

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

EMANOELLE CASTRO RIBEIRO

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA DOR CRÔNICA DE PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

**Brasília
2022**

EMANOELLE CASTRO RIBEIRO

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA DOR CRÔNICA DE PACIENTES COM
DIABETES MELLITUS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Luciano Ramos de Lima

BRASÍLIA
2022

RIBEIRO, Emanuelle Castro. Estratégias de enfrentamento da dor crônica de pacientes com diabetes mellitus atendidos na atenção básica.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 25/04/2022

Banca Avaliadora

Prof^a Dr. Luciano Ramos de Lima
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia
Presidente

Prof^a Dra. Silvana Schwerz Funghetto
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia
Membro Efetivo

Prof^a Dra. Cris Renata Grou Volpe
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia
Membro Efetivo

Prof^a Dra. Tayse Tamar Duarte da Paixão
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia
Membro Suplente

Resumo

Ribeiro, E C. Estratégias de Enfrