

CREENCIAS EN SALUD DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS Y HERIDAS COMPLEJAS

CRENÇAS EM SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E FERIDAS COMPLEXAS

HEALTH BELIEFS OF PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS AND COMPLEX WOUNDS

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 este artículo: Peloso-Carvalho BM, Dias JF, Paraizo-Horvath CMS, Lima RS, Dazio EMR, Fava MCL. Creencias en salud de personas con diabetes mellitus y heridas complejas. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2022 [acceso em: ____]; 11(2):e202250. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v11i2.5353>

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.

¹ Enfermera, estudiante de doctorado en Enfermería en la Universidad Federal de Alfenas, Alfenas-MG, Brasil. Universidad Federal de Alfenas-MG. <http://orcid.org/0000-0001-5336-2249>

² Enfermera, Especialista en Emergencia y Trauma por la Pontificia Universidad Católica PUC- Campinas. Campinas, SP, Brasil, Profesora de Enfermería en la Faculdade Anhanguera- Campinas, SP, Brasil. Faculdade Anhanguera- Campinas, SP, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-2743-0751>

³ Enfermera, candidata a doctora en Ciencias, Programa de Postgrado en Enfermería Fundamental, Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. Universidad de São Paulo, USP. <http://orcid.org/0000-0002-3574-7361>

⁴ Enfermera, Doctora en Ciencias de la Salud, Profesora Adjunta, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil. Universidade Federal de Alfenas-MG. <http://orcid.org/0000-0002-1751-2913>

⁵ Enfermera, doctora en enfermería, profesora asociada de la Universidad Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil. Universidade Federal de Alfenas-MG. <http://orcid.org/0000-0001-9216-6283>

⁶ Enfermera, doctora en Ciencias de la Salud, profesora asociada de la Universidad Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil. Universidade Federal de Alfenas. <http://orcid.org/0000-0003-3186-9596>

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.

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.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una de las condiciones crónicas más frecuentes que representa un importante problema de salud en el mundo.¹ A pesar de los esfuerzos realizados por la salud pública para controlarla, sigue siendo una condición epidémica, con una morbilidad relativamente alta, atribuida a complicaciones derivadas de un control ineficaz de la enfermedad.¹

La DM, desde un punto de vista biomédico, se caracteriza por un trastorno metabólico con hiperglucemia persistente,

resultante de una deficiencia en la producción de insulina, o en su acción, o en ambas.² Entre sus complicaciones destacan las úlceras del pie de los pacientes diabéticos (UPD), que, debido a las altas tasas de incidencia y de prevalencia, comprometen la calidad de vida en salud, la autonomía, el autocuidado y pueden causar un alto impacto socioeconómico, tanto para los pacientes y sus familias, como para la salud pública.¹

Las UPD se clasifican entre las heridas complejas porque son de difícil resolución, se asocian a pérdida extensa de piel,

infecciones agresivas, presencia de isquemia y/o necrosis, patologías asociadas, y porque no cicatrizan espontáneamente en un plazo de tres meses.³

Estas UPD pueden prevenirse con cambios en el estilo de vida, adherencia a medidas farmacológicas y no farmacológicas y autocuidado con los pies.² Sin embargo, la comprensión de la enfermedad y el manejo del cuidado están determinados por comportamientos, influenciados por valores, por creencias, por individuos y colectivos. experiencias, de modo que las creencias pueden promover la salud e influir negativamente en ella.⁴

Al reconocer la influencia de las creencias en la forma en que las personas interpretan y actúan frente a su enfermedad, Rosenstock desarrolló el Modelo de Creencias en Salud (MCS), que incluye cuatro dimensiones: susceptibilidad percibida, que evalúa el grado de aceptación que tiene la persona sobre la posibilidad de contraer cierta condición o enfermedad; la gravedad percibida, en la que la persona puede o no considerar que la enfermedad le traerá graves consecuencias para su vida; los beneficios percibidos, que es la percepción que tiene la persona de creer que las acciones de salud están relacionadas con la reducción de la susceptibilidad o la gravedad, conduciendo al logro de resultados positivos y, por último, las barreras existentes, que se

refieren a los aspectos negativos que pueden dificultar los adherencia al tratamiento.⁴

