

CRENÇAS EM SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E FERIDAS COMPLEXAS

HEALTH BELIEFS OF PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS AND COMPLEX WOUNDS

CREENCIAS EN SALUD DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS Y HERIDAS COMPLEJAS

Bianca Moura Peloso-Carvalho¹, Jenika Ferreira Dias², Camila Maria Silva Paraizo-Horvath³, Rogério Silva Lima⁴, Eliza Maria Rezende Dazio⁵, Silvana Maria Coelho Leite Fava⁶

Como citar esse artigo: Peloso-Carvalho BM, Dias JF, Paraizo-Horvath CMS, Lima RS, Dazio EMR, Fava MCL. Crenças em saúde de pessoas com diabetes mellitus e feridas complexas. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2022 [acesso em: ____]; 11(2):e202250. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v11i2.5353>

RESUMO

Objetivo: Conhecer as crenças de pessoas com Diabetes Mellitus e feridas complexas. **Método:** Estudo descritivo, transversal, abordagem qualitativa, fundamentado no referencial teórico do Modelo de Crenças em Saúde. Participaram deste estudo 14 pessoas com Diabetes Mellitus e feridas complexas, selecionadas por conveniência. Os dados foram coletados em entrevista por meio de instrumento semiestruturado, interpretados pela análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** Construíram-se as categorias temáticas: O Papel das crenças na compreensão da gênese da doença e das feridas complexas; O enfrentamento das barreiras para o manejo da doença e da ferida e Crenças sobre as complicações. As crenças em saúde podem contribuir para o controle da doença, mas dificultar mudanças no estilo de vida. **Conclusão:** Conhecer as crenças em saúde permite uma aproximação da visão de mundo das pessoas, o que pode favorecer a dialogicidade e o planejamento de cuidados coerentes e contextualizados.

Descritores: Crenças em saúde; diabetes mellitus; úlcera diabética do pé; enfermagem.

¹ Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas, Alfenas-MG, Brasil. Universidade Federal de Alfenas-MG. <http://orcid.org/0000-0001-5336-2249>

² Enfermeira, Especialista em Urgência e Trauma pela Pontifícia Universidade Católica PUC- Campinas. Campinas, SP, Brasil, Professora de Enfermagem da Faculdade Anhanguera- Campinas, SP, Brasil. Faculdade Anhanguera- Campinas, SP, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-2743-0751>

³ Enfermeira, Doutoranda em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. Universidade de São Paulo, USP. <http://orcid.org/0000-0002-3574-7361>

⁴ Enfermeiro, Doutor em Ciências da Saúde, Professor Adjunto da Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil. Universidade Federal de Alfenas-MG. <http://orcid.org/0000-0002-1751-2913>

⁵ Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora-associada da Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil. Universidade Federal de Alfenas-MG. <http://orcid.org/0000-0001-9216-6283>

⁶ Enfermeira, doutora em Ciências da Saúde, professora- associada da Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil. Universidade Federal de Alfenas. <http://orcid.org/0000-0003-3186-9596>

ABSTRACT

Objective: To know the beliefs of people with Diabetes Mellitus and complex wounds. **Method:** Descriptive, transversal, qualitative approach, based on the theoretical framework of the health beliefs model. Fourteen people with Diabetes Mellitus and complex wounds, selected for convenience, participated in this study. Data were collected in an interview by semi-structured script, interpreted by content analysis in the thematic modality. **Results:** The thematic categories were constructed: The role of beliefs in understanding the genesis of the disease and complex wounds; Coping with barriers to disease and wound management and Beliefs about complications. Health beliefs can contribute to disease control, but hinder lifestyle changes. **Conclusion:** Knowing the health beliefs allows an approximation of the worldview of people, which can favor the dialogicity and planning of coherent and contextualized care.

Descriptors: Health beliefs; diabetes mellitus; diabetic foot ulcer; nursing.

RESUMEN

Objetivo: conocer las creencias de personas con diabetes mellitus y heridas complejas. **Método:** estudio descriptivo, transversal, cualitativo, fundamentado en la referencia teórica del Modelo de creencias en salud. Participaron catorce personas con diabetes mellitus y heridas complejas, seleccionadas convenientemente. Los datos fueron recogidos en entrevistas, con guion semiestructurado e interpretados por análisis en modalidad temática. **Resultado:** se construyeron diferentes categorías temáticas: El papel de las creencias en la comprensión de la génesis de la enfermedad y las heridas complejas; El enfrentamiento de las barreras para su manejo; y Creencias sobre complicaciones. Las creencias sobre la salud pueden contribuir al control de enfermedades, pero obstaculizan los cambios en el estilo de vida. **Conclusión:** conocer las creencias en salud permite una aproximación a la visión de mundo de las personas, lo que puede favorecer al diálogo y a la planificación de cuidados coherentes y contextualizados.

Descriptor: creencias en salud; diabetes mellitus; úlcera diabética del pie; enfermeira.

INTRODUÇÃO

A Diabetes *mellitus* (DM) é uma das condições crônicas mais frequentes que representa um impactante problema de saúde no mundo.¹ Apesar dos esforços empregados pela saúde pública na busca de controlá-la, continua sendo uma condição epidêmica, com morbidade relativamente alta, atribuída às complicações decorrentes do controle inefetivo da doença.¹

A DM, sob o ponto de vista biomédico, caracteriza-se por um distúrbio metabólico com hiperglicemia persistente, decorrente da deficiência na produção de insulina, ou em

sua ação, ou em ambos.² Dentre suas complicações, destacam-se as úlceras do pé diabético (UPDs), que, devido às altas taxas de incidência e de prevalência, comprometem a qualidade de vida em saúde, a autonomia, o autocuidado e podem ocasionar alto impacto socioeconômico, tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para a saúde pública.¹

As UPDs estão classificadas dentre as feridas complexas, por apresentarem difícil resolução, associada à perda cutânea extensa, a infecções agressivas, à presença de isquemia e/ou necrose, a patologias

associadas e por não cicatrizarem espontaneamente em um período de três meses.³

Essas UPDs podem ser prevenidas com alterações no estilo de vida, com a adesão às medidas farmacológicas e não farmacológicas e com o autocuidado com os pés.² No entanto, a compreensão da doença e o manejo dos cuidados são determinados pelo comportamento, influenciado pelos valores, pelas crenças, pelas experiências individuais e coletivas, de forma que as crenças tanto podem promover a saúde como influenciá-la negativamente.⁴

Reconhecendo a influência das crenças na maneira como as pessoas interpretam e agem perante seu adoecimento, Rosenstock desenvolveu o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), que contempla quatro dimensões: a susceptibilidade percebida, que avalia o grau de aceitação que a pessoa tem sobre a possibilidade de contrair uma determinada condição ou doença; a severidade percebida, na qual a pessoa pode ou não considerar que a doença ocasionará consequências graves para sua vida; os benefícios percebidos, que é a percepção da pessoa em acreditar que as ações em saúde estejam relacionadas à redução da suscetibilidade ou da severidade, levando ao alcance de resultados positivos e, por último, as barreiras existentes, que remetem aos aspectos negativos que podem dificultar a adesão ao tratamento.⁴

O MCS tem sido utilizado em estudos para a compreensão das crenças de pessoas com condições crônicas, de modo especial em Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).⁵⁻⁶ No entanto, estudos relacionados à DM e feridas complexas são escassos, principalmente no âmbito nacional, o que justifica a contribuição deste estudo.

Soma-se ainda, sua relevância pela oportunidade de as pessoas expressarem suas percepções sobre a doença e o seu modo de cuidar. A aproximação com essas pessoas tem demonstrado a singularidade no modo pelo qual experienciam a doença e o cuidado e o reconhecimento da influência das crenças nas motivações e decisões, bem como a diversidade cultural que permeia o processo saúde-doença.

