estudo realizado no município de Divinópolis-MG com indivíduos com DM também apresentou prevalência de não tabagistas (80,4%) e não etilistas (87,9%) (Souza et al., 2020).

Mudanças nos hábitos de vida fazem parte do tratamento para as doenças crônicas, incluindo a DM. No entanto, são costumes sociais e culturais, incorporados ao longo da vida, e abrangem diversas questões simbólicas, por isso, na maioria das ocasiões, são difíceis de serem modificados (BORBA et al., 2018).

Quanto ao tempo de diagnóstico, apresentou dados semelhantes à pesquisa realizada em um Centro de Diagnósticos do Coração e Controle do Diabetes, no município de Vitória de Santo Antão em Pernambuco, onde apresentou uma média de 10,93 anos. (SANTOS et al., 2020).

Um estudo transversal descritivo baseado em informações coletadas na revisão de prontuários físicos de uma UBS do município de Araras- SP identificou que, em semelhança a este estudo, a maioria dos pacientes usava apenas antidiabético

oral (52,6%) ou usavam insulina e medicamentos orais (40,7%) (GOUVÊA *et al.*, 2021).

Quanto às comorbidades referidas pelos participantes, houve prevalência da HAS. A literatura corrobora com este estudo, uma que vez ela que é duas a quatro vezes mais frequente em indivíduos com DM (SBD, 2020). A resistência à insulina, condição típica do indivíduo com DM2, é uma falha no organismo que dificulta o acesso das células à glicose circulante, ocorrendo uma grande quantidade de glicose na corrente sanguínea. Esse fenômeno contribui para as artérias se enrijecerem, o que está por trás do aumento da pressão arterial. (SILVA, 2016).

O caminho inverso também pode ocorrer e a hipertensão arterial se tornar um fator de risco para o desenvolvimento do diabetes tipo 2. Como as causas das duas doenças são muito semelhantes, as mesmas condições que fizeram surgir a hipertensão podem também ocasionar o diabetes. (SOUZA; VASCONCELOS, 2017).

O presente estudo também identificou que o IMC dos pacientes ($30,8 \pm 6,7$) desta pesquisa estavam bem acima do que aquele encontrado por Mendes *et al.* (2022), onde os autores identificaram uma média de $24,5 (\pm 4,6)$ kg/m². Valores maiores que 30kg/m² tangem ao diagnóstico de obesidade (MOTA *et al.*, 2021).

Estudo realizado com a população brasileira mostra que a obesidade é observada em 16,8% dos homens e 24,4% das mulheres. (FERREIRA *et al.*, 2019). Diversos estudos epidemiológicos evidenciam que a obesidade está relacionada a maior prevalência de doenças crônicas, como o DM2, doença arterial coronariana e HAS, além de estar associada a piores desfechos (SBD, 2020).

O controle glicêmico de indivíduos com a DM em evolução consiste em um dos maiores desafios dos serviços de saúde pública, por isso o desenvolvimento de programas eficazes e viáveis nos serviços públicos de saúde para a prevenção primária de DM2 na população de risco é necessário tanto para o controle de sua incidência como também para a prevenção secundária das complicações metabólicas (ORTEGA, 2016).

Uma pesquisa com pessoas diagnosticadas com DM investigou o controle glicêmico e identificou que 82% dos pacientes possuíam o glicosímetro em casa para aferições de glicemia capilar, sendo que 72,1% aferiam a glicemia capilar quatro ou mais vezes ao dia (MENDES *et al.*, 2022). A hemoglobina glicada investigada nesta pesquisa encontrou entre os participantes uma média de 7,9% semelhante ao de

Mendes et al. (2022), uma vez que os autores identificaram uma porcentagem média de 7,3(\pm 1,1)%.

Níveis de hemoglobina glicada próximos a 6,5% (que correspondem à glicemia média aproximada de 154 mg/dL) são considerados pela literatura como meta para o controle do diabetes (SBD, 2021).

O conhecimento relacionado à doença apontou resultados semelhantes a outros estudos, quando se considera a média geral do instrumento. De acordo com o questionário DKN-A, 50% dos participantes de um estudo realizado no ambulatório de endocrinologia de uma unidade de referência para o tratamento de doenças infecciosas, no Rio de Janeiro, apresentavam conhecimento suficiente acerca do diabetes, com pontuação superior a oito pontos. (ROCHA; GUARALDO; BRITO, 2021).

Outro estudo realizado com indivíduos com DM internados em um hospital em Porto Alegre evidenciou que 71% dos participantes obtiveram um bom nível de conhecimento sobre a doença (MACHADO; ROMAGNA, 2021).

Já um estudo realizado na região Nordeste do Brasil aponta um conhecimento menor, onde o nível de conhecimento da população com DM2 acerca de sua doença foi insuficiente em 54,7% dos participantes. (AMARAL; RIBEIRO; ROCHA, 2021). Resultado semelhante apontado em estudo com idosos com diabetes cadastrados nas ESF's da zona urbana do município de Uberaba-MG, que verificou que a maioria dos participantes, 60,9%, apresentaram baixo conhecimento sobre a DM2 (SOUSA *et al.*, 2020).

Estudo utilizando o DKN-A apresentou uma média de 6,35 pontos, indicando pouco conhecimento sobre a DM (SOUSA *et al.*, 2016). Um estudo quantitativo, transversal e analítico com indivíduos diagnosticados com DM2 em uma Unidade Básica de Saúde do município de Montes Claros, MG, utilizando o mesmo instrumento, identificou que apenas 43,9% atingiram escore superior a oito, o que representa conhecimento insatisfatório sobre diabetes (ASSUNÇÃO *et al.*, 2017).

O nível de conhecimento sobre a doença é um dos principais motivos para a autogestão inadequada e conseqüente mau controle glicêmico. Uma vez deficiente, o controle glicêmico leva a um aumento da mortalidade e complicações graves. Espera-se que indivíduos com DM2 apresentem bom conhecimento da doença e que tenham uma rotina de autogestão alcancem o controle glicêmico desejado (BUKSHSH *et al.*, 2019).

A pontuação do DKN-A neste estudo apresentou correlação negativa com a idade dos pacientes e positiva com o tempo de escolaridade, situação familiar e renda. Um estudo realizado na rede de Atenção Primária à Saúde em um município no Nordeste do Brasil apontou que a maioria das pessoas com conhecimento insuficiente tinha idade avançada, vivia sem companheiro e com baixa escolaridade e com renda familiar ≤ 1 salário (AMARAL; RIBEIRO; ROCHA, 2021).

Outro estudo realizado em Montes Claros-MG também evidenciou associações semelhantes, onde o conhecimento sobre DM apresentou correlação com a idade e escolaridade (ASSUNÇÃO *et al.*, 2017).

Estudos realizados com indivíduos diagnosticados com DM atendidos nos municípios de Rio de Janeiro-RJ e em Montes Claros-MG mostram que os indivíduos tinham conhecimento insuficiente associado à idade avançada, ou seja, com o avançar da idade o conhecimento tende a diminuir. A condição de vulnerabilidade dos idosos e baixo conhecimento os colocam como focos prioritários das ações de educação em saúde sobre a temática “DM” (SANTOS *et al.*, 2018; ASSUNÇÃO, *et al.*, 2017).

Com relação à escolaridade, dados semelhantes foram evidenciados em um estudo realizado na rede de Atenção Primária a Saúde de um município do Nordeste, o qual mostra associação entre baixa escolaridade e menor conhecimento em DM (RABELO *et al.*, 2021).

O baixo nível de escolaridade é uma das principais causas de conhecimento insuficiente em DM. Estudo realizado mostrou que a maioria dos indivíduos com DM2 com conhecimento insuficiente sobre a doença tinha baixa escolaridade e os que eram analfabetos e possuíam apenas ensino fundamental eram oito vezes mais propensos a ter conhecimento insuficiente. É fundamental que a prática de ações educativas seja reestruturada no sentido de atender às necessidades e particularidades de cada indivíduo (TESTON *et al.*, 2017).

O estudo também apresentou correlação positiva em relação a viver sem companheiro e baixo conhecimento. O apoio familiar é fundamental como suporte, no sentido de adaptação às mudanças dos hábitos de vida necessários no tratamento e controle da DM (RABELO *et al.*, 2021).

Quanto à renda, dado semelhante foi encontrado em estudo realizado no município de Vitória de Santo Antão em Pernambuco, onde os indivíduos com

menores índices de conhecimento relacionado à doença possuíam menor poder aquisitivo (SANTOS et al., 2020).

Apesar dos resultados deste estudo identificarem um conhecimento acima da média sobre a doença, a maioria dos indivíduos apresentou uma atitude negativa, dados semelhantes em outros estudos realizados com estes instrumentos (SANTOS et al., 2018; GARDA et al., 2019).

Estudo realizado na cidade de Montes Claros- MG identificou que 97,7% dos indivíduos possuíam atitude negativa em relação ao enfrentamento do diabetes (ASSUNÇÃO et al., 2017). Outro estudo realizado com idosos diabéticos na cidade de Uberaba-MG verificou o escore variando de 35 a 85 pontos, com uma média de 63,23 pontos, indicando atitude negativa (SOUSA et al., 2020)

Já um estudo transversal, de base populacional em 4 UBS, apresentou associação estatística significativa à atitude positiva no tratamento do diabetes com as variáveis: idade de 60 a 69 anos, ser ativo fisicamente e ter um bom conhecimento sobre o diabetes (LIMA et al., 2020).

Revisão integrativa evidenciou que os indivíduos apresentaram escores de atitudes negativos, sugerindo dificuldades emocionais e psicológicas no enfrentamento da doença, apresentando correlação entre atitude e as variáveis conhecimento, escolaridade, tempo de doença e qualidade de vida (SARDINHA et al., 2018).

Estudo descritivo exploratório mostra a relevância de se considerar os aspectos emocionais e cognitivos em associação à idade para a modificação das atitudes para a autogestão em DM2 (NUNES et al., 2021).

Estudo de revisão integrativa evidenciou a relevância da escolaridade no processo de ajustamento psicológico e emocional de uma pessoa e o quanto este reflete nas atitudes daqueles com DM, servindo como base para a compreensão das dificuldades enfrentadas por estes indivíduos (SARDINHA et al., 2018).

Considerando a autoeficácia, estudo realizado por Sousa et al. (2020) apresentou resultados semelhantes ao presente estudo, no qual os indivíduos se mostraram mais autoeficazes em relação ao domínio “Nutrição Geral e Tratamento medicamentoso” e menos autoeficazes quanto ao domínio “Exercício físico” (SOUSA et al., 2020).

Uma melhor autoeficácia para o tratamento medicamentoso e a ingestão dos medicamentos pode ser explicada pelo fato de esta ser uma tarefa que não requer

muito tempo ou esforço do indivíduo, ao contrário da prática do exercício físico regular que é uma atividade que exige disciplina, esforço físico e persistência (THAREK, et al., 2018).

Enfim, pessoas com altos escores em AE conseguem a automotivação com a situação apresentada e manutenção do entusiasmo, mesmo quando a situação pareça estar em etapa complicada (COELHO; SACRAMENTO; GOMES, 2017)

Apesar de o presente estudo não confirmar a relação da escolaridade nos níveis de autoeficácia, em outro estudo a análise multifatorial revelou que níveis de escolaridade acima de 9 anos e o contato com a educação para a saúde apresentam associação estatisticamente significativa com altos níveis de autoeficácia na gestão da DM2 (REISI *et al.*, 2016; KLINOVSKY *et al.*, 2019).

Evidenciou-se, em estudo realizado na Malásia, que aqueles indivíduos com nível de escolaridade médio apresentaram melhor crença de autoeficácia, quando comparados àqueles que possuíam ensino fundamental (DEVARAJOOH; CHINNA, 2017).

O maior tempo de escolaridade permite que o indivíduo tenha mais condições e oportunidades de buscar informações sobre a doença, e dessa forma entender o tratamento e aprender a cuidar da própria saúde com mais eficácia (DEVARAJOOH; CHINNA, 2017).

O presente estudo confirmou que indivíduos com melhores atitudes perante à DM2 apresentam uma melhor crença de autoeficácia. Indivíduos com atitudes positivas têm mais chances de seguir o tratamento, pois conseguem enfrentar a doença de uma melhor forma e realizar autogestão, além de apresentarem motivação para mudar os comportamentos inadequados (ASSUNÇÃO *et al.*, 2017).

A atitude positiva perante a DM2 favorece a prática de hábitos alimentares saudáveis e maior adesão à terapêutica medicamentosa, o que representa uma melhor adesão ao tratamento (SOUSA *et al.*, 2020).

De acordo com os resultados, indivíduos com valores adequados de IMC apresentaram melhores níveis de autoeficácia. Verificou-se uma escassez de estudos que abordassem a compreensão dessa relação.

7.1 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO

A educação em saúde relacionada ao DM associada às práticas de autogestão ajuda os pacientes a conquistarem melhores resultados como: adesão ao tratamento, controle metabólico e qualidade de vida (BUKSHSH *et al.*, 2019).

Nesse sentido, é relevante reconhecer os dados revelados para subsidiar a equipe profissional na tomada de decisões sobre o controle do DM entre os usuários, provendo-os de adequada estratégia educacional, que permita obter conhecimentos pertinentes quanto ao enfrentamento da doença, de forma a melhor comportar-se no controle da DM e autogestão ao longo da vida (SANTOS; PORTELLA, 2016).

Devido a maior proximidade nos atendimentos dos serviços de saúde, é importante que os profissionais de enfermagem estejam sensíveis às atitudes e às fragilidades encontradas pelos indivíduos, para que desta forma possam compreender a maneira com que cada um vive a doença e promover práticas de saúde no processo de aceitação da doença (SARDINHA *et al.*, 2018).

Através dos resultados e da literatura, verifica-se a necessidade de prevenção de doenças associadas aos estilos de vida, incluindo a DM, uma vez que é evidente a influência dos hábitos de vida no controle de parâmetros glicêmicos (CAEIRO *et al.*, 2021).

Além disso, os resultados ainda confirmam a necessidade de fornecer aos pacientes autonomia para a autogestão de sua saúde, uma vez que uma autoeficácia elevada indica que os pacientes acreditam que são capazes de fazer o que é necessário para o controle glicêmico dentro dos padrões da normalidade, assim passam a acreditar que são capazes de atingir metas (MALAGRIS *et al.*, 2020).

8 CONCLUSÃO

No presente estudo, predominou as pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais, do sexo feminino, com escolaridade de até 4 anos de estudo, com cor da pele branca, morando com companheiros e filhos ou familiares e com renda de até 3 salários mínimos.

A maioria dos participantes se declarou não etilistas e não tabagistas. A comorbidade mais prevalente foi a HAS. Os parâmetros clínicos: pressão arterial média (média de 129/81mmHg), uma glicemia capilar (154 mg/dL) e hemoglobina glicada (7,9%). A maioria dos participantes realiza controle glicêmico diário e semanal através, principalmente, de glicemia capilar. A maioria usa antidiabético oral.

Com relação ao conhecimento, 23,2% dos entrevistados apresentaram baixo conhecimento sobre o DM (< 8 pontos) da escala DKN-A e 58,7% atitude negativa, uma pontuação média de 66,5 pontos da escala ATT-19.

Quanto à autoeficácia, o domínio com melhor média foi de nutrição geral e tratamento, e a menor média foi encontrada no domínio relacionado ao exercício físico.

Os resultados confirmam que, quanto maior o tempo de estudo, maior o conhecimento sobre diabetes, assim como aqueles que moram com outras pessoas e possuem uma renda maior também apresentam melhores índices de conhecimento.

Confirmou-se relação entre baixo IMC, baixa idade, alta escolaridade e alta renda com uma boa atitude.

No que se refere à autoeficácia, confirmou-se que uma boa atitude perante a DM e um baixo IMC influenciam positivamente no escore total de autoeficácia.

Ressalta-se que, ao se buscar na literatura, não há estudos similares que abordassem a relação entre conhecimento, atitude e autoeficácia em indivíduos com DM.