El MCS ha sido utilizado en estudios para comprender las creencias de personas con condiciones crónicas, especialmente en Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y Diabetes Mellitus (DM).⁵⁻⁶ Sin embargo, los estudios relacionados con la DM y las heridas complejas son escasos, principalmente a nivel a nivel nacional, lo que justifica el aporte de este estudio.

Además, su relevancia para la oportunidad de que las personas expresen sus percepciones sobre la enfermedad y su forma de cuidar. El acercamiento a estas personas ha demostrado la singularidad en la forma de vivir la enfermedad y el cuidado y el reconocimiento de la influencia de las creencias en las motivaciones y decisiones, así como la diversidad cultural que permea el proceso salud-enfermedad.

Estas experiencias despertaron la necesidad de profundizar en el conocimiento, lo que se traduce en la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las creencias de las personas con DM y heridas complejas que pueden influir en la enfermedad, el tratamiento y los cuidados? Para responder a esta pregunta, el estudio se desarrolló con el objetivo de conocer las creencias de las personas con diabetes mellitus y heridas complejas.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal con enfoque cualitativo, basado en el marco teórico de la MCS.

El estudio fue realizado en 2017 con 14 personas, seleccionadas por conveniencia, de ambos sexos, diagnosticadas con DM y heridas complejas, residentes en áreas urbanas de un municipio del sur de Minas Gerais, a través de una búsqueda activa a partir de datos de los registros de personas con DM de nueve, de un total de doce, Estrategias de Salud de la Familia. De las 695 personas con DM contactadas, 29 afirmaron tener DM y heridas complejas. De los 29 posibles participantes, 12 presentaban heridas curadas y tresse negó a participar en la investigación.

Se adoptaron los siguientes criterios de inclusión: personas con edad igual o superior a 18 años, diagnosticadas de DM y con presencia de heridas complejas; como exclusión, tener heridas curadas y no pertenecer a las áreas asignadas.

Las entrevistas se realizaron individualmente en los domicilios de los participantes, a través del contacto cara a cara. Los datos fueron recopilados por dos autores, en visita domiciliaria preprogramada, a través de entrevista individual, solo con la presencia del participante, con una duración promedio de 60 minutos, con la aplicación de un instrumento semiestructurado adaptado y

validado, realizándose una prueba piloto con tres participantes, conteniendo preguntas de caracterización sociodemográfica y clínica y preguntas basadas en el MCS.

Los testimonios se registraron en una grabadora digital y la comunicación no verbal y las impresiones de los investigadores se registraron en un diario de campo. Los datos fueron transcritos en su totalidad en un editor de texto, leídos y releídos por los autores para la precisión de la transcripción. La transcripción resultó en 128 páginas, mecanografiadas en un espacio de 1,5 cm. Este estudio fue desarrollado de acuerdo con los criterios recomendados por los Criterios Consolidados para Reportar Estudios Cualitativos (COREQ) para la investigación cualitativa.

Para la organización de los datos se utilizó el Análisis de Contenido en la modalidad temática.⁷ Las unidades de registro fueron identificadas y codificadas por cuatro investigadores que formaban parte de un grupo de investigación y la discusión de los datos fue guiada por el Marco Teórico del MCS apoyada por la literatura relacionada.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, bajo el número CAAE55493516.8.0000.5142 y protocolo 1.566.398. Para mantener la confidencialidad y preservar el anonimato, los nombres de los participantes fueron

reemplazados por la letra “E” seguida de números ordinales.

RESULTADOS

Se encontró que la mayoría de los participantes eran mujeres 64,29% (n=9), con edad media de 62,29 años, casadas 50% (n=7) y católicas 64,29% (n=9). En cuanto a los aspectos socioeconómicos, 42,86% (n=6) teniendo ingreso mensual de 2 a 3 salarios mínimos; 42,86% (n=6) ellos eran jubilado y el 85,71% (n=12) cursó la enseñanza básica, pero incompleta. En cuanto a antecedentes de salud, 64,29% (n=9) ya fumaba o fuma; El 78,56% (n=11) autoinformaron la TIENE como morbilidad asociada; 50% (n=7) usó insulina; 57,13% (n=8) con antecedentes familiares de DM; 50% (n=7) con tiempo de diagnóstico de DM de 10 años o menos; El 71,43% (n=10) presentó herida; 57,13% (n=8) con herida de más de un año y el 57,13% (n=8) refirió no seguir una dieta específica para la DM.

La herencia fue la causa de la DM y de las heridas complejas:

En mi familia había alguien con diabetes, mi padre, mi madre, me temo que mis hijos la tienen, mi suegra también era diabética. (E6)

Esas heridas son genéticas, mi tía, mi abuela, todo murió por eso... Yo creo que no son por diabetes. (E7)

El material empírico se codificó mediante el programa informático Word, herramienta de revisión de Microsoft®, análisis y construcción de temas en línea con temas recurrentes, a saber: El papel de las creencias en la comprensión de la génesis de la enfermedad y heridas complejas; Hacer frente a las barreras para el tratamiento de enfermedades y heridas y Creencias sobre las complicaciones.

El papel de las creencias en la comprensión de la génesis de la enfermedad

Se verificó la influencia de las creencias en la percepción de la multicausalidad de la enfermedad y de las heridas complejas. El exceso de azúcar en sangre, la herencia, el control ineficaz y los factores emocionales fueron identificados como los principales responsables de la aparición y/o empeoramiento de la DM y heridas complejas.

Los participantes atribuyeron el exceso de azúcar en la sangre a la DM:

Lo que lo causa es el exceso de azúcar en la sangre. (E4)

Algunos participantes creían que el ineficaz control de la DM fue responsable de la aparición y agravamiento de las heridas:

La diabetes ayudó, no tenía nada. No seguí mi dieta al pie de la letra y ni siquiera tomé la medicación correctamente, luego empeoró, si no la sigo al pie de la letra, la curación tarda mucho más. (E4)

Todo es un problema de glucosa en la sangre, si la glucosa en la sangre es alta, es (herida) empeorará. (E2)

En cuanto a factores emocionales, creían que los sentimientos de nerviosismo, ira y estrés causaban la DM y las heridas.

Me fui de viaje con mi marido, no sé si pasé mucha rabia allí, en el viaje me cansé mucho, entonces, de ahí para acá, que empecé el problema de la diabetes. (E10)

Ya se cerró una vez, pero luego se volvió a abrir, se volvió a abrir porque paso mucho nerviosismo, estrés, cada vez que me pongo nervioso empeora la herida. (E11)

Enfrentando barreras para el manejo de enfermedades y heridas

La convivencia con la enfermedad y la herida está permeada por dificultades y restricciones, ya que implica cambios de comportamiento y las normas recomendadas por el sistema profesional de salud para el manejo de la enfermedad y la herida van en contra de su modelo de creencias. De esta forma, la naturalización de las transgresiones fue percibida como parte del cotidiano de estos participantes.

Una de las dificultades para cambiar los hábitos alimentarios estuvo relacionada principalmente con el abandono del consumo de dulces. Para ellos, los dulces formaban parte del lado agradable de su historia de vida:

Desde pequeños, los dulces parecen formar parte de nuestra vida, si no comemos dulces parece que estamos de mal humor. Tengo unas ganas locas de comer dulces, todos los días, pero lo controlo, porque si no empeora, ya sabes. Hay días que abuso un poco del caramelo, pero luego lo controlo, me pongo a dieta. (E7)

Entre otras dificultades, se encuentran las condiciones financieras para atender las prescripciones de los profesionales de la salud para el tratamiento:

¿Podrán los pobres cuidarlos como piden los médicos? No hay, no hay todo, la gente pobre no puede pagar el tratamiento. (E6)

Aunque coexistían barreras, creían en los beneficios del tratamiento para el control de enfermedades y cicatrización de heridas prescrito por el sistema de salud profesional y popular.

Para los participantes, el consumo de alimentos que provienen del subsuelo, hojas de color verde oscuro, pescado y ciertas frutas podría conducir al descontrol de la enfermedad y dificultar la cicatrización de las heridas:

Hay gente que dice que no se puede comer nada de la tierra, mandioca, esas cosas. E11. Las verduras ahora tienen que ser claras, no puede ser demasiado oscuras. (E9)

No como pescado de mar, me da asco, entonces no lo como para curarme, tampoco chupo limón, papaya papaya, solo como, siento que sale olor a leche. de la herida E7)

Dice que no puede comer pescado porque es remosis y no cicatriza. (E10)

El poder curativo de las heridas estaba relacionado con el uso de alopátia, fitoterapia y remedios caseros:

Yo creo que por estos vendajes (diario de campo: ungüentos por consejo médico), estamos teniendo cuidado, estamos curando. (E13)

Ya pasó barbatimão, picão, hierba de santa maria, mastruz, platano, una vez viendo la televisión el doctor dijo que el achiote curaba esta herida, luego hice el achiote, quedo maravilloso. (E7)

En estos días mi hija se bañaba con cascara de granada, solo que nuestro baño es ponerlo dentro de un vaso y usarlo como suero. (E6)

Se percibía que la espiritualidad tenía un alto poder para sanar la enfermedad y la herida:

Nuestra fe es para sanar, mejorará si Dios lo quiere, confío más en Dios que en la medicina. (E4)

Creencias sobre las complicaciones

La percepción de la gravedad de la enfermedad y la susceptibilidad a las complicaciones llevó a los participantes a creer en la importancia de la atención y el control de la enfermedad. Del conjunto de complicaciones de la DM, conocían las complicaciones relacionadas con el corazón, los riñones, las amputaciones y la capacidad de conducir a la muerte:

Tengo que controlar la glucosa, sino se complica el corazón, da amputaciones, problemas renales. (E8)

Si no lo cuidas, morirás y si te comes todo, también morirás, si lo dejas, irás al hoyo. (E4)

En mi caso, tengo esta herida en la pierna, Dios me guarde, pero si no la cuido, hasta me pueden amputar. (E6)

Experiencias con complicaciones dieron lugar al reconocimiento la gravedad de la enfermedad y el arrepentimiento por la falta de atención:

Si el primer día ya estaba descansando con el pie en alto, si ya compré la solución salina, pero no, seguí caminando mucho, solo usé agua y jabón, seguí usando zapatos, es polvo, bacterias también, se estaba infectando. En una semana, si me ocupo de ello, estaría libre de tres años y medio de sufrimiento. (E8)

DISCUSIÓN

Las categorías elaboradas dialogan con el MTC en tanto buscan representar sus dimensiones. El papel de las creencias en la comprensión de la génesis de la enfermedad y de las heridas complejas está relacionado con la percepción de la susceptibilidad y gravedad de la enfermedad.

Los componentes emocionales y hereditarios relacionados con la génesis de

la DM y las heridas, además del exceso de azúcar en sangre, como causa de la DM, también fueron encontrados en estudios internacionales^{6,8-9}, lo que demuestra que la creencia, representación simbólica, influye en la experiencia con la enfermedad

El hecho de que atribuyan la génesis de la DM y las heridas a factores hereditarios y emocionales puede corroborar el proceso de naturalización de la enfermedad y, consecuentemente, por la no adhesión a las medidas que implican cambios en el estilo de vida propuestas por los profesionales de la salud.