Essas experiências despertaram para a necessidade de aprofundar o conhecimento que se traduz pelo seguinte questionamento: Quais as crenças das pessoas com DM e feridas complexas que podem influenciar a doença, o tratamento e o cuidado? Para dar respostas a esse questionamento, desenvolveu-se o estudo com o objetivo de conhecer as crenças de pessoas com Diabetes *mellitus* e feridas complexas.

MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa, fundamentado no referencial teórico do MCS.

O estudo foi realizado em 2017 com 14 pessoas, selecionadas por conveniência, de ambos os sexos, com diagnóstico de DM e feridas complexas, residentes em áreas urbanas de um município do Sul de Minas Gerais, por meio de busca ativa a partir dos dados dos prontuários das pessoas com DM de nove, de um total de doze, Estratégias de Saúde da Família. Das 695 pessoas com DM contatadas, 29 afirmaram possuir DM e feridas complexas. Dos 29 possíveis participantes, 12 apresentavam feridas cicatrizadas e três se recusaram a participar da pesquisa.

Adotou-se como critérios de inclusão: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de DM e com presença de feridas complexas; como exclusão, possuir feridas cicatrizadas e não pertencer às áreas adstritas.

As entrevistas foram realizadas de forma individual nas residências dos participantes, mediante contato face a face. Os dados foram coletados por duas autoras, em visita domiciliar pré-agendada, por meio de uma entrevista individual, apenas com a presença do participante, com duração média de 60 minutos, com aplicação de instrumento semiestruturado adaptado e validado, sendo realizado o teste-piloto com três participantes, contendo questões de caracterização sociodemográfica e clínica e questões fundamentadas no MCS.

Os depoimentos foram registrados em gravador digital e a comunicação não verbal e as impressões dos pesquisadores, em diário de campo. Os dados foram transcritos na íntegra em editor de texto, lidos e relidos pelos autores para a acurácia da transcrição. A transcrição resultou em 128 páginas, digitadas em espaço de 1,5 cm. Este estudo foi desenvolvido de acordo com os critérios preconizados pelo Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ) para pesquisa qualitativa.

Para a organização dos dados, utilizou-se a Análise de conteúdo na modalidade temática.⁷ As unidades de registro foram identificadas e codificadas por quatro pesquisadores integrantes de um grupo de pesquisa e a discussão dos dados foi norteada pelo Referencial Teórico do MCS e apoiada na literatura correlata.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número CAAE55493516.8.0000.5142 e protocolo 1.566.398. A fim de manter o sigilo e preservar o anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos pela letra “E” seguidos dos números ordinais.

RESULTADOS

Constatou-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino 64,29% (n=9), com média idade de 62,29 anos, casados 50% (n=7) e católicos 64,29% (n=9).

Quanto aos aspectos socioeconômicos, 42,86% (n=6) tinham renda mensal de 2 a 3 salários mínimos; 42,86% (n=6) eram aposentados e 85,71% (n=12) cursaram o ensino fundamental, mas incompleto. Quanto aos antecedentes de saúde, 64,29% (n=9) já fumaram ou ainda fumam; 78,56% (n=11) autorreferiram a HAS como comorbidade associada; 50% (n=7) faziam uso de insulina; 57,13% (n=8) com histórico familiar de DM; 50% (n=7) com tempo de diagnóstico de DM há 10 anos ou menos; 71,43% (n=10) possuíam uma ferida; 57,13% (n=8) com duração da ferida há mais de um ano e 57,13% (n=8) referiram não seguir uma dieta específica para DM.

Do material empírico, realizou-se a codificação por meio do programa de computador Word, ferramenta revisão da Microsoft®, análise e construção dos temas em consonância com os assuntos recorrentes, quais sejam: O papel das crenças na compreensão da gênese da doença e das feridas complexas; O enfrentamento das barreiras para o manejo da doença e da ferida e Crenças sobre as complicações.

O papel das crenças na compreensão da gênese da doença

Constatou-se a influência das crenças na percepção da multicausalidade da doença e das feridas complexas. O excesso de

açúcar no sangue, a hereditariedade, o controle ineficaz e fatores emocionais foram apontados como as principais responsáveis pelo surgimento e/ou pelo agravamento do DM e das feridas complexas.

Os participantes atribuíram ao DM o excesso de açúcar no sangue:

O que causa é o excesso de açúcar no sangue. (E4)

A hereditariedade constituiu causa para o DM e para as feridas complexas:

Na minha família, teve assim alguém com diabetes, meu pai, minha mãe, tenho medo dos meus filhos ter, minha sogra também era diabética. (E6)

Essas feridas são genéticas, minha tia, minha avó, tudo morreu com isso... eu acredito que elas não são causadas pelo diabetes. (E7)

Alguns participantes acreditavam que o controle ineficaz do DM foi responsável pelo aparecimento e agravamento das feridas:

A diabetes ajudou, eu não tinha nada. Eu não seguia à risca a alimentação e nem tomava os remédios direito, aí foi piorando, se não seguir à risca, a cicatrização demora muito mais. (E4)

Tudo é problema da glicemia, se a glicemia estiver alta, ela (ferida) vai piorar. (E2)

Quanto aos fatores emocionais, eles acreditavam que os sentimentos de nervosismo, de raiva e de estresse causavam o DM e as feridas.

Fui viajar com meu marido, não sei se passei muita raiva por lá, na viagem eu cansei muito, daí, dessa época pra cá, que eu comecei o problema diabetes. (E10)

Ela já fechou uma vez, mas depois abriu novamente, ela abriu novamente porque eu passo muito nervoso, estresse, cada vez que fico nervosa piora muito a ferida. (E11)

O enfrentamento das barreiras para o manejo da doença e da ferida

A convivência com a doença e com a ferida é permeada por dificuldades e restrições, uma vez que envolve mudanças de comportamento e as regras preconizadas pelo sistema profissional de saúde para o manejo da doença e da ferida vão de encontro com seu modelo de crenças. Desse modo, percebeu-se a naturalização das transgressões como parte do cotidiano de vida desses participantes.

Uma das dificuldades para as mudanças de hábitos alimentares se relacionava, principalmente, ao abandono do consumo de doces. Para eles, o doce fazia parte do lado prazeroso de sua história de vida:

Desde criança, doce parece que faz parte da vida da gente, se não comer doce parece que a gente fica mal humorado. Eu tenho uma vontade doida de comer doce, todo dia, mas eu controlo, porque se não piora, né. Tem dias que eu abuso um pouquinho no doce, mas depois eu controlo, faço regime. (E7)

Dentre outras dificuldades, estão as condições financeiras para suprir as prescrições dos profissionais de saúde para o tratamento:

Pobre vai ter condições de cuidar igual os médicos pedem? Não tem, nem tudo, pobre não tem condições de fazer tratamento. (E6)

Embora coexistissem barreiras, acreditavam nos benefícios do tratamento para o controle da doença e para a cicatrização da ferida prescritos pelo sistema profissional e popular de saúde.

Para os participantes, o consumo de alimentos que vem de baixo da terra, de

folhas verdes escuras, de peixes e de determinadas frutas poderia levar ao descontrole da doença e dificultar a cicatrização das feridas:

Algumas pessoas falam que não pode comer coisa da terra, mandioca, essas coisas E11. Verdura agora tem que ser clara, não pode ser muito escura. (E9)

Eu não como peixe do mar, me faz mal, aí eu não como para poder cicatrizar, também não chupo limão, mamão papaia é só eu comer ele, eu sinto que o cheiro do leite sai na ferida. (E7)

Diz que não pode comer peixe porque é reimoso e não sara. (E10)

O poder de cura das feridas relacionava-se ao uso da alopatia, da fitoterapia e dos remédios do sistema popular:

Eu acredito que por causa desses curativos (diário de campo: pomadas de indicação médica), a gente vai tendo cuidado, vai sarando. (E13)

Já passei barbatimão, picão, erva de santa maria, mastruz, tanchagem, uma vez assistindo a televisão o médico falou que o urucum curava essa ferida, aí eu fiz urucum, foi uma maravilha. (E7)

Esses dias minha filha banhou com casca de romã, só que o banhar nosso é colocar dentro de um vidro e usar igual um soro. (E6)

A espiritualidade foi percebida com alto poder de cura da doença e da ferida:

A fé da gente é sarar, vou melhorar se Deus quiser, eu confio mais em Deus do que no remédio. (E4)

Crenças sobre as complicações

A percepção da severidade da doença e da suscetibilidade às complicações levaram os participantes à crença da importância do cuidado e do controle da doença. Do conjunto das complicações do DM, conheciam as complicações relacionadas ao coração, aos rins, às amputações e à capacidade de levar à morte:

Tenho que controlar a glicose, senão vai complicando para o coração, dá amputação, problema renal. (E8)

Se não cuidar, morre e se comer de tudo, também morre, se deixar vai pro buraco. (E4)

No meu caso que eu tô com essa ferida na perna, Deus me guarde, mas se eu não cuidar pode até amputar. (E6)

As experiências com as complicações suscitaram o reconhecimento da severidade da doença e o arrependimento pela falta de cuidado:

Se, no primeiro dia, eu já ficasse de repouso com o pé pra cima, se eu já compro o soro fisiológico, mas não, eu continuei andando muito, passava só água e sabão, continuei calçando sapato, é poeira, as bactérias também, foi infeccionando. Em uma semana, se eu cuidou disso, eu estaria livre de três anos e meio de sofrimento. (E8)

DISCUSSÃO

As categorias elaboradas dialogam com o MTC na medida em que procuram representar suas dimensões. O papel das crenças na compreensão da gênese da doença e das feridas complexas relaciona-se à percepção da suscetibilidade e da severidade da doença.

Os componentes emocionais e hereditários relacionados à gênese do DM e das feridas, além do excesso de açúcar no sangue, como causa do DM, também foram encontrados em estudos internacionais^{6,8-9}, o que demonstra que a crença, uma representação simbólica, influencia a experiência com a doença.

O fato de atribuírem à gênese do DM e das feridas à hereditariedade e aos fatores emocionais pode corroborar para o processo de naturalização do adoecimento e,

consequentemente, para a não adesão às medidas que envolvem mudanças no estilo de vida propostas pelos profissionais de saúde.

Por outro lado, as crenças daqueles que atribuíram à gênese da ferida ao controle inefetivo da doença corroboram para a percepção da severidade e para o estímulo para adotar em seu cotidiano as recomendações dos profissionais de saúde e reduzir a possibilidade de complicações.

Em relação ao componente emocional, estudos apontam que o controle do estado emocional pode impactar nos níveis glicêmicos¹⁰⁻¹¹, porém nem sempre é fácil seu manejo, pela multiplicidade de componentes interrelacionados. Nessa ótica, os profissionais de saúde devem procurar desenvolver a dialogicidade, com vistas à resolução de conflitos, ao alívio do estresse e, consequentemente, à melhoria da saúde psicoemocional das pessoas que convivem com a cronicidade e com todas as limitações que esta condição pode trazer.

O enfrentamento das barreiras para o manejo da doença e da ferida está relacionado às dificuldades na adoção das recomendações dos profissionais de saúde e na maneira como os participantes percebem a eficácia de seus cuidados.

A dificuldade do abandono do consumo de doce permite considerar que o DM, enquanto condição crônica, estabelece códigos de conduta para essas pessoas a

partir do diagnóstico da doença. Tais códigos podem ser traduzidos como regras para viver, porém muitas vezes as pessoas não se sentem preparadas para essas condutas e, assim, mantêm os antigos hábitos, principalmente os de alimentação que estão arraigados em seu contexto sociocultural. Assim, essas pessoas acabam por viver o cotidiano sob o dilema “Do querer e o poder fazer”.^{5,12}

Nessa ótica, as regras estabelecidas para viver com a doença podem provocar sentimentos negativos e fomentar comportamentos de transgressões, pautados na busca por experimentar momentos de prazer e de liberdade. Os profissionais de saúde precisam estar cientes de que, diante de uma condição crônica, são esperados períodos de flutuações na adesão, havendo, portanto, a necessidade de que estejam sensíveis para compreender os limites dos pacientes, e prontos para sanar possíveis dúvidas e para dar suporte ao processo de autocuidado.^{8,12}

As dificuldades financeiras encontradas neste estudo foram percebidas como barreiras para o tratamento, assim como as encontradas em outros estudos, na medida em que dificultavam o regime alimentar e a realização de atividades físicas.^{6,13}

Nesse contexto, espera-se, dos profissionais de saúde, a competência para adequar as orientações às condições de vida

de cada pessoa, ser sensíveis a estas dificuldades e constituir apoio para facilitar a aquisição de recursos e de insumos para o manejo adequado da condição crônica.

As crenças sobre os alimentos prejudiciais, como peixe, verduras de folhas verdes escuras e determinadas frutas constituíram barreiras a serem enfrentadas para o cuidado com a doença e para o manejo da ferida. Estudo realizado com pessoas com feridas crônicas de etiologias diferentes também apontou crenças sobre a relação entre o consumo de peixes e a cicatrização das feridas.¹⁴ Essas pessoas alegavam que os peixes do tipo “reimoso” que, segundo elas, são “peixes de couro que não têm escamas”, têm a capacidade de provocar inflamações, pois, abaixo do couro, estaria a rema que carrega as impurezas. Pode-se inferir que as crenças populares são capazes de despertar nas pessoas explicações fundamentadas em conhecimentos do contexto sociocultural que podem ganhar significados e se constituírem como verdades.

Percebeu-se que o tratamento recomendado pelo sistema popular pautado no uso das plantas e na espiritualidade era valorizado, uma vez que os ajudava a reduzir as consequências negativas da doença e propiciava a cura.

Estudos corroboram esse resultado, já que as pessoas com DM e feridas também utilizavam chás, plantas, frutos, cascas e

acreditavam no poder da religião/fé para o tratamento e para a cura.¹⁵⁻¹⁶

Nessa perspectiva, a fitoterapia é uma prática que está inserida no senso comum, difundida na cultura popular pelo aconselhamento, por práticas populares e pelos curandeiros. Frente a isso, é necessário que os profissionais de saúde conheçam e respeitem a fitoterapia como tratamento complementar e, sobretudo, que possam orientar os pacientes para que não haja prejuízos para a saúde.¹⁵

A espiritualidade também foi percebida como uma força capaz de transcender o estado doente e promover a cura dos participantes. A espiritualidade está relacionada à fé em Deus e contribui para que as pessoas se sintam mais fortes e seguras, capazes de enfrentar a situação desagradável que estão vivenciando, demonstrando, dessa maneira, ser uma crença positiva.¹⁷⁻¹⁸

Ademais, quando há a percepção da severidade das complicações, isso pode corroborar para o melhor controle da doença e para a força na superação das dificuldades inerentes ao cuidado.⁴ As crenças encontradas neste estudo, referentes à percepção da morte, da amputação, das complicações cardíacas e renais, podem constituir crenças impulsionadoras para o cuidado. Os resultados corroboram estudos que constataram que, após o surgimento de feridas, os participantes se conscientizaram

da importância do cuidado com os pés para a prevenção da amputação.^{8,13,19}

Percebeu-se, ainda, que muitos profissionais de saúde atuam no processo de orientação de forma prescritiva, indiferentes aos sentimentos das pessoas e usam o medo dos pacientes para conseguir o seguimento da terapia proposta, o que se traduz como uma ineficácia do diálogo, da relação interpessoal, da autonomia e da fragilidade no acompanhamento longitudinal.¹⁹

