

Correlação do perfil sociodemográfico e clínico com o nível de conhecimento e atitude em idosos diabéticos

Correlation between sociodemographic and clinical profile and level of knowledge and attitude in elderly diabetic patients

Como citar este artigo:

Sales FM, Lopes ROP, Cavalcante SVPM, Machineski GG, Santana RF. Correlation between sociodemographic and clinical profile and level of knowledge and attitude in elderly diabetic patients. Rev Rene. 2026;27:e95928. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262795928>

 Fabrícia Martins Sales¹
 Rafael Oliveira Pitta Lopes²
 Stephanie Vanessa Penafort Martins Cavalcante³
 Gicelle Galvan Machineski⁴
 Rosimere Ferreira Santana³

¹Instituto Federal Fluminense. Campus Guarus.
Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³Universidade Federal Fluminense.
Niterói, RJ, Brasil.

⁴Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
Cascavel, PR, Brasil.

Autor correspondente:

Gicelle Galvan Machineski
Rua Universitária, 1619, Bairro Universitário.
CEP: 85819-110, Cascavel, PR, Brasil.
E-mail: gicelle.galvan@unioeste.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 

EDITOR ASSOCIADO: Adriana Cristina Nicolussi 

RESUMO

Objetivo: identificar a correlação entre o perfil sociodemográfico e clínico de idosos com diabetes e o nível de conhecimento e atitude para autogestão da saúde. **Métodos:** estudo transversal, realizado com 89 idosos com diabetes mellitus tipo 2. Utilizaram-se questionário sociodemográfico, dados clínicos de prontuários e versões brasileiras do *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire* e do *Diabetes Attitudes Questionnaire*, analisados pelo coeficiente de Pearson. **Resultados:** identificaram-se correlações negativas para idosos obesos ($p = 0,038$), que residem sozinhos ($p = 0,027$); tabagistas ($p = 0,003$) e não tabagistas ($p = 0,036$); em uso regular de insulina ($p = 0,018$); e com doença renal ($p = 0,033$). **Conclusão:** quanto maior o conhecimento, maior a atitude em idosos do sexo feminino; de todos os estratos referentes a renda familiar; residentes em área urbana; com ensino médio completo; não obesos; e acometidos por retinopatia. **Contribuições para a prática:** recomenda-se o fortalecimento das ações de enfermagem para além da esfera biológica, incluindo a esfera psicossocial e o apoio atitudinal de autogestão da saúde.

Descritores: Idoso; Diabetes Mellitus; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Enfermagem.

Objective: to identify the correlation between the sociodemographic and clinical profiles of elderly people with diabetes and their level of knowledge and attitude toward self-management of health. **Methods:** a cross-sectional study was conducted with 89 elderly individuals with type 2 diabetes mellitus. A sociodemographic questionnaire, clinical data from medical records, and Brazilian versions of the *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire* and the *Diabetes Attitudes Questionnaire* were used and analyzed using Pearson's coefficient. **Results:** negative correlations were identified for obese elderly individuals ($p = 0.038$), those who live alone ($p = 0.027$); smokers ($p = 0.003$) and non-smokers ($p = 0.036$); those in regular use of insulin ($p = 0.018$); and those with kidney disease ($p = 0.033$). **Conclusion:** the greater the knowledge, the greater the attitude in elderly women; in all strata referring to family income; residents in urban areas; with a complete high school education; non-obese; and affected by retinopathy. **Contributions to practice:** it is recommended that nursing actions be strengthened to encompass not only the biological sphere but also the psychosocial sphere and provide attitudinal support for self-management of health.

Descriptors: Aged; Diabetes Mellitus; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Nursing.

Introdução

Em 2024, o número de adultos vivendo com diabetes no mundo chegou a 588,7 milhões, com a perspectiva de alcançar 825,5 milhões em 2050. Naquele ano, a prevalência de diabetes *mellitus* (DM) no Brasil era de 10,5% da população, enquanto a proporção de casos não diagnosticados era de 31,9%; e a prevalência entre pessoas de 20 a 79 anos era de 10,7%⁽¹⁾. Importante salientar que, em 2022, a taxa de prevalência de DM foi de 19,9% para pessoas entre 65 e 74 anos e 21,1% para aquelas com mais de 75 anos⁽²⁻³⁾.

A prevalência de DM bem como as complicações e óbitos decorrentes da doença são influenciados pelo resultado de uma interação entre fatores socioeconômicos, ambientais, genéticos e comportamentais, juntamente com o conhecimento e as atitudes do indivíduo em relação à doença⁽⁴⁻⁶⁾. Os indivíduos com habilidades de autogestão da saúde, incluindo conhecimento e atitudes relacionados ao monitoramento e tomada de decisão, experimentam menos complicações e melhor qualidade de vida⁽³⁾.

O atendimento de enfermagem é fundamental para incentivar o indivíduo portador de DM a adotar os sete comportamentos essenciais para o autocontrole eficaz do diabetes, que incluem: hábitos alimentares saudáveis, regularidade na prática de atividade física, monitoramento regular da taxa de glicose no sangue, adesão à medicação prescrita, solução de problemas específicos relacionados à doença, enfrentamento saudável das adversidades e redução de fatores de risco associados⁽⁵⁾. Nesse sentido, o enfermeiro deve identificar e avaliar o impacto dos aspectos mencionados sobre o comportamento do indivíduo em relação à autogestão do diabetes, a fim de empregar ferramentas apropriadas durante a consulta de enfermagem para mitigar ou potencializar essas influências⁽⁶⁾.

Há relação de fatores socioeconômicos, conhecimentos e atitudes com a qualidade de autogestão da DM⁽⁵⁻⁸⁾. Porém, verifica-se a carência de pesquisas que relacionam escores de conhecimento e atitude com fatores sociodemográficos e clínicos⁽⁹⁻¹²⁾. Destaca-se,

portanto, que o presente trabalho é pioneiro na abordagem da temática.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi identificar a correlação entre o perfil sociodemográfico e clínico de idosos com diabetes e o nível de conhecimento e atitude para autogestão da saúde.

Métodos

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal, apresentado de acordo com as diretrizes *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Foi realizado entre outubro de 2022 e fevereiro de 2023.

Ocorreu no serviço de referência e tratamento de DM, denominado Centro de Referência para o Tratamento de DM. É uma unidade de nível secundário de atenção à saúde do município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. No local, são oferecidos atendimentos a indivíduos com lesões cutâneas, DM e doenças vasculares. A equipe de saúde é formada por assistentes sociais, enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos e técnicos de enfermagem.

População e amostra

São 600 pacientes cadastrados no Centro de Referência para o Tratamento de DM, cuja maioria é de idosos. Em dezembro de 2022, esse número era de 432 pessoas, dos quais 337 (78%) tinham mais de 65 anos.

Os critérios de inclusão foram: pessoas com idade ≥ 60 anos, portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), em tratamento medicamentoso por antidiabéticos orais e/ou insulina (monoterapia e/ou associações) e em consulta com o enfermeiro pelo menos uma vez por semana. Os critérios de exclusão foram: analfabetismo, comprometimento cognitivo e formulário incompleto.

A população de referência foi composta por 337 pacientes elegíveis que tinham DM2 e que esta-

vam sendo atendidos no período de realização da pesquisa. O tamanho final da amostra de 89 foi definido como viável operacionalmente, levando em conta que a equipe de enfermagem atende, em média, de 30 a 50 pacientes por dia. Esse contingente representa o total de pacientes que se qualificaram para a pesquisa e puderam ser incluídos no período definido, configurando uma quantidade realista e manejável para uma equipe que lida com um fluxo diário considerável de pacientes. Esse número equivale à cobertura de aproximadamente 26,4% da população de interesse, resultando num poder estatístico de 82%, calculado no software G*Power.

Reconhece-se que esse método de amostragem pode introduzir um viés de seleção, dado o percentual de cobertura da população finita. Ainda assim, a justificativa logística garante a relevância dos dados para o contexto local, e o poder da amostra diminui o potencial de viés.

Variáveis

As variáveis socioeconômicas avaliadas foram sexo, renda familiar, área da cidade onde reside, se reside sozinho ou acompanhado e nível de escolaridade. As variáveis clínicas foram tempo de diagnóstico, tipo de tratamento, regime medicamentoso, obesidade, tabagismo, acidente vascular encefálico (AVE) prévio, infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio, amputação prévia, presença de úlcera venosa ou pé diabético, ocorrência de retinopatia e ocorrência de doença renal.

As variáveis referentes ao conhecimento e atitudes dos idosos em relação à DM estão inseridas nos questionários *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire* (DKN-A) e *Diabetes Attitudes Questionnaire* (ATT19)⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Coleta de dados

Os dados clínicos foram coletados por meio da leitura dos prontuários; os sociodemográficos, mediante a aplicação de questionário; e os dados referentes a conhecimentos e atitudes dos idosos em re-

lação à DM foram obtidos com a aplicação das versões brasileiras dos questionários DKN-A⁽¹³⁾ e ATT19⁽¹⁴⁾, respectivamente.

O DKN-A é um questionário autoaplicado com 15 itens de respostas de múltipla escolha acerca de diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral da DM. Apresenta cinco amplas categorias: Fisiologia básica, incluindo a ação da insulina; Hipoglicemia; Grupos de alimentos e suas substituições; Gerenciamento da DM na intercorrência de alguma outra doença e Princípios gerais dos cuidados da doença. A escala de medida é de 0 a 15, e cada item é aferido com escore 1 para resposta correta e escore 0 para incorreta. Os itens de 1 a 12 requerem uma única resposta correta. Para os itens de 13 a 15, somente algumas respostas são corretas; para obter o escore 1 em cada item, o respondente deve marcar todas as alternativas corretas. Um escore maior que 8 indica conhecimento sobre DM⁽¹⁵⁾.