Por otro lado, las creencias de quienes atribuyeron la génesis de la herida al control ineficaz de la enfermedad corroboran la percepción de gravedad y el estímulo para adoptar las recomendaciones de los profesionales de la salud en su cotidiano y reducir la posibilidad de complicaciones.

En cuanto al componente emocional, estudios indican que el control del estado emocional puede impactar los niveles glucémicos¹⁰⁻¹¹, pero su manejo no siempre es fácil, debido a la multiplicidad de componentes interrelacionados. En esa perspectiva, los profesionales de la salud deben buscar desarrollar la dialogicidad, con miras a la resolución de conflictos, el alivio del estrés y, en consecuencia, la mejora de la salud psicoemocional de las personas que viven con la cronicidad y con todas las limitaciones que esa condición puede traer.

OEl enfrentamiento de las barreras para el manejo de la enfermedad y la herida está relacionado con las dificultades en la adopción de las recomendaciones de los profesionales de la salud y en la forma en que los participantes perciben la efectividad de su atención.

La dificultad de abandonar el consumo de dulces nos permite considerar que la DM, como condición crónica, establece códigos de conducta para estas personas desde el diagnóstico de la enfermedad. Tales códigos pueden traducirse como reglas de vida, pero las personas muchas veces no se sienten preparadas para estos comportamientos y, por lo tanto, mantienen viejos hábitos, especialmente hábitos alimentarios que están arraigados en su contexto sociocultural. Así, estas personas acaban viviendo su día a día bajo el dilema “Querer y poder hacer”.^{5,12}

Desde esta perspectiva, las reglas establecidas para vivir con la enfermedad pueden provocar sentimientos negativos y fomentar conductas transgresoras, basadas en la búsqueda de vivir momentos de placer y libertad. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que, ante una condición crónica, se esperan períodos de fluctuación en la adherencia, por lo tanto, es necesario que sean sensibles para comprender los límites de los pacientes, y estén listos para resolver posibles dudas y para dar apoyo para el proceso de autocuidado.^{8,12}

Las dificultades económicas encontradas en este estudio fueron percibidas como barreras para el tratamiento, al igual que las encontradas en otros estudios, ya que dificultaban la alimentación y la realización de actividades físicas.^{6,13}

En ese contexto, se espera que los profesionales de la salud tengan competencia para adaptar las directrices a las condiciones de vida de cada persona, sean sensibles a esas dificultades y brinden apoyo para facilitar la adquisición de recursos e insumos para el manejo adecuado de la condición crónica.

Las creencias sobre alimentos nocivos, como el pescado, las verduras de hoja verde oscura y ciertas frutas, constituyeron barreras a enfrentar en el cuidado de la enfermedad y manejo de heridas. Un estudio realizado con personas con heridas crónicas de diferentes etiologías también apuntó creencias sobre la relación entre el consumo de pescado y la cicatrización de heridas.¹⁴ Estas personas afirmaban que el pescado “reimoso”, que, según ellos, son “peces de cuero que no no tienen escamas”, tienen la capacidad de provocar inflamación, pues, debajo del cuero, estaría la paleta que lleva las impurezas. Se puede inferir que las creencias populares son capaces de despertar en las personas explicaciones basadas en el conocimiento del contexto sociocultural que pueden adquirir sentido y convertirse en verdades.

Se notó que se valoraba el tratamiento recomendado por el sistema popular basado en el uso de las plantas y la espiritualidad, ya que ayudaba a reducir las consecuencias negativas de la enfermedad y proporcionaba la cura.