O estudo de delineamento transversal não permitiu estabelecer associação entre causa e efeito, pois carece de estudos na área temática e a indisponibilidade de dados nos prontuários.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 out. 2018
- AMARAL, V. R. S.; RIBEIRO, Í. J. S.; ROCHA, R. M. Factors Associated with Knowledge of the Disease in People with Type 2 Diabetes Mellitus. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 39, n. 1, 3 mar. 2021. Disponível em: <<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/345506>>. Acesso em: 1 ago. 2022.
- AMER, F. A.; MOHAMED, M. S.; ELBUR, A. I.; ABDELAZIZ, S. I.; ELRAYAH, Z. A. Influence of Self-Efficacy Management on Adherence to Self-Care Activities and Treatment Outcome among Diabetes Mellitus Type 2. **Pharmacy Practice**, v. 16, n. 4, p. 1274, dez. 2018.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2018. **Diabetes Care**, v. 41, Suppl. 1, p. S1–S2, 2018. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/41/Supplement_1/S1.full-text.pdf>. Acesso em: 7 set. 2018.
- ASSUNÇÃO, S.C. et al. Knowledge and attitude of patients with diabetes mellitus in Primary Health Care. **Esc. Anna Nery.**, v. 21, n. 4, 2017.
- ATTRIDGE, M. et al. Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 9, p. CD006424–CD006424, Set. 2014. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006424.pub3/full>>. Acesso em 27 ago. 2018.
- BAILEY, R. A. et al. Effect of a patient decision aid (PDA) for type 2 diabetes on knowledge, decisional self-efficacy, and decisional conflict. **BMC Health Serv. Res.**, v. 16, p. 10–10, Jan. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4712511/?tool=pubmed>>. Acesso em 26 ago. 2018.
- BANDURA, A. **Social learning theory**. New Jersey: Prentice Hall, 1977.
- BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. [s.i.]: Pearson Education, 1986. 640 p.
- BANDURA, A. **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: Freeman, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. [Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres

humanos]. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

BECKLES, G.L.; CHOU, F.C. Disparities in the prevalence of diagnosed diabetes—United States, 1999–2002 and 2011–2014. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v.65, p. 1265-1269, 2016. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/24859149>>. Acesso em: 22 Jul. 2022.

BORBA, A.K. Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. **Cien Saude Colet**, v.24, p. 125-136, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30698247/>>. Acesso em: 22 Jul. 2022.

BORBA, A. K. O. T. *et al.* Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 953-961, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/99bqQY6RQ4hjW43z36R8nnc/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 Jul. 2022.

BOTREL, F.Z. *et al.* Adesão à terapêutica medicamentosa e fatores associados em Diabetes Mellitus tipo 2. **Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]**, 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/17824>>. Acesso em: 22 Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012. (Série E: Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab>>. Acesso em: 02 ou. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o autogestão da pessoa com doença crônica – diabetes mellitus**. Brasília, DF: MS, 2013. 160p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 4 set. 2018.

BUKSH, A.; KHAN, T. M.; SARFRAZ NAWAZ, M.; SAJJAD AHMED, H.; CHAN, K. G.; GOH, B.-H. Association of Diabetes Knowledge with Glycemic Control and Self-Care Practices among Pakistani People with Type 2 Diabetes Mellitus. **Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy**, v. 12, p. 1409–1417, 2019.

CAREY, I. M.; CRITCHLEY, J. A.; DEWILDE, S.; HARRIS, T.; HOSKING, F. J.; COOK, D. G. Risk of Infection in Type 1 and Type 2 Diabetes Compared With the General Population: A Matched Cohort Study. **Diabetes Care**, v. 41, n. 3, p. 513–521, mar. 2018.

CAEIRO, J.; FERREIRA, R.; FERNANDES, M. A.; FONSECA, C.; CAEIRO, S. AUTOEFICÁCIA NA PESSOA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 7, n. 1, p. 138–153, 30 abr. 2021.

COELHO, C; SACRAMENTO, D. Z.; GOMES, M. R. V. de F. **Teoria, Pesquisa e Aplicação em Psicologia: Clínica e Saúde**. Curitiba: Appris, 2017. 239 p.

CONASS. Inovação na Atenção Especializada no Brasilconsensus. **REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE**, v. 5, n. 16, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_16.pdf. >. Acesso em: 4 set. 2018.

COUTINHO, L.S.B.; TOMASI, E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. **Interface**, v.24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190578>. Acesso em: 4 set. 2022.

DA COSTA, S. P.; CHAVAGLIA, S. R. R.; OHL, R. I. B.; COSTA, B. Y.; BARBOSA, M. H.; WOO, K.; GAMBA, M. A. Construction and Validation of an Instrument for Assessing the Feet of Persons with Diabetes. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 33, n. 5, p. 267–271, maio 2020.

COSTA, A. F. et al. Carga do diabetes mellitus do tipo 2 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, e00197915, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00197915.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

COSTA, B. Y. et al. A prática de atividade física em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 – estudo transversal. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 3, 22 maio 2020. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3905>>. Acesso em: 29 set. 2022.

CURCIO, R. et al. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 13, n.2, p. 331-337, abr/jun. 2011. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/pdf/v13n2a20.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

DEVARAJOOH, C.; CHINNA, K. Depression, Distress and Self-Efficacy: The Impact on Diabetes Self-Care Practices. **PLOS ONE**, v. 12, n. 3, p. e0175096, 31 mar. 2017.

FARIA, H.T.G. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes *mellitus*. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 3, p. 231-237, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/05.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2018.

FELDMAN, E.L. et al. Diabetic neuropathy. **Nat Rev Dis Primers**, v. 19, n.5, p.1-18, 2019. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41572-019-0092-1>>. Acesso em: 9 set. 2021.

FELIX, L. G.; MENDONÇA, A. E. O. de; COSTA, I. K. F.; OLIVEIRA, S. H. dos S.; ALMEIDA, A. M. de; SOARES, M. J. G. O. Conhecimento de enfermeiros da atenção primária antes e após intervenção educativa sobre pé diabético. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 6 dez. 2021. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/rngenf/a/B7CqZbRCGWqggSQ3PLCVNSm/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 6 ago. 2022.

FERREIRA, A.P.S. et al. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol.** V.22. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ZqgTbxFkLrQByhDq5Z5tXcG/?lang=pt>> Acesso em: 6 ago. 2022.

FISHER, L. Impact of baseline patient characteristics on interventions to reduce diabetes distress: the role of personal conscientiousness and diabetes self-efficacy. **Diabet Med.**, v. 31, n. 6, p. 739-746, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028368/>>. Acesso em 10 set. 2018.

FLOR, L.S., CAMPOS, M.R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.20, n.1, p.16-29, Jan-Mar 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/sHGVt9sy9YdGcGNWXyhh8GL/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 Jul. 2022.

FREITAS, E. F. et al. Prevalência de diabetes mellitus e prática de exercício em indivíduos que procuraram atendimento na Estratégia Saúde da Família de Viçosa/MG. **Rev. Educ. Fís/UEM**, v. 26, n. 4, p.549-556, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/refuem/v26n4/1983-3083-refuem-26-04-00549.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2018.

GABRE, M.; WIREKLINT SUNDSTRÖM, B.; OLAUSSON, S. 'A Little Good with the Bad': Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Patients' Perspectives on Self-Care: A Phenomenological Approach. **Nordic Journal of Nursing Research**, v. 39, n. 1, p. 20–28, 1 mar. 2019.

GARDA, G. B. et al. RELAÇÃO ENTRE CONHECIMENTO, ATITUDES, ESCOLARIDADE E HEMOGLOBINA GLICADA EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2. **Revista Thêma et Scientia**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 196-208, ago. 2019. ISSN 2237-843X. Disponível em: <<http://www.themaetscientia.com/index.php/RTES/article/view/1021>>. Acesso em: 04 ago. 2022.

GHOREISHI, M.-S.; VAHEDIAN-SHAHROODI, M.; JAFARI, A.; TEHRANID, H. Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes: Education Intervention Base on Social Cognitive Theory. **Diabetes & Metabolic Syndrome**, v. 13, n. 3, p. 2049–2056, jun. 2019.

GODDU, A. P.; RAFFEL, K. E.; PEEK, M. E. A story of change: The influence of narrative on African-Americans with diabetes. **Patient. Educ. Couns**, v. 98, n. 8, p. 1017–24, Mai. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4492448/?tool=pubmed>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

GOUVÊA, J. M.; ROCHA, F. B.; CESAR, I. D.; BASTOS, T. F.; CABRAL, E. R. de M.; MELO, M. C. de; EMERICH, B. F.; OLIVEIRA, R. E. M. de. Controle glicêmico de pessoas com Diabetes mellitus tipo 2 em uma Unidade de Saúde da Família do interior paulista. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e588101119982–e588101119982, 11 set. 2021.