O ATT-19 refere-se a um instrumento autoaplicável sobre a medida de ajustamento psicológico para DM, desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais ligados à doença. Consiste em 19 itens, que incluem seis fatores: Estresse associado a DM; Receptividade ao tratamento; Confiança no tratamento; Eficácia pessoal; Percepção acerca da saúde; e Aceitação social. As questões 11, 15 e 18 começam com o escore reverso. A principal aplicação da escala de atitude é associada à avaliação da intervenção educacional. Cada resposta é medida pela escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de “Discordo totalmente” (1 ponto) até “Concordo totalmente” (5 pontos), com o total variando de 19 a 95 pontos. Um escore maior que 70 pontos indica atitude positiva acerca da doença⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A ambiência ao campo, o recrutamento dos participantes e a coleta dos dados ocorreram entre 10 de outubro de 2022 e 23 de fevereiro de 2023. Os potenciais participantes estavam agendados para consulta de enfermagem no período de coleta de dados. Após a consulta, o idoso recebia informações sobre a pesquisa e seu método e era convidado a integrar o estudo.

Aqueles que consentiam na participação eram direcionados a uma sala para conversar com os pesquisadores. No primeiro momento, os voluntários eram avaliados quanto aos critérios de exclusão. Cada idoso integrante da amostra final levou, em média, 40 minutos para responder aos questionários. Os instrumentos foram autopreenchidos. Os participantes eram deixados sozinhos na sala para dar as respostas e eram orientados a entregar os três instrumentos aos pesquisadores.

Os dados clínicos foram obtidos mediante a leitura dos prontuários dos participantes do estudo, o que constituiu a última etapa da coleta de dados.

Análise dos dados

Os dados foram digitados no Excel e exportados para o SPSS, versão 20.0, no qual foram realizadas as análises descritivas das variáveis.

As variáveis contínuas (incluindo as variáveis de escores de conhecimento e atitude e as variáveis sociodemográficas e clínicas de natureza contínua) foram inicialmente avaliadas quanto à sua distribuição. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. As análises descritivas das variáveis contínuas com distribuição normal foram apresentadas pela média e desvio-padrão.

Considerando a natureza contínua e a suposta distribuição normal das variáveis de escores, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para analisar a correlação entre as variáveis de escores de conhecimento e atitude e as variáveis sociodemográficas e clínicas. As análises foram efetuadas no software Minitab®, versão 17.1.0. O intervalo de confiança aplicado foi de 5% de significância.

Aspectos éticos

Todos os participantes foram informados sobre o estudo e assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 59423822.5.0000.5583 e parecer nº 5.691.845/2022.

Resultados

O questionário sociodemográfico revelou que a maioria dos idosos eram do sexo feminino, com renda familiar entre um e dois salários mínimos, residentes em área rural juntamente com outras pessoas da família e com ensino fundamental completo. Quanto às variáveis clínicas, a maioria tinha entre um e cinco anos de diagnóstico de DM, não era portadora de obesidade nem tabagista, fazia uso regular de insulina e tinha história prévia de AVE, IAM, amputação, úlcera venosa ou pé diabético, retinopatia e doença renal (Tabela 1).

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e clínicas de idosos com DM2 segundo médias e erros-padrão de *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire* e *Diabetes Attitudes Questionnaire* (n=89). Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil, 2022-2023

Variáveis	n (%)	Médias ± Erro-padrão	
		DKN-A*	ATT-19†
Sexo			
Feminino	52 (58,4)	6,06 ± 0,11	60,17 ± 0,71
Masculino	35 (39,3)	7,97 ± 0,41	55,09 ± 0,84
Não informado	2 (0,2)	6,00 ± 0,00	66,00 ± 0,00
Renda familiar (salários mínimos)			
< 1	33 (37,0)	8,06 ± 0,43	55,09 ± 0,90
1 a 2	49 (55,0)	6,02 ± 0,11	60,78 ± 0,74
2 a 3	7 (0,7)	6,43 ± 0,30	56,14 ± 0,70
Tempo de diagnóstico (ano)			
< 1	19 (21,3)	9,58 ± 0,47	56,00 ± 1,40
1 a 5	45 (50,5)	6,09 ± 0,10	60,93 ± 0,74
> 5	25 (28,0)	6,00 ± 0,21	55,32 ± 0,86
Área que reside			
Urbana	14 (15,7)	6,07 ± 0,13	59,29 ± 1,08
Rural	75 (82,2)	6,95 ± 0,23	58,12 ± 0,69
Escolaridade			
Ensino médio completo	19 (21,3)	6,11 ± 0,15	60,11 ± 1,19
Ensino fundamental completo	70 (78,6)	7,00 ± 0,25	57,81 ± 0,69
Obesidade			
Não	73 (82,0)	6,10 ± 0,11	58,70 ± 0,64
Sim	16 (11,9)	10,06 ± 0,43	56,50 ± 1,59

(A Tabela 1 continua na próxima página)

Variáveis	n (%)	Médias ± Erro-padrão	
		DKN-A*	ATT-19†
Reside sozinho			
Sim	74 (83,1)	7,86 ± 0,38	58,22 ± 0,86
Não	15 (16,8)	6,06 ± 0,14	58,37 ± 0,84
Tabagismo			
Não	77 (86,5)	6,40 ± 0,16	58,35 ± 0,62
Sim	12 (13,4)	9,42 ± 0,71	58,00 ± 2,09
Acidente vascular cerebral			
Não	57 (64,0)	6,21 ± 0,15	59,93 ± 0,72
Sim	32 (35,9)	7,88 ± 0,43	55,41 ± 0,88
Faz uso regular de insulina			
Não	30 (33,7)	6,13 ± 0,10	59,43 ± 0,87
Sim	59 (66,2)	7,15 ± 0,29	57,73 ± 0,79
Amputação			
Não	72 (80,8)	6,31 ± 0,14	58,79 ± 0,63
Sim	17 (19,1)	8,94 ± 0,63	56,24 ± 1,65
Úlcera venosa ou pé diabético			
Não	65 (73,0)	7,03 ± 0,26	57,75 ± 0,73
Sim	24 (26,9)	6,21 ± 0,12	59,79 ± 1,02
Infarto agudo do miocárdio			
Não	86 (96,6)	6,71 ± 0,20	58,35 ± 0,62
Sim	3 (0,3)	9,67 ± 0,33	57,00 ± 2,31
Retinoplastia			
Não	75 (84,2)	6,95 ± 0,23	58,39 ± 0,67
Sim	14 (15,7)	6,07 ± 0,22	57,86 ± 1,41
Doença renal			
Não	77 (86,5)	6,99 ± 0,22	57,57 ± 0,59
Sim	12 (13,4)	5,67 ± 0,28	63,00 ± 2,00

*DKN-A: *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire*; †ATT-19: *Diabetes Attitudes Questionnaire*

As correlações positivas — traduzidas pelo raciocínio de que, quanto maior o escore de conhecimento, maior o escore de atitude — foram observadas em: pessoas do sexo feminino; todos os estratos referentes a renda familiar; residentes em área urbana; idosos com ensino médio completo; idosos não obesos; e idosos acometidos por retinopatia.

As correlações negativas — traduzidas pelo raciocínio de que, quanto maior o escore de conhecimento, menor o escore de atitude — foram observadas em: idosos com ensino médio completo; portadores de obesidade; idosos que residem sozinhos; tabagistas e não tabagistas; idosos que fazem uso regular de insulina; idosos não acometidos por retinopatia; e idosos portadores de doença renal (Tabela 2).

Tabela 2 – Correlações de Pearson entre escores de conhecimento e atitude e as variáveis sociodemográficas de idosos com DM2 (n = 89). Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil, 2022-2023

Variável	n (%)	Correlação (r)	t*	p†
Sexo				
Feminino	52 (58,4)	+0,3063	1,8483	0,036
Masculino	35 (39,3)	-0,2296	-1,6682	0,050
Não informado	2 (0,2)	0,0000	0,0000	0,500
Renda familiar (salários mínimos)				
Não informado	2 (0,2)	0,0000	0,0000	0,500
< 1	33 (37,0)	+0,3097	1,8133	0,039
1	49 (55,0)	+0,2277	-1,6032	0,027
1 a 2	7 (0,7)	+0,2922	0,6831	0,162
> 2	19 (21,34)	+0,2143		0,039
Escolaridade				
Ensino médio completo	19 (21,3)	+0,2143	-0,9047	0,039
Ensino fundamental completo	70 (78,6)	-0,1193	-0,9911	0,010
Área que reside				
Urbana	14 (15,7)	+0,4120	-1,5662	0,021
Rural	75 (82,2)	-0,1343	-1,1578	0,123
Reside sozinho				
Não	74 (83,1)	-0,1816	-1,0925	0,141
Sim	15 (16,8)	-0,1865	-1,3426	0,027
Tempo de diagnóstico (anos)				
< 1	19 (21,3)	+0,2291	0,9706	0,172
1 a 5	45 (50,5)	-0,1930	-1,2897	0,102
> 5	25 (28,0)	-0,1587	-0,7708	0,224
Obesidade				
Não	73 (82,0)	+0,1794	-1,5362	0,042
Sim	16 (11,9)	-0,2272	0,8731	0,038
Tabagismo				
Não	77 (86,5)	-0,3013	-2,7368	0,003
Sim	12 (13,4)	-0,2292	0,7447	0,036
Acidente vascular cerebral				
Não	57 (64,0)	-0,1860	-1,4039	0,083
Sim	32 (35,9)	+0,2044	1,1438	0,130
Faz uso regular de Insulina				
Não	30 (33,7)	-0,2486	-1,3583	0,092
Sim	59 (66,2)	+0,1124	-0,8539	0,018
Amputação				
Não	72 (80,8)	-0,1550	-1,3129	0,094
Sim	17 (19,1)	+0,0819	0,3182	0,377
Úlcera venosa ou pé diabético				
Não	65 (73,0)	-0,1120	-0,8948	0,185
Sim	24 (26,9)	-0,3260	-1,6176	0,060
Infarto agudo do miocárdio				
Não	86 (96,6)	-0,1493	-1,3841	0,083
Sim	3 (0,3)	+0,8660	1,7321	0,166
Retinopatia				
Não	75 (84,2)	-0,2087	-1,8233	0,034
Sim	14 (15,7)	+0,5465	2,2605	0,021
Doença renal				
Não	77 (86,5)	-0,0338	-0,2931	0,384
Sim	12 (13,4)	-0,463	-2,0627	0,033

*Teste t de Student; †Probabilidade de significância

Não houve correlação significativa entre os escores do DKN-A e do ATT-19 no cruzamento das variáveis com os estratos referentes a: sexo masculino; tempo de diagnóstico; residir em área rural; residir acompanhado; ter história prévia ou não de AVE; não fazer uso regular de insulina; ter sofrido ou não amputação; ser portador ou não de úlcera venosa ou pé diabético; ter história prévia ou não de IAM; e não ter doença renal (Tabela 2). A Figura 1 apresenta a dispersão entre os escores de conhecimento e atitude.

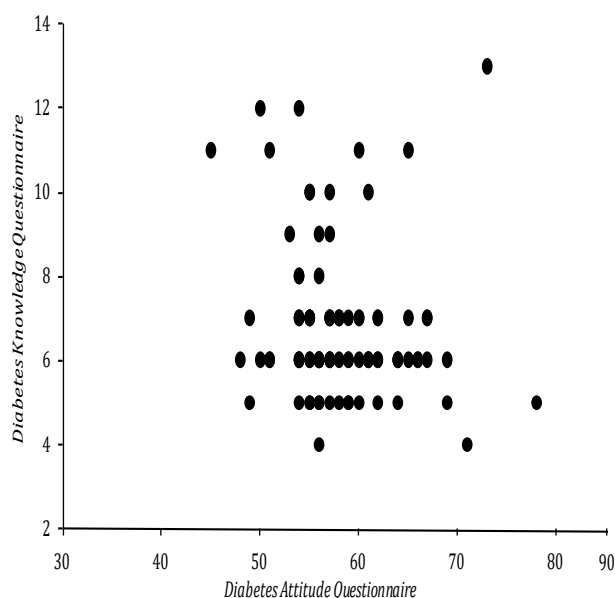


Figura 1 – Dispersão entre os escores de conhecimento e atitudes de idosos com DM2. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil, 2022-2023

A dispersão entre os escores no DKN-A e ATT-19 demonstra não haver relação direta ou inversa entre as variáveis de conhecimento e atitude.

Discussão

Esta pesquisa evidencia a dispersão dos escores de conhecimento e atitude entre os participantes, com maior concentração em valores intermediários, o que não só indica relativa homogeneidade no grupo, mas também sugere a existência de subgrupos com níveis distintos de compreensão sobre o diabetes e

aplicação das orientações relacionadas ao autocuidado. Essa variação pode refletir diferenças no acesso às informações em saúde, na escolaridade e na experiência prévia de cuidado.

O perfil sociodemográfico reproduz tendências observadas em mulheres, sendo mais frequentes entre idosos diabéticos. Essas características estão associadas à maior expectativa de vida e à presença mais constante de pessoas do sexo feminino nos serviços de Atenção Primária à Saúde⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Em relação ao local de residência, os nossos achados corroboram com maior proporção de idosos residentes em áreas rurais⁽¹⁹⁾; porém, contrastam com a tendência geral de urbanização, onde a maioria da população, incluindo idosos, vive em áreas urbanas⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A maior parte dos participantes apresentava comorbidades⁽⁹⁾, sendo ratificado com nossos resultados. Essa presença entre idosos com DM2 confirma a importância de um cuidado integrado e centrado no paciente, voltado à prevenção de declínio funcional e à promoção do autocuidado. Tal abordagem contribui para a melhoria da qualidade de vida e redução de complicações associadas ao envelhecimento com diabetes^(16,20).

No tocante à escolaridade, os dados apresentados estão em conformidade com investigações prévias que identificaram uma média de anos de estudo entre 6,65 ($\pm 5,11$) e 7,72 ($\pm 3,69$)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Por outro lado, divergem de um estudo indiano no qual 52,1% dos participantes tinham ensino médio ou superior⁽²¹⁾, assim como contrastam com uma pesquisa brasileira que apontou 64% de analfabetos e 33% de indivíduos com ensino fundamental incompleto⁽¹⁸⁾.

Quanto ao tempo de diagnóstico, os achados são semelhantes aos de uma pesquisa que identificou duração entre um e cinco anos de diagnóstico de DM⁽¹⁹⁾, período em que as ações de autocuidado estão sendo aprendidas e incorporadas na rotina diária. Em contraste, verifica-se tempos de diagnóstico mais longos, chegando a 22 anos^(10,20). Esse cenário também exige reforço das orientações em razão da cronicidade da doença, do longo tempo de medidas restritivas e da necessidade de atualização das terapêuticas para man-

ter a adesão ao tratamento e ao cuidado com a saúde.

A prevalência de sobrepeso, obesidade e tabagismo entre os idosos com DM2 incluídos neste estudo foi inferior à relatada com a mesma população^(8-9,16). Essa diferença salienta a importância de aprofundar a compreensão sobre hábitos e modos de vida relacionados ao cuidado à saúde de idosos com DM2, além de considerar a maior proporção de participantes residentes em área rural na amostra em estudo, o que pode favorecer um estilo de vida mais saudável.