Los estudios corroboran este resultado, ya que las personas con DM y heridas también usaban tés, plantas, frutas, cortezas y creían en el poder de la religión/fe para el tratamiento y la curación.¹⁵⁻¹⁶

Desde esta perspectiva, la fitoterapia es una práctica que forma parte del sentido común, difundida en la cultura popular a través de la consejería, las prácticas populares y los curanderos. Ante esto, es necesario que los profesionales de la salud conozcan y respeten la fitoterapia como tratamiento complementario y, sobre todo, que puedan orientar a los pacientes para que no se perjudique la salud.¹⁵

La espiritualidad también fue percibida como una fuerza capaz de trascender el estado de enfermedad y promover la curación en los participantes. La espiritualidad está relacionada con la fe en Dios y ayuda a las personas a sentirse más fuertes y seguras, capaces de enfrentar la situación desagradable que están viviendo, demostrando así una creencia positiva.¹⁷⁻¹⁸

Además, cuando existe una percepción de la gravedad de las complicaciones, esta puede corroborar para un mejor control de la enfermedad y para la fortaleza en la

superación de las dificultades inherentes al cuidado.⁴ Las creencias encontradas en este estudio, referentes a la percepción de la muerte, amputación, complicaciones cardíacas y renales, pueden constituir creencias impulsoras para el cuidado. Los resultados corroboran estudios que encontraron que, después de la aparición de heridas, los participantes tomaron conciencia de la importancia del cuidado de los pies para la prevención de la amputación.^{8,13,19}

También se percibió que muchos profesionales de la salud actúan en el proceso de orientación de manera prescriptiva, indiferentes a los sentimientos de las personas y utilizan el miedo de los pacientes para lograr la terapia propuesta, lo que se traduce en ineficacia del diálogo, de la relación interpersonal, autonomía y fragilidad en la el seguimiento longitudinal.¹⁹

En ese contexto, la enfermería, como profesión asistencial, debe ser sensible a las creencias de las personas, respetando sus valores y comprendiendo sus momentos de transgresión. Por lo tanto, las tecnologías relacionales deben ser adoptadas en las acciones de educación en salud para conocer y afirmar las creencias positivas y advertir sobre aquellas que pueden generar daños en el tratamiento, considerando la influencia de las creencias en el autocuidado y la adherencia al tratamiento.⁸

Se agrega que, si bien los profesionales alientan a las personas a cuidarse, esta práctica, sin intervención profesional y seguimiento longitudinal, no es suficiente para prevenir heridas complejas.²⁰

CONCLUSIÓN

Las creencias sobre la génesis de la DM y las heridas pueden llevar a las personas a la naturalización del proceso de la enfermedad, de tal manera que consideren innecesarios los cambios en el estilo de vida. Sin embargo, estos cambios son esenciales para el control de enfermedades y la cicatrización de heridas.

El DM y la herida imponen a los participantes reglas de vida que, en ocasiones, son transgredidas en aras del placer. Si bien los factores emocionales, los hábitos alimentarios y las condiciones económicas desfavorables han constituido barreras, la creencia en la eficacia del tratamiento popular y profesional y en la capacidad de curar a través de la espiritualidad fueron motivadores para el manejo de la enfermedad y la herida. La aparición de complicaciones y el riesgo de muerte reflejan la percepción de la gravedad de la enfermedad.

Al adoptar el Modelo de Creencias en Salud, fue posible aprehender las singularidades de las personas en la percepción de su enfermedad que estaban

relacionadas con la génesis de la enfermedad y de la herida, las barreras para el tratamiento y cicatrización de la herida, las formas de cuidar y la gravedad de la enfermedad. Alinear el conocimiento científico con el conocimiento popular proporciona la competencia cultural del profesional de la salud y contribuye para la mejora de la línea de atención a la persona con DM y heridas, una vez que permite comprender las creencias relacionadas con la enfermedad y el cuidado, con miras a la planificación atención coherente y acorde con el contexto sociocultural.

El número de participantes y el registro desactualizado de personas con DM y heridas pueden considerarse limitaciones de este estudio. Se sugiere el desarrollo de estudios con participantes con condiciones clínicas similares de otras regiones geográficas, con el fin de conocer la diversidad cultural que permea el cuidado de la DM y heridas complejas.

REFERENCIAS

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, Espirito 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/10045/729>

37/1/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>

RECIBIDO: 25/03/21

APROBADO: 14/10/22

PUBLICADO: 22/Oct