HEALD, A.H. et al. Estimando anos de vida perdidos para diabetes: resultados da análise dos dados da Auditoria Nacional de Diabetes e do Escritório de Estatísticas Nacionais. **Cardiovasc Endocrinol Metab**, v. 9, p. 183-185, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7673790/>>. Acesso em: 31 Jul. 2022.

HAILU, F. B.; MOEN, A.; HJORTDAHL, P. Diabetes Self-Management Education (DSME) – Effect on Knowledge, Self-Care Behavior, and Self-Efficacy Among Type 2 Diabetes Patients in Ethiopia: A Controlled Clinical Trial. **Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy**, v. 12, p. 2489–2499, 29 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019**

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 8a ed. [Internet]. 2017. Disponível em: <<http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>> Acesso em 14 mar. 2018

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 9th ed. Brussels, Belgium. 2019. Disponível em: www.diabetesatlas.org. Acesso em 01 mar. 2022

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 10th ed. 2021. Disponível em: www.diabetesatlas.org. Acesso em 01 mar. 2022

JUNG C.H. et al. Diabetes Fact Sheets in Korea, 2020: An Appraisal of Current Status. **Diabetes Metab J**, v.45, p.1-10, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33434426/>> Acesso em: 7 Jul. 2022.

KING, D. K. et al. Self-Efficacy, problem solving, and social-environmental support are associated with Diabetes Self-Management behaviors. **Diabetes Care**, v. 33, n. 4, p. 751-753, Abr. 2010.

KLINOVSKY, A.; KISS, I. M.; PAPP-ZIPERNOVSZKY, O.; LENGYEL, C.; BUZÁS, N. Associations of different adherences in patients with type 2 diabetes mellitus. **Patient preference and adherence**, v. 13, p. 395–407, 15 mar. 2019.

LEITÃO, V. B. G.; FRANCISCO, P. M. S. B.; MALTA, D. C.; COSTA, K. S. Tendência do uso e fontes de obtenção de antidiabéticos orais para tratamento de diabetes no Brasil de 2012 a 2018: análise do inquérito Vigitel. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 6 jan. 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/rbepid/a/rZTYq9SCtf59spQGmfd9LdL/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 6 ago. 2022.

LIMA, A. P. et al. Conhecimento e atitude sobre a diatebes tipo 2 em idosos: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 729–740, 3 fev. 2020.

MACHADO, G. P.; ROMAGNA, E. S. Conhecimento e atitude sobre diabetes mellitus em pacientes hospitalizados. **Scientia Medica Porto Alegre**, v. 31, p. 1-8, jan.-dez. 2021 | e-37625

MACEDO, M. M. L.; CORTEZ, D. N.; SANTOS, J. C. dos; REIS, I. A.; TORRES, H. de C. Adesão e empoderamento de usuários com diabetes mellitus para práticas de autogestão: ensaio clínico randomizado*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 18 dez. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/reeusp/a/SzB6cfGzvmp6RhnbTQ8td5N/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 6 ago. 2022.

MALAGRIS, L. E. N.; RIBEIRO, J. A. A.; TEIXEIRA, L. G.; MOURÃO, S. E. de Q. C. Senso de autoeficácia, comportamentos de saúde e adesão ao tratamento em pacientes portadores de diabetes e/ou hipertensão. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 16, n. 1, p. 06–33, jun. 2020.

MALTA, D.C. et al. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. bras epidemiol** 2019, v.22, n 2, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190006. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/qQtB6XwmqzJYgcZKfpMV7L/?lang=pt>> Acesso em: 7 Jul. 2022

MENDES, R. C. M. et al. Associação entre fatores relacionados à alimentação e ao tratamento com o controle glicêmico e o estado nutricional de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 usuários de sistema de infusão contínua de insulina. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v. 42, n. 01, 18 abr. 2022. Disponível em: <<https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/219>>. Acesso em: 4 ago. 2022.

MENDONÇA, S.C.B. et al. Construction and validation of the Self-care Assessment Instrument for patients with type 2 diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. 2890, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2890.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2018.

MOTA, B.M. et al. Obesidade e diabetes mellitus: uma revisão narrativa e o uso de ferramentas e tecnologias de informação em saúde. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Ema grecimento**, São Paulo. v. 15. n.99, Suplementar 2.p.1565-1572. Jan./Dez.2021

MOURA, A.; MASQUIO, D. A Influência da escolaridade na percepção sobre alimentos considerados saudáveis. **Rev Educ Pop.**, v.13, n.1, p.82-94,2018. Disponível em:< <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/23878>>. Acesso em: 7 set. 2021.

MUZY, J. et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v.37, n. 5, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00076120>>. Acesso em: 7 Jul. 2022.

NETO, M. O.; PEREIRA, M. da S.; PINTO, M. A. H.; AGOSTINHO, L. M.; JÚNIOR, F. E. R.; HISSA, M. N. Avaliação do autogestão para a prevenção do pé diabético e exame clínico dos pés em um centro de referência em diabetes mellitus. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 3, p. 265–271, 30 jun. 2017.

NEVES, R. G.; DURO, S. M. S.; NUNES, B. P.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2020419, 19 jul. 2021.

NICHOLS, G.A. , et al. The association between estimated glomerular filtration rate, albuminuria, and risk of cardiovascular hospitalizations and all-cause mortality among patients with type 2 diabetes. **J Diabetes Complications**. 2018;32(3):291-7. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2017.12.003. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29352693/>>. Acesso em: 7 Jul. 2022.

NIGUSE H. et al. Self-care related knowledge, attitude, practice and associated factors among patients with diabetes in Ayder Comprehensive Specialized Hospital, North Ethiopia. **BMC Res Notes**, v.12, n.1, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30658687/>>. Acesso em: 7 Jul. 2022.

NUNES, L. B.; SANTOS, J. C. dos; REIS, I. A.; TORRES, H. de C. Attitudes towards Self-Care in Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Care. **Acta Paul Enferm**, v. 34, 5 nov. 2021.

OHL, R. I. B.; CHAVAGLIA, S. R. R.; GOMES, J. L. G. C.; FREITAS, M. A. de O.; GAMBA, M. A. MAPA DE CONVERSAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO PARA O DESENVOLVIMENTO DO AUTOCUIDADO EM DIABETES MELLITUS. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 2, 27 ago. 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1964>>. Acesso em: 29 set. 2022.

OLIVEIRA, K. C.S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica a saúde. **Rev Esc Enferm USP**. V. 45, n. 4, p. 862-868, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342011000400010&script=sci_abstract&tlng=pt/> Acesso em 14 mar. 2018.

ORTEGA, J. C. Projeto de intervenção para melhorar o conhecimento da população sobre as consequências do diabetes mellitus e da hipertensão arterial sistêmica, por meio de ações educativas, no Programa Saúde da Família São Sebastião no município de Juiz de Fora-Minas Gerais. 2016.

OLIVEIRA C. C. R. B. et al. Renda e hábito alimentar de pessoas hipertensas. **Rev baiana enferm**. V.35, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/42157/24549>. Acesso em 14 mar. 2018.

OLIVEIRA, E. B. de; BOZZETTI, M. C.; HAUSER, L.; DUNCAN, B. B.; HARZHEIM, E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 264–273, 23 set. 2013.

OLIVEIRA, T. F.; SILVA, N.; BARDAGI, M. P. Aspectos Históricos e Epistemológicos sobre Crenças de Autoeficácia: Uma Revisão da Literatura. *Barbarói*, n. 51, p. 133–153, 2018.

OLIVEIRA NETO, M. O.; PEREIRA, M. da S.; PINTO, M. A. H.; AGOSTINHO, L. M.; JÚNIOR, F. E. R.; HISSA, M. N. Avaliação do autogestão para a prevenção do pé diabético e exame clínico dos pés em um centro de referência em diabetes mellitus. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 3, p. 265–271, 30 jun. 2017

PACE, A. E. et al. Adaptation and validation of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale to Brazilian Portuguese. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n.2861, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2861.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2018.

PENAFORTE, K. et al. Associação entre polifarmácia e adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com diabetes. **Rev. RENE**, v.18, n.5, p.631-638, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/30827/71490>>. Acesso em: 7 Jul. 2022

PEREIRA, M.G.; ALMEIDA, P. Auto-eficácia no diabetes: conceito e validação da escala. **Anál. Psicol.**, v. 3, p.585-595, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a13.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2018.

POLIT, D. F; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

PRADO, M. D.; SOARES, D. A. Limites e estratégias de profissionais de saúde na adesão ao tratamento do diabetes: revisão integrativa. **Rev. Pesq. Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, p. 3110-3124, 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2148/pdf_1680>. Acesso em: 1 set. 2018.

RABELO, S. A. et al. Factors associated with knowledge of the disease in people with type 2 diabetes mellitus. **Invest. educ. enferm [online]**, v.39, n.1, 2021. ISSN 0120-5307. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n1e02>.

REISI, M.; MOSTAFAVI, F.; JAVADZADE, H.; MAHAKI, B.; TAVASSOLI, E.; SHARIFIRAD, G. Impact of Health Literacy, Self-Efficacy, and Outcome Expectations on Adherence to Self-Care Behaviors in Iranians with Type 2 Diabetes. **Oman Medical Journal**, v. 31, n. 1, p. 52–59, jan. 2016.

RIBEIRO, D. R. et al. Prevalência de diabetes mellitus e hipertensão em idosos. **Revista Artigos.Com**. v. 14, 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/2132>>. Acesso em: 7 Jul. 2022.

ROCHA, K. R. O. A.; GUARALDO, L.; BRITO, P. D. Avaliação do conhecimento e do autogestão de pacientes diabéticos portadores de doenças infecciosas. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 9, n. 1, p. 1–8, 5 out. 2021.

RODACKI, M. et al. Classificação do diabetes. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes** (2022). DOI: [10.29327/557753.2022-1](https://doi.org/10.29327/557753.2022-1), ISBN: 978-65-5941-622-6

SALINA, B. et al. Diabetes Mellitus tipo 2: perfil populacional e fatores associados à adesão terapêutica em Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho-RO. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 33, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e1257.2019>>. Acesso em: 7 Jul. 2022.

SANTOS, I. M. et al. Conhecimento e atitudes de usuários com Diabetes Mellitus em uma unidade de ambulatório especializada. **REAS/EJCH**, v.12, 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4148>>. Acesso em: 7 Jul. 2022.

SANTOS, M. C. C. et al. Avaliação do conhecimento e atitudes e sua relação com parâmetros de controle do diabetes mellitus. *Journal of Health Connections*, v. 2, n. 1. p.21-29. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.estacio.br/index.php/journalhc/article/view/4055/2109>>. Acesso em: 7 Jul. 2022.

SANTOS, M. I. P. de O.; PORTELLA, M. R. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 156–164, fev. 2016.

SARDINHA, A. H. L. et al. Atitudes relacionadas ao diabetes mellitus: uma revisão integrativa / Attitudes related to diabetes mellitus: an integrative review. **Nursing (São Paulo)** ; v.21, p. 2080-2084,2018.

SILVA, Á. L. D. de A.; SANTOS, C. M. da S.; OLIVEIRA, M. V. G. de; NUNES, W. de B.; NOGUEIRA, M. F.; COSTA, M. M. L.; ANDRADE, L. L. de. Fatores relacionados com a adesão negativa ao autogestão em indivíduos com diabetes mellitus. 2021. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/60391>>. Acesso em: 4 ago. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad; 2018. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>>. Acesso em: 7 Jul. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretriz 2021** Sociedade Brasileira de Diabetes: Versão Preliminar. São Paulo: SBD, 2021.

SOUSA, M.C. et al. Autoeficácia em idosos com Diabetes Mellitus tipo 2. **Rev Bras Enferm.** v. 73, 2020. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/reben/a/NCwmbBrHdnBz6DSWjBYv9x7L/?lang=pt&format=html>
 >. Acesso em: 7 Jul. 2022.

SOUSA, M. C. de; DIAS, F. A.; NASCIMENTO, J. S.; TAVARES, D. M. dos S. Correlation of Quality of Life with Knowledge and Attitude of Diabetic Elderly. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 34, n. 1, 29 fev. 2016. Disponível em: <<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/26004>>. Acesso em: 1 ago. 2022.

SOUZA, V. P. de; VASCONCELOS, E. M. R. de. EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DO DIABETES MELLITUS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, 15 dez. 2017. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2318>>. Acesso em: 10 out. 2022

SOUZA, N.M.S. et al. Fatores relacionados ao diabetes mellitus que podem influenciar no autocuidado. **Revista Nursing**, v.23, p.4580-4588, 2020. Disponível em: <
<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/868>>.
 Acesso em: 10 out. 2022

STOPA, S. R. et al. Uso de serviços de saúde para controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**v.22.2019. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Sjz7vdZ3DFHZppt5H8b6cSv/?lang=pt>>. Acesso em: 7 Jul. 2022.

STRAWBRIDGE, L. M.; LLOYD, J. T.; MEADOW, A.; RILEY, G. F.; HOWELL, B. L. One-Year Outcomes of Diabetes Self-Management Training Among Medicare Beneficiaries Newly Diagnosed With Diabetes. **Medical Care**, v. 55, n. 4, p. 391–397, abr. 2017.

SUN, H. et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. **Diab Res Clin Pract.** 2021 (in press). Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822721004782#f0010>>. Acesso em: 31 Jul. 2022.

TESSER, C.D.; POLI, N, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 3, 2017. Disponível em:< <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n3/941-951/pt/>>. Acesso 3 Agos. 2022

TESTON, E.F. et al. Fatores associados ao conhecimento e à atitude em relação ao Diabetes Mellitus. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 4, e50850, 2017.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S.; MACHADO, V. B. Adherence to treatment of type 2 diabetes mellitus: a systematic review of randomized clinical essays. **J. Nurs. UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 4, p.1204-1215, abr, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11599/13636>>. Acesso em: 2 set. 2018.

THAREK, Zahirah et al. Relationship between self-efficacy, self-care behaviour and glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in the Malaysian primary care setting. **Bmc Family Practice**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.19-39, 9 mar. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-018-0725-6>.

TORMAS, D. P. et al. Hipertensão e/ou diabetes mellitus em uma estratégia saúde da família: perfil e associação aos fatores de risco. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**. v. 9, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1743>>. Acesso em: 7 Jul. 2022.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19). **Rev. Saúde Públ.**, v. 39, n. 6, p. 906-911, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26984.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

UBERABA (MG). **Prefeitura Municipal**. Secretaria Municipal de Saúde. Uberaba, 2020. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,49840>>. Acesso em: 13 abril 2022.

WALKER, R. J. et al. Understanding the influence of psychological and socioeconomic factors on diabetes self-care using structured equation modeling. **Patient Educ. Couns.**, v. 98, n. 1, p. 34-40, 2015. Disponível em: <[https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(14\)00409-1/fulltext](https://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(14)00409-1/fulltext)>. Acesso em: 28 ago. 2018.

WELCH, G.,; DUNN, S. M.; BEENEY, L. J. The ATT39: a measure of psychosocial adjustment to diabetes. In: Bradley C, editor. Handbook of psychology and diabetes. **Amsterdam: Harwood Academic Publishers**, p. 223-47, 2001.

WILLIAMS, R.; KARURANGA, S.; MALANDA, B.; SAEEDI, P.; BASIT, A.; BESANÇON, S.; BOMMER, C.; ESTEGHAMATI, A.; OGURTSOVA, K.; ZHANG, P.; COLAGIURI, S. Global and Regional Estimates and Projections of Diabetes-Related Health Expenditure: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th Edition. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 162, p. 108072, abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Report on Diabetes**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=AAFA645D02E7A8C82AE8AAE4B50ACAF3?sequence=1>. Acesso em: 5 set. 2018.

APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(A) senhor(a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **Conhecimento, atitude e autoeficácia do paciente no controle do Diabetes Mellitus Tipo 2, que tem por objetivo: Analisar a influência do conhecimento, atitude e autoeficácia nos pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2. Sua participação é de extrema importância para a realização da pesquisa devido ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 e ter consulta agendada no Centro Municipal de Hipertensão e Diabetes. Os dados obtidos poderão auxiliar no desenvolvimento de estratégias para o cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2, relacionado aos conhecimentos, atitudes e habilidades necessários para a assistência da equipe multiprofissional de saúde. Caso você aceite participar da pesquisa será necessário que responda a quatro questionários, relacionados a dados sociodemográficos e de saúde, conhecimento sobre o Diabetes, atitudes frente à doença (como aceitação da doença) e autoeficácia (capacidade para se autocuidar). A aplicação dos questionários será realizada em sala específica, por membro da equipe da pesquisa devidamente capacitado, com tempo estimado de 30 minutos, antes da consulta agendada. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. A pesquisa não lhe trará benefícios diretos, entretanto após a conclusão dela, serão divulgados para a população estudada os dados sociodemográficos e clínicos e o grau de conhecimento, atitude e autoeficácia, para que em um outro momento, estes dados possam subsidiar o planejamento de ações e tomada de decisões. Sua participação no estudo é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.**

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo quanto ao atendimento na unidade de saúde, para isso basta comunicar ao pesquisador que lhe convidou para a pesquisa. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC-UFTM. Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa. Os dados obtidos de você (questionários) serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa e serão destruídos ou descartado no lixo após serem picotados após cinco anos do fim da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador Responsável: Suzel Regina Ribeiro Chavaglia E-mail: suzel.ribeiro@yahoo.com.br Telefone: (34) 3700-6826. Endereço: Rua Frei Paulino, 30 - Nossa Sra. da Abadia, Uberaba – MG

Pesquisador assistente: Luana Silva Rodrigues E-mail:

luanasr92@hotmail.com Telefone: (34) 99138-1179

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – CEP/HF-UFTM, pelo telefone (34) 3318-5319, no endereço Rua Benjamin Constant, 16. Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00, ou por E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

Título da pesquisa: Conhecimento, atitude e autoeficácia do paciente no controle do Diabetes Mellitus Tipo 2

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi a finalidade do estudo, tendo sido alertado sobre os procedimentos dos quais serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o atendimento médico que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo “Conhecimento, atitude e autoeficácia do paciente no controle do Diabetes Mellitus tipo 2” e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Data	Rubrica do participante	Rubrica do pesquisador

ANEXO A

APÊNDICE F

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS PÉS DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS (IAP-DM - versão 2)

Primeira Parte – Caracterização Sociodemográfica, hábitos de vida e Condições de Saúde

Nome (iniciais):	Número:	Idade:	anos.	UBS/ESF:	Distrito:	Enfermeiro:
Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino			Raça ou cor da pele: 1 <input type="checkbox"/> Branco 2 <input type="checkbox"/> Negro 3 <input type="checkbox"/> Pardo 4 <input type="checkbox"/> Amarelo 5 <input type="checkbox"/> Indígena			
Tabagismo 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Etilismo 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		Tipo de Diabetes: 1 <input type="checkbox"/> tipo 1 2 <input type="checkbox"/> tipo 2			
Estado Civil: 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> Mora com companheiro 4 <input type="checkbox"/> Viúvo 5 <input type="checkbox"/> Separado ou Divorciado 6 <input type="checkbox"/> Não sabe informar						
Situação Familiar: 1 <input type="checkbox"/> Vive Sozinho(a) 2 <input type="checkbox"/> Vive com Companheiro(a) 3 <input type="checkbox"/> Vive com Companheiro(a) e filho(s) 4 <input type="checkbox"/> Vive com Familiares com Familiares e Pessoas Sem Laços Familiares/Conjugais 5 <input type="checkbox"/> Vive 6 <input type="checkbox"/> Vive com Pessoas Sem Laços Familiares/Conjugais						
Renda familiar: (em Salário Mínimo [SM] valor de R\$ 880,00) 1 <input type="checkbox"/> Não tem renda 2 <input type="checkbox"/> < 1 SM 3 <input type="checkbox"/> de 1 a 3 SM 4 <input type="checkbox"/> de 3 a 5 SM 5 <input type="checkbox"/> > 5 SM 6 <input type="checkbox"/> Não sabe informar						
Número de anos que frequentou a escola (sem repetir o ano): anos						
Faz controle Glicêmico 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Com que frequência controla seu índice glicêmico? 0 <input type="checkbox"/> Não controla 1 <input type="checkbox"/> Diariamente 2 <input type="checkbox"/> Semanalmente 3 <input type="checkbox"/> Mensalmente					
Qual o método de controle glicêmico utiliza? 0 <input type="checkbox"/> Não faz controle 1 <input type="checkbox"/> Glicemia capilar 2 <input type="checkbox"/> Glicemia 3 <input type="checkbox"/> Hemoglobina glicada 4 <input type="checkbox"/> Outro						
Tratamento medicamentoso: 0 <input type="checkbox"/> Não utiliza 1 <input type="checkbox"/> Antidiabético Oral 2 <input type="checkbox"/> Insulina 3 <input type="checkbox"/> Ambos 4 <input type="checkbox"/> Outro					Há quantos anos possui diagnóstico DM (em anos): anos	

Doenças Autorreferidas:		Variáveis Clínicas		Não disponível ou não se aplica
Hipertensão Arterial	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Pressão Arterial MSD	mmHg	
Dislipidemia	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Pressão Arterial MSE	mmHg	
Obesidade	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Frequência Cardíaca:	bpm	
Doença Renal	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Glicemia capilar:	mg/dl	
Doença Neurológica	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Peso:	kg	
Doença Cardiovascular	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Altura:	m	
Doença Oftalmológica	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	IMC: _____	Kg/m ²	
Câncer	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não			
Artrite/artrose	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não			
Depressão	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não			
Outro:				

ANEXO B

QUESTIONÁRIO SOBRE O CONHECIMENTO ACERCA DO DIABETES MELLITUS

Versão Brasileira do questionário
Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A)

Idade: _____ **Sexo:** () M () F **Data:** ____/____/____

Há quanto tempo você tem diabetes? _____

Como ela é tratada? (marque um)

(a) Dieta

(b) Dieta e Hipoglicemiante Oral

(c) Dieta e Insulina

INSTRUÇÕES: Este é um pequeno questionário para descobrir o quanto você sabe sobre diabetes. Se você souber a resposta certa, faça um círculo em volta da letra na frente dela. Se você não souber a resposta, faça um círculo em volta da letra a frente de "Não sei".

1. No diabetes **SEM CONTROLE**, o açúcar no sangue é:

- A. Normal
- B. Alto
- C. Baixo
- D. Não sei.

2. Qual destas afirmações é **VERDADEIRA**?

- A. Não importa se a sua diabetes não está sob controle, desde que você não entre em coma.
- B. É melhor apresentar um pouco de açúcar na urina para evitar a hipoglicemia.
- C. O controle mal feito da diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde.
- D. Não sei.

3. A faixa de variação **NORMAL** de glicose no sangue é de:

- A. 70 –110 mg/dl
- B. 70 –140 mg/dl
- C. 50 –200 mg/dl
- D. Não sei

4. **A manteiga** é composta principalmente de:

- A. Proteínas
- B. Carboidratos
- C. Gordura
- D. Minerais e vitaminas
- E. Não sei.

5. **O arroz** é composto principalmente de:

- A. Proteínas
- B. Carboidratos
- C. Gordura
- D. Minerais e vitaminas
- E. Não sei.

6. A presença de **cetonas na urina** é:

- A. Um bom sinal.
- B. Um mau sinal.
- C. Encontrado normalmente em quem tem diabetes.
- D. Não sei.

7. Quais das possíveis complicações abaixo **NÃO** estão geralmente associados à diabetes

- A. Alterações na visão.
- B. Alterações nos rins.
- C. Alterações nos pulmões.
- D. Não sei.

<p>8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como presença de cetonas, ela deve:</p> <p>A. Aumentar a insulina. B. Diminuir a insulina. C. Manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde. D. Não sei.</p> <p>9. Se uma pessoa com diabetes está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada:</p> <p>A. Ela deve parar de tomar insulina imediatamente. B. Ela deve continuar a tomar insulina. C. Ela deve usar hipoglicemiante oral para diabete em vez da insulina. D. Não sei.</p> <p>10. Se você sente que a hipoglicemia está começando, você deve:</p> <p>A. Tomar insulina ou hipoglicemiante oral imediatamente. B. Deitar-se e descansar imediatamente. C. Comer ou beber algo doce imediatamente. D. Não sei.</p> <p>11. Você pode comer o quanto quiser dos seguintes ALIMENTOS:</p> <p>A. Maçã B. Alface e Agrião C. Carne D. Mel E. Não sei.</p>	<p>12. A hipoglicemia é causada por:</p> <p>A. Excesso de insulina B. Pouca insulina C. Pouco exercício D. Não sei.</p> <p>PARA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS, HAVERÁ 2 RESPOSTAS CERTAS. MARQUE-AS</p> <p>13. Um QUILO é:</p> <p>A. Uma unidade de peso. B. Igual a 1000 gramas. C. Uma unidade de energia. D. Um pouco mais que duas gramas. E. Não sei.</p> <p>14. Duas das seguintes substituições são corretas:</p> <p>A. Um pão francês é igual a quatro (4) biscoitos de água e sal B. Um ovo é igual a uma porção de carne moída C. Um copo de leite é igual a um copo de suco de laranja D. Uma sopa de macarrão é igual a uma sopa de legumes E. Não sei.</p> <p>15. Se eu não estiver com vontade de comer o pão francês permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso:</p> <p>A. Comer quatro (4) biscoitos de água e sal B. Trocar por dois (2) pães de queijo médios C. Comer uma fatia de queijo D. Deixar pra lá E. Não sei.</p>
---	--

Pontuação final: _____

ANEXO C
QUESTIONÁRIO SOBRE ATITUDE ACERCA DO DIABETES MELLITUS

Versão Brasileira do questionário
Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19)

Idade: _____ **Sexo:** () M () F **Data:** ____/____/____

Há quanto tempo você tem Diabetes? _____

Como ela é tratada? (marque um)

(a) Dieta

(b) Dieta e Hipoglicemiante Oral

(c) Dieta e Insulina

INSTRUÇÕES: Este questionário contém 19 perguntas para ver como o Sr. (a) se sente sobre o diabetes e o seu efeito em sua vida. Coloque um X na opção que corresponde a sua resposta.

1. Se eu não tivesse DIABETES, eu seria uma pessoa bem diferente.

- () Não concordo de jeito nenhum
- () Discordo
- () Não sei
- () Concordo
- () Concordo totalmente

2. Não gosto que me chame de DIABÉTICO.

- () Não concordo de jeito nenhum
- () Discordo
- () Não sei
- () Concordo
- () Concordo totalmente

3. Ter DIABETES foi a pior coisa que aconteceu na minha vida.

- () Não concordo de jeito nenhum
- () Discordo
- () Não sei
- () Concordo
- () Concordo totalmente

4. A maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de ter DIABETES.

- () Não concordo de jeito nenhum
- () Discordo
- () Não sei
- () Concordo
- () Concordo totalmente

5. Costumo sentir vergonha por ter DIABETES.

- () Não concordo de jeito nenhum
- () Discordo
- () Não sei
- () Concordo
- () Concordo totalmente

6. Parece que não tem muita coisa que eu possa fazer para controlar o meu DIABETES.

- () Não concordo de jeito nenhum

- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

7. Há pouca esperança de levar uma vida normal com DIABETES.

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

8. O controle adequado do DIABETES envolve muito sacrifício e inconvenientes.

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

9. Procuro não deixar que as pessoas saibam que tenho DIABETES.

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

10. Ser diagnosticado com DIABETES é o mesmo que ser condenado a uma vida de doença.

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

11. Minha dieta de DIABETES não atrapalha muito minha vida social.

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

12. Em geral, os médicos precisam ser muito mais atenciosos ao tratar pessoas com DIABETES.

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

13. Ter DIABETES durante muito tempo muda a personalidade da pessoa.

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo

- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

14. Tenho dificuldade em saber se estou bem ou doente.

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

15. DIABETES não é realmente um problema porque pode ser controlado.

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

16. Não há nada que você possa fazer, se você tiver DIABETES.

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

17. Não há ninguém com quem eu possa falar abertamente sobre o meu DIABETES.

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

18. Acredito que convivo bem com a DIABETES.

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

19. Costumo achar que é injusto que eu tenha DIABETES e outras pessoas tenham uma saúde muito boa.

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

Pontuação final: _____

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NO CONTROLE DO DIABETES PARA PACIENTES COM *DIABETES MELLITUS* TIPO 2

Versão Brasileira da *Diabetes Management Self-efficacy Scale for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus - (DMSES)*

	Com certeza sim	Sim	As vezes	Não	Com certeza não
1. Eu acho que sou capaz de verificar meu açúcar no sangue, se necessário.	1	2	3	4	5
2. Eu acho que sou capaz de corrigir meu açúcar no sangue, quando o valor estiver muito alto.	1	2	3	4	5
3. Eu acho que sou capaz de corrigir meu açúcar no sangue, quando o valor estiver muito baixo.	1	2	3	4	5
4. Eu acho que sou capaz de escolher os alimentos certos para o controle do diabetes.	1	2	3	4	5
5. Eu acho que sou capaz de escolher alimentos diferentes, sem sair da dieta recomendada para o controle do diabetes.	1	2	3	4	5
6. Eu acho que sou capaz de manter o meu peso sob controle.	1	2	3	4	5
7. Eu acho que sou capaz de examinar meus pés para ver se tenho problemas na pele.	1	2	3	4	5
8. Eu acho que sou capaz de fazer exercícios físicos suficientes para o controle do diabetes, por exemplo, caminhar ou andar de bicicleta.	1	2	3	4	5
9. Eu acho que sou capaz de ajustar a minha dieta quando estou doente, como, por exemplo, gripe, resfriado ou infecção.	1	2	3	4	5
10. Eu acho que sou capaz de seguir a minha dieta a maior parte do tempo.	1	2	3	4	5
11. Eu acho que sou capaz de fazer exercícios físicos extras, quando o médico recomendar.	1	2	3	4	5
12. Eu acho que sou capaz de ajustar a minha dieta, quando faço exercícios físicos extras.	1	2	3	4	5
13. Eu acho que sou capaz de seguir minha dieta, quando estou fora de casa.	1	2	3	4	5
14. Eu acho que sou capaz de ajustar minha dieta, quando estou fora de casa.	1	2	3	4	5
15. Eu acho que sou capaz de seguir minha dieta, quando estou de férias.	1	2	3	4	5
16. Eu acho que sou capaz de seguir minha dieta, quando estou numa comemoração/festa.	1	2	3	4	5
17. Eu acho que sou capaz de ajustar minha dieta, quando estou estressado ou tenso.	1	2	3	4	5
18. Eu acho que sou capaz de ir ao médico regularmente para acompanhar o meu diabetes.	1	2	3	4	5
19. Eu acho que sou capaz de tomar meus medicamentos, de acordo com a receita médica.	1	2	3	4	5
20. Eu acho que sou capaz de ajustar meus medicamentos, quando estou doente, como, por exemplo, gripe, resfriado ou infecção.	1	2	3	4	5

ANEXO E



UBERABA
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

SEÇÃO DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE - SES

Formulário: SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA

(A SER PREENCHIDO PELA SES)

SUBMISSÃO DE PROJETO Nº 05 / 2022

(A SER PREENCHIDO PELO SOLICITANTE) - FASE I

Uberaba, 26 de janeiro de 2022.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de projeto de pesquisa:

Solicitante: Luana Silva Rodrigues CPF: 10692623663

Instituição de ensino: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Curso: Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde-PPGAS

Finalidade de uso dos resultados do projeto de pesquisa (assinale somente uma):

Trabalho de Conclusão de Curso Dissertação Tese Revista científica Evento

Título: Conhecimento, atitude e autoeficácia do paciente no controle do diabetes mellitus tipo 2

Local de realização: Centro Municipal de Hipertensão e Diabetes

Objetivo: Analisar a influência do conhecimento, atitude e autoeficácia do paciente no controle do Diabetes Mellitus tipo 2.

Justificativa:

Este estudo tem como justificativa a proposição de que um melhor conhecimento acerca do DM e suas potenciais complicações, pode contribuir para mudança de atitudes e comportamentos dos pacientes diante da sua condição, fazendo com que os mesmos se comprometam de forma mais efetiva com a adoção das ações de autocuidado direcionadas no tratamento.

Diante do exposto surge a necessidade de se caracterizar a população e investigar os seguintes questionamentos: Qual o escore de conhecimento, atitude e autoeficácia dos pacientes acerca do Diabetes Mellitus? Qual a relação entre os escores de autoeficácia com os escores de conhecimento e de atitude? Existe influência de variáveis sociodemográficas e clínicas sobre os escores de conhecimento, atitude e autoeficácia das pessoas com DM2?

Metodologia:

LOCAL

O estudo será realizado no município de Uberaba - Minas Gerais, no Centro Municipal de Hipertensão e Diabetes (CEMDHI).



POPULAÇÃO/AMOSTRA

Constituirá a população deste estudo adultos e idosos com diagnóstico médico de Diabetes Mellitus tipo 2, conforme CID-10, e que estejam agendados para consulta na unidade CEMDHI.

Critérios de inclusão

Pacientes com idade superior a 18 anos de idade; diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo 2; agendados para consulta na unidade;

Critérios de exclusão

Pacientes que não consigam entender e responder aos questionamentos por possível déficit cognitivo; e pacientes não encontrados após três tentativas em consultas agendadas.

Tamanho amostral

Tamanho de amostra mínimo de $n = 206$. Considerando uma perda de amostragem de 20% (recusas em participar), o número final de tentativas de entrevista será $n = 258$. A variável dependente principal será o escore de autoeficácia.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Será seguido o fluxograma de registro para pesquisas realizadas na Prefeitura de Uberaba solicitando ciência e autorização para o secretário de saúde e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Será solicitado ao Departamento de Tecnologia e Informação (DTI) o acesso à rede para verificação dos pacientes agendados. Os participantes serão abordados em sala de espera do CEMDHI na data da consulta.

Ao identificar aqueles que atendem aos critérios de inclusão, estes serão abordados e se aceitarem conversar e ouvir sobre a pesquisa será convidado e encaminhado a uma sala reservada na unidade.

Cronograma de execução do projeto:

Nº	ETAPAS DA EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA*	MÊS / ANO
1	Início da coleta de dados na rede municipal de saúde	fev/2022
2	Término da coleta de dados na rede municipal de saúde	maio/2022
3	Conclusão do projeto (previsão)	junho/2022
4	Defesa pública (banca avaliadora) – se for a finalidade	julho/2022
5	Submissão para publicação (revista ou Anais...) – se for a finalidade	junho/2022

*Estas etapas permitirão: compreender melhor o período de execução do projeto e o planejamento com a equipe da rede de saúde.



(A SER PREENCHIDO PELA SMS)

Termo de Anuência Institucional (TAI-SMS): Em consideração ao Artigo 10, da Resolução CNS nº 580, de 22 de março de 2018, a Secretaria de Saúde, como participante/coparticipante da pesquisa, manifesta estar ciente dos objetivos e de suas atribuições para a realização da mesma. Entretanto, **vincula a aprovação de execução em definitivo, somente após a reapresentação desta proposta à SMS para uma nova avaliação, desde que aprovada pela CEP.** Segue parecer da SMS para o Termo de Anuência Institucional.

Deliberação para o TAI-SMS:

Deferido Indeferido

Data: ___/___/2022

Valdilene Rocha Costa Alves
Secretária Adjunta
Sétimo Bóscolo Neto
Secretário Municipal de Saúde
Decreto: 153/2021

(A SER PREENCHIDO PELO SOLICITANTE, APÓS RECEBER O PARECER DO CEP) - FASE 2

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Informo que o CEP se manifestou ser () favorável ou () contrário (marque X no parênteses que representa o parecer e digitalize este instrumento) à execução da pesquisa, cujo parecer oficial encontra-se anexado a esse instrumento. Esta ação é obrigatória e necessária ao reenvio deste instrumento e deliberação definitiva pela SMS, cumprindo assim todos os requisitos formais inerentes à liberação da pesquisa.

(A SER PREENCHIDO PELA SES)

Sr(a) Secretário(a) de Saúde,
Informo que a proposta de pesquisa encaminhada à esta Secretaria apresenta todos os requisitos formais cumpridos. Sendo assim, direciono a mesma para o seu parecer definitivo sobre a sua execução.

Data: ___/___/2022

Grasiela Rocha de Carvalho
Grasiela Rocha de Carvalho
Chefe do Departamento de Gestão do Trabalho
e da Educação em Saúde
Decreto: 954/2021

(A SER PREENCHIDO PELA SMS)

Deliberação da Secretaria de Saúde para a execução da pesquisa:

Deferido Indeferido

Data: ___/___/2022

Valdilene Rocha Costa Alves
Secretária Adjunta
Sétimo Bóscolo Neto
Secretário Municipal de Saúde
Decreto: 153/2021

(A SER PREENCHIDO NO MOMENTO DA DEVOLUTIVA DESTA SUBMISSÃO DE PESQUISA AO SOLICITANTE) - FASE 3

Declaro estar ciente do parecer final emitido pela Secretaria de Saúde e também quanto à obrigatoriedade da entrega de cópia da publicação (TCC, dissertação, tese ou artigo), quando concluída, para seu registro na Seção de Educação em Saúde da SMS.

Ciente do solicitante:

Data: 10 / 02 / 2022.

Nome: Luana Silva Rodrigues
CPF: 106.926.236-63



UBERABA
GOVERNO MUNICIPAL

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO
SEÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE – SES

**Secretaria
de Saúde**

Formulário: PARECER SOBRE PROPOSTA DE PESQUISA

PROPOSTA DE PROJETO DE PESQUISA

Identificação de protocolo do projeto recebido: SUBMISSÃO N° 05/2022

Título: Conhecimento, atitude e autoeficácia do paciente no controle do *Diabetes mellitus* tipo 2

Parecer favorável:

Sim

Não

Justificativa:

O objetivo proposto pelos pesquisadores, sugere uma verificação do nível de informação e possível mudança de conduta em relação aos cuidados pessoais entre os pacientes acometidos pelo *Diabetes mellitus* tipo 2.

Atitudes conscientes permitem adequação do estilo de vida, incluindo cuidados com a alimentação, reduzindo potenciais necessidades de intervenções severas por parte da rede de saúde.

Isto exposto, ressalta-se a importância desta pesquisa para a verificação da hipótese e adoção de condutas estratégicas pela rede pública de saúde junto aos pacientes.

Em razão disso, esta Seção se manifesta ser favorável à realização do mesmo em parceria com a SMS.

Ressalta-se a condição de aprovação final, por parte do Secretário Municipal de Saúde, também ao parecer favorável da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) à realização da pesquisa, o que possibilita a deliberação final sobre a parceria no referido projeto.

Uberaba, 07 de fevereiro de 2022

Alexandre Lúcio Bizinoto
Chefe da Seção de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde - SMS

ANEXO F

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO -
HC/UFTM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO, ATITUDE E AUTOEFICÁCIA DO PACIENTE NO CONTROLE DO DIABETES MELLITUS TIPO 2

Pesquisador: Suzel Regina Ribeiro Chavaglia

Área Temática:

Versão: 9

CAAE: 15524819.0.0000.8667

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.464.755

Apresentação do Projeto:

Emenda referente ao projeto aprovado "CONHECIMENTO, ATITUDE E AUTOEFICÁCIA DO PACIENTE NO CONTROLE DO DIABETES MELLITUS TIPO 2"

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da emenda: acrescentar novo Centro de Coleta de Dados e atualizar cronograma

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foram considerados Riscos e Benefícios adicionais

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo emenda apresentada pelos pesquisadores:

Foi acrescentado como local de desenvolvimento do projeto o "Centro Municipal de Hipertensão e Diabetes (CEMDHI)" que integra a rede de atenção à saúde do município de Uberaba-MG, tendo como justificativa abordar pessoas com DM2 e alcançarmos o número de sujeitos para compor a amostra calculada pelo estatístico que auxiliou no referido cálculo. A autorização deferida pela Prefeitura Municipal de Uberaba (anexo 1) encontra-se no corpo deste arquivo.

Além disso, foi alterado os procedimentos de coleta de dados para forma presencial devido dificuldade de contatar com usuários pelo telefone/smartphone (forma remota).

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

CEP: 38.025-470

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO -
HC/UFTM



Continuação do Parecer: 5.464.755

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de Apresentação Obrigatória foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o Coordenador do CEP-HC/UFTM manifesta-se pela aprovação ad referendum do protocolo de pesquisa proposto, situação a ser informada na próxima reunião do CEP-HC/UFTM.

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente), assim como a apresentação do relatório final, quando do término do estudo. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

O CEP-HC/UFTM não se responsabiliza pela qualidade metodológica dos projetos analisados, mas apenas pelos pontos que influenciam ou interferem no bem-estar dos participantes da pesquisa conforme preconiza as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

A secretaria do CEP-HC/UFTM está à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre trâmites e funcionalidades da Plataforma Brasil, durante os dias de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 16:00 hrs. Telefone: 34 3318-5319. e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br.