Nesse âmbito, a enfermagem, enquanto profissão do cuidado, deve ser sensível às crenças das pessoas, respeitando seus valores e compreendendo seus momentos de transgressão. Devem-se, portanto, adotar as tecnologias relacionais nas ações de educação em saúde para conhecer e afirmar as crenças positivas e alertar sobre aquelas que podem levar a prejuízos no tratamento, considerando a influência das crenças no autocuidado e na adesão ao tratamento.⁸

Acrescenta-se que, embora o incentivo por parte dos profissionais para que as pessoas tenham autocuidado, esta prática, sem intervenção profissional e acompanhamento longitudinal, não é suficiente para a prevenção das feridas complexas.²⁰

CONCLUSÃO

As crenças sobre a gênese do DM e das feridas podem levar as pessoas à

naturalização do processo de adoecimento, de tal forma que consideram desnecessárias as mudanças no estilo de vida. No entanto, essas mudanças são essenciais para o controle da doença e para a cicatrização das lesões.

O DM e a ferida impõem aos participantes as regras para viver que, por vezes, são transgredidas em prol do prazer. Enquanto os fatores emocionais, o hábito alimentar e as condições financeiras desfavoráveis tenham constituído barreiras, a crença na eficácia do tratamento popular e profissional e na capacidade de cura pela espiritualidade foram motivadores para o manejo da doença e da ferida. O aparecimento de complicações e o risco de morte traduzem a percepção da severidade da doença.

Ao adotar o Modelo de Crenças em Saúde, foi possível apreender as singularidades das pessoas na percepção da sua enfermidade que se relacionavam à gênese da doença e da ferida às barreiras para o tratamento e para a cura da ferida, aos modos de cuidar e à severidade da doença. Alinhar o conhecimento científico ao conhecimento popular propicia a competência cultural do profissional de saúde e contribui para a melhoria da linha do cuidado à pessoa com DM e feridas, uma vez que permite compreender as crenças relacionadas à doença e ao cuidado, com

vistas a planejar cuidados coerentes e condizentes ao contexto sociocultural.

O número de participantes e o cadastro desatualizado de pessoas com DM e feridas podem ser considerados limitações deste estudo. Sugere-se o desenvolvimento de estudos com participantes com condições clínicas similares de outras regiões geográficas, a fim de conhecer a diversidade cultural que permeia o cuidado com o DM e feridas complexas.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas [Internet]. 8th ed. [Bruxelas]: IDF; 2017 [citado em 20 dez 2020]. The global picture: prevalence and projections; p. 43-46. Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8e-EN-final.pdf
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 [Internet]. São Paulo: Clannad; 2019 [citado em 18 nov 2020]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>
3. Ferreira MC, Tuma Júnior P, Carvalho VF, Kamamoto F. Complex wounds. Clinics [Internet]. 2006 [citado em 25 out 2022]; 61(6):571-78. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322006000600014>
4. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. [Internet]. 1974 [citado em 25 out 2022]; 2(4):328-45. doi:<https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
5. Moreira AKF, Santos ZMSA, Caetano JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde

- na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Physis (Rio J.)*. [Internet]. 2009 [citado em 25 out 2022]; 19(4):989-1006. doi:<https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000400005>
6. Hjelm K, Apelqvist J. Influence of beliefs about health and illness on self-care and care-seeking in foreign-born people with diabetic foot ulcers: dissimilarities related to origin. *J Wound Care* [Internet]. 2016 [citado em 25 out 2022]; 25(11):602-16. doi:<https://doi.org/10.12968/jowc.2016.25.11.602>
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2013.
8. Meriç M, Ergün G, Meriç C, Demirci İ, Azal Ö. It is not diabetic foot: it is my foot. *J Wound Care* [Internet]. 2019 [citado em 25 out 2022]; 28(1):30-37. doi:<https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.1.30>
9. Barg FK, Cronholm PF, Easley EE, Davis T, Hampton M, Malay S, et al. A qualitative study of the experience of lower extremity wounds and amputations among people with diabetes in Philadelphia. *Wound Repair Regen.* [Internet]. 2017 [citado em 25 out 2022]; 25(5):864-70. doi:<https://doi.org/10.1111/wrr.12593>
10. Wong EM, Afshar R, Qian H, Zhang M, Elliott TG, Tang TS. Diabetes distress, depression and glycemic control in a Canadian-Based Specialty Care Setting. *Can J Diabetes* [Internet]. 2017 [citado em 25 out 2022]; 41(4):362-65. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2016.11.006>
11. Helgeson VS, Van Vleet M, Zajdel M. Diabetes stress and health: is aging a strength or a vulnerability? *J Behav Med.* [Internet]. 2020 [citado em 25 out 2022]; 43(3):426-36. doi:<https://doi.org/10.1007/s10865-019-00106-4>
12. Silva JA, Amorim KPC, Valença CN, Souza ECF. Experiências, necessidades e expectativas de pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2018 [citado em 25 out 2022]; 26(1):95-101. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-80422018261230>
13. Okoro T, Sikirica V, Casillas L, Brion T, Devine J, Ong V, et al. Elicitation of disease concepts in patients with diabetic foot ulcers: a qualitative study. *J Wound Care* [Internet]. 2020 [citado em 25 out 2022]; 29(5):38-45. doi:<https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup5a.S38>
14. Alcoforado CLGC, Espírito Santo FH. Saberes e práticas dos clientes com feridas: um estudo de caso no município de Cruzeiro do Sul, Acre. *REME Rev Min Enferm.* [Internet]. 2012. [citado em 05 jan 2021]; 16(1):11-7. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n1a02.pdf>
15. Chibante CLP, Santo FHE, Santos TD, Porto IS, Daher DV, Brito WV. Saberes e práticas no cuidado centrado na pessoa com feridas. *Esc. Anna Nery Rev Enferm.* [Internet]. 2017 [citado em 25 out 2022]; 21(2):1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/dfnLmbkDWth7sV5gBzjcYgq/?format=pdf&lang=pt>
16. Casique L, Muñoz Torres TJ, Castro García BY, Centeno González Z, López Franco R. Cuidado cultural familiar al paciente diabético que consume alcohol y/o tabaco. *Cult. Cuid.* [Internet]. 2017 [citado em 25 out 2022]; 21(49):124-33. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72937/1/CultCuid_49_14.pdf
17. Indrayana S, Guo S-E, Lin C-L, Fang SY. Illness Perception as a Predictor of Foot Care Behavior Among People With Type 2 Diabetes Mellitus in Indonesia. *J Transcult Nurs.* [Internet]. 2019 [citado em 25 out 2022]; 30(1):17-25. doi:<https://doi.org/10.1177/1043659618772347>
18. Coulibaly A, Alves VP. As crenças religiosas e espirituais no enfrentamento de desafios advindos das feridas crônicas em idosos. *Rev. Kairós* [Internet]. 2016 [citado em 25 out 2022]; 19(22):323-39. doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19iEspecial22p323-339>
19. Godoy-Corona A, Illesca-Pretty M, Cabezas-González M, Hernández-Díaz A.

Foot ulcers: perception of patients with Type 2 diabetes. Rev. Fac. Med. (Bogotá) [Internet]. 2018 [citado em 25 out 2022]; 66(2):187-94.

doi:<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v66n2.65045>

20. Pereira LF, Paiva FAP, Silva SA, Sanches RS, Lima RS, Fava SMCL. Ações do enfermeiro na prevenção do pé diabético: o olhar da pessoa com diabetes mellitus. J Res Fundam Care. Online [Internet]. 2017 [citado em 25 out 2022]; 9(4),1008-14. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1008-1014>

RECEBIDO: 25/03/21

APROVADO: 14/10/22

PUBLICADO: out/22