No que tange ao uso de medicamentos, nossos resultados divergem de outro estudo que encontrou uma prevalência de 50,2% de pacientes em uso de medicações orais, 13,3% em uso exclusivo de insulina e 36,5% utilizando ambos os tratamentos⁽⁹⁾, bem como contrastam, onde 54,5% dos participantes estavam em polifarmácia, utilizando cinco ou mais medicamentos⁽²¹⁾. Aproximam-se, por outro lado, dos resultados em que 68% dos participantes não faziam uso de insulina⁽¹⁶⁾.

Essa divergência sugere que, no contexto dos idosos estudados, fatores como a gravidade da doença, comorbidades, perfil de risco ou mesmo a inércia terapêutica podem estar influenciando a não utilização da insulina. Tal observação permite conjecturar sobre o processo de tomada de decisão acerca da introdução ou não desse tratamento reflete não apenas as preferências do paciente, mas também decisões clínicas orientadas ou não por diretrizes atualizadas, além de barreiras de acesso ou aceitação. A correta individualização do uso de insulina em idosos, considerando fragilidade, expectativa de vida e risco de hipoglicemia, é fundamental para otimizar resultados e segurança⁽²²⁾.

Importa considerar a necessidade do controle de glicemia dos participantes como informação crucial da recomendação para o uso da insulina no idoso portador de DM2⁽²²⁾. Logo, a verificação da glicemia e a anamnese podem contribuir para que o enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, implemente práticas de saúde relativas à necessidade do uso da insulina e forneça orientações a respeito do armazenamento e aplicação do medicamento no domicílio.

O comportamento de autocuidado indica um grupo de idosos em estágios intermediários da doença, com potencial para manutenção do controle metabólico e menor risco de desenvolvimento de complicações crônicas^(8-9,16).

O nível de letramento em saúde e a autoeficácia estão associados ao comportamento de autocuidado e ao controle glicêmico em pessoas idosas com DM2, reforçando o impacto das desigualdades educacionais e contextuais na gestão da doença⁽²⁰⁾. Assim, a análise dessa dispersão sublinha a necessidade de estratégias de educação em saúde direcionadas e adaptadas às condições socioculturais da população estudada, visando promover maior equidade no conhecimento e na atitude diante da doença.

As correlações observadas entre conhecimento e atitude indicam que fatores como maior escolaridade, renda mais elevada e ausência de obesidade favorecem atitudes positivas em face do DM2, enquanto condições adversas, como baixo nível educacional e dificuldades de acesso aos serviços, podem limitar o engajamento no autocuidado. Dados recentes mostram que níveis mais altos de literacia em saúde, autoeficácia e apoio social estão associados a melhores comportamentos de autocuidado e controle glicêmico entre idosos com DM2⁽²³⁻²⁵⁾.

Esses achados consolidam evidências de que o conhecimento isolado não garante mudança de comportamento, sendo essencial o fortalecimento da motivação e da capacidade de aplicar o aprendizado no cotidiano. Assim, a promoção de intervenções educativas contínuas e culturalmente sensíveis é fundamental para ampliar o conhecimento, a atitude e a autonomia dos idosos com DM2. Nesse sentido, a equipe de enfermagem tem papel estratégico, especialmente na atenção primária, na educação em saúde, no acompanhamento individual e na promoção de práticas favorecedoras do autocuidado e do controle glicêmico sustentável⁽²⁰⁾.

A correlação positiva entre conhecimento e atitude observada nas variáveis sexo feminino, maior renda familiar, nível de escolaridade equivalente ao

ensino médio completo, ausência de obesidade e presença de retinopatia corrobora dados que mostram a associação entre bom nível de conhecimento e atitude positiva⁽¹⁷⁾. Ademais, resultados revelaram que níveis satisfatórios de literacia em saúde estavam relacionados a um conhecimento adequado, embora não diretamente associado ao risco de pé diabético⁽²⁰⁾.

É fundamental que o enfermeiro investigue as condições socioeconômicas e educacionais dos idosos portadores de DM2 a fim de instituir o cuidado singular e garantir a equidade na assistência. Tal prática é importante porque pode melhorar os comportamentos de autocuidado para o controle de glicemia, dieta e atividade física, por exemplo.

A correlação negativa entre as variáveis nível de escolaridade equivalente a ensino fundamental completo, portadores de obesidade, idosos que residem sozinhos, tabagistas e não tabagistas, idosos que fazem uso regular de insulina, idosos não acometidos por retinopatia e idosos portadores de doença renal colabora com a evidência de baixos escores de conhecimento e atitude⁽⁸⁾. Dados apontam que baixa escolaridade e, por vezes, a idade estão associados ao conhecimento insatisfatório sobre DM, resultando em práticas de autocuidado deficientes e atitudes negativas perante a doença e a necessidade de seu enfrentamento⁽¹¹⁾. Também, revela-se que pessoas do sexo feminino que apresentaram complicações e piores condições clínicas, como sobrepeso ou obesidade, podem perceber-se em situação de ameaça à própria saúde e de fragilidade, de modo que essa consciência propicia a adesão aos comportamentos de autocuidado⁽¹⁷⁾.

Salienta-se que as ações de educação em saúde desempenham papel fundamental na promoção da autogestão da doença, favorecendo a adesão ao autocuidado e prevenindo complicações decorrentes do DM mal controlado^(10,12,19). Observa-se que a atitude positiva a respeito do manejo do DM está associada a um maior nível de conhecimento sobre a doença⁽²¹⁾, sendo evidente o impacto do conhecimento nas atitudes e práticas voltadas ao autocuidado de pessoas com diabetes⁽²³⁻²⁴⁾. Além disso, o baixo letramento em

saúde tem sido relacionado à menor utilização de serviços preventivos, ao aumento do risco de desenvolver doenças crônicas, à menor adesão ao tratamento e a piores desfechos em saúde⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Ressalta-se que o conhecimento e a atitude relacionados ao autocuidado são determinantes para o controle e bem-estar de idosos com DM2. Intervenções de enfermagem devem ser planejadas de modo individualizado, considerando o contexto sociocultural, o letramento em saúde e o uso de múltiplas estratégias educativas, a fim de garantir sua efetividade e continuidade. O fortalecimento das ações de enfermagem, para além da dimensão biológica e com a inclusão do apoio atitudinal à autogestão da saúde, é essencial para promover o protagonismo do idoso no cuidado de si, bem como prevenir agravos e melhorar a qualidade de vida.

Limitações do estudo

Apesar do tamanho significativo da amostra, a principal limitação deste estudo é o recrutamento dos participantes em um único local, o que pode restringir a generalização dos resultados; por isso, recomendase considerar o contexto geográfico na interpretação dos achados.

Contribuições para a prática

Este estudo contribui para o conhecimento científico e para a prática dos profissionais de enfermagem na assistência aos idosos portadores de DM2. Ele demonstra a necessidade de promover cuidados de enfermagem integrados — físicos, psicossociais e funcionais — de melhoria do conhecimento e atitude relacionados à autogestão da saúde para o controle e bem-estar das pessoas idosas portadoras de diabetes.

Conclusão

O estudo permitiu identificar que, quanto maior o conhecimento, maior a atitude em idosos do

sexo feminino; de todos os estratos referentes a renda familiar; residentes em área urbana; com nível de escolaridade equivalente a ensino médio completo; não obesos; e acometidos por retinopatia. Mostrou também que, quanto maior o conhecimento, menor a atitude daqueles com ensino fundamental completo; portadores de obesidade; que residem sozinhos; tabagistas e não tabagistas; que fazem uso regular de insulina; e portadores de doença renal. Tais achados indicam que essa população requer ações especiais de letramento em saúde. Desse modo, as enfermeiras precisam atentar-se para a correlação do perfil demográfico e clínico com a adesão às práticas educativas, levando em consideração o contexto sociocultural e o letramento em saúde.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho ou análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Responsabilidade por todos os aspectos do texto, garantindo a exatidão e a integridade de qualquer parte do manuscrito: **Sales FM, Lopes ROP, Cavalcante SVPM, Machineski GG, Santana RF.**

Disponibilidade de dados

Os autores declaram que todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Referências

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 2025 [cited Aug 29, 2025]. Available from: https://diabetesatlas.org/media/uploads/sites/3/2025/04/IDF_Atlas_11th_Edition_2025.pdf
2. Pan American Health Organization. Panorama of Diabetes in the Americas [Internet]. 2022 [cited Aug 29, 2025]. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/panorama-diabetes-americas>
3. Glenn LE, Thurlow CB, Enriquez M. The ups and downs of living with type 2 diabetes among working adults in the rural South. *J Prim Care Community Health*. 2022;13:21501319221143715. doi: <https://doi.org/10.1177/21501319221143715>
4. Sukkarieh O, Egede LE, Bassil M. Relationship between social determinants of health and quality of life in low income adults with diabetes in Lebanon. *Postgrad Med*. 2023;135(2):169-78. doi: <https://doi.org/10.1080/00325481.2023.2172283>
5. American Diabetes Association (ADA). Care and promoting health in populations: standards of medical care in diabetes — 2022. *Diabetes Care*. 2022;45(Suppl 1):8-16. doi: <https://doi.org/10.2337/dc22-S001>
6. O'Brien C, Van Rooyen D, Ricks E. Self-management of persons living with diabetes mellitus type 2: Experiences of diabetes nurse educators. *Health SA*. 2020;25:1381. doi: <https://doi.org/10.4102/hsag.v25i0.1381>
7. Association of Diabetes Care and Education Specialists, Kolb L. An effective model of diabetes care and education: the ADCES7 self-care behaviors™. *Sci Diabetes Self Manag Care*. 2021;47(1):30-53. doi: <https://doi.org/10.1177/0145721720978154>
8. Meneses MO, Marques JS, Gomes AT, Brandão SASM, Leal SRMD, Oliveira VAS. Conhecimento e atitudes de pacientes frente a medidas preventivas do pé diabético. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2021;95(34):e-021059. doi: <https://doi.org/dx.10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1034>
9. Brevideilli MM, Oliveira AB, Rodrigues GVG, Gamba MA, Domenico EBL. Fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais correlacionados ao autocuidado em diabetes. *Rev Cuid*. 2021;12(2):e2057. doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2057>
10. Rodrigues F, Machado GP, Romagna ES. Conhecimento e atitude sobre diabetes mellitus em pacientes hospitalizados. *Sci Med*. 2021;31(1):e37625. doi: <https://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2021.1.37625>
11. Foppa L, Nemetz B, Matos RD, Schneiders J, Telo GH, Schaan BD. Knowledge about diabetes and its association with adherence to self-care and glycemic control in patients with type 1 diabetes in Southern Brazil. *Arch Endocrinol*

- Metab. 2023;67(6):e000648. doi: <https://dx.doi.org/10.20945/2359-3997000000648>
12. Ferreira PL, Morais C, Pimenta R, Ribeiro I, Amorim I, Alves SM, et al. Knowledge about type 2 diabetes: its impact for future management. *Front Public Health*. 2024;12:1328001. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1328001>
13. Beeney LJ, Dunn SM, Welch G. Measurement of diabetes knowledge: the development of the DKN scales. In: Bradley C. *Handbook of psychology and diabetes*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2001. p.155-86.
14. Welch G, Dunn SM, Beeney LJ. The ATT19: a measure of psychosocial adjustment to diabetes. In: Bradley C, editor. *Handbook of psychology and diabetes*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2001. p.215-38.
15. Torres HC, Hortale VA, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes mellitus. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):906-11. doi: <http://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600006>
16. Fernandes ACT, Lima Filho BF, Patrício IFS, Dias VN, Cavalcanti FAC, Gazzola JM. Sociodemographic and clinical functional factors in pre-frail and frail older adults with type 2 Diabetes Mellitus in relation to low levels of physical activity. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23:e190233. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190233>
17. Silva-Tinoco R, Cuatecontzi-Xochitiotzi T, Torre-Saldaña V, León-García E, Serna-Alvarado J, Orea-Tejeda A, et al. Influence of social determinants, diabetes knowledge, health behaviors, and glycemic control in type 2 diabetes: an analysis from real-world evidence. *BMC Endocr Disord*. 2020;20(1):130. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12902-020-00604-6>
18. Medhi GK, Dutta G, Borah P, Lyngdoh M, Sarma A. Prevalence of diabetes and its relationship with body mass index among elderly people in a rural area of Northeastern state of India. *Cureus*. 2021;13(1):e12747. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.12747>
19. Paes RG, Mantovani MF, Boller C, Costa MC, Paz VP, Spinelli, SMC. Knowledge about diabetes and health literacy: analysis by Item Response Theory. *Rev Enferm UFPE on line*. 2023;17:e254648. doi: <http://doi.org/10.5205/1981-8963.2023.254648>
20. Ong-Artborirak P, Seangpraw K, Boonyathe S, Rattanasermpong S, Tonchoy P, Kantow S, et al. Health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in Thai communities. *BMC Geriatr*. 2023;23:297. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04010-0>
21. Paes RG, Mantovani MF, Silva ATM, Boller C, Nazário SS, Cruz EDA. Health literacy, knowledge of disease and risk for diabetic foot in adults: cross-sectional study. *Rev Baiana Enferm*. 2022;36:e45868. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v36.45868>
22. Langerman C, Forbes A, Robert G. A qualitative study of the experiences of insulin use by older people with type 2 diabetes mellitus. *BMC Prim Care*. 2024;25:180. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02318-3>
23. Santos LSC, Andrade AT, Silva-Rodrigues FM, Ávila LK. Health state and representations about the disease from the perspective of patients with diabetes mellitus. *Rev Baiana Enferm*. 2021;35:e42071. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.42071>
24. Lima AP, Benedetti TRB, Rech CR, Cardoso FB, Portella MR. Knowledge and attitude towards type 2 diabetes among older adults: a population-based study. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(2):729-40. doi: [10.1590/1413-81232020252.14662018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.14662018)
25. Kassa RN, Hailemariam HA, Habte MH, Gebresillassie AM. Self-care knowledge, attitude and associated factors among outpatients with diabetes mellitus in Arsi Zone, Southeast Ethiopia. *PLOS Glob Public Health*. 2021;1(12):e0000097. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000097>
26. Embury CM, Lord GH, Drincic AT, Desouza CV, Wilson TW. Differential impact of glycemic control and comorbid conditions on the neurophysiology underlying task switching in older adults with type 2 diabetes. *Aging (Albany NY)*. 2022;17(14):4976-89. doi: <https://doi.org/10.18632/aging.204129>
27. Farias PKS, Leite AS, Oliveira FBS, Bicalho JMV, Santos JMM, Andrade MA, et al. Letramento em saúde: uma revisão de literatura. *Cuad Educ Des*. 2024;16(3):e3572. doi: <http://doi.org/10.55905/cuadv16n3-025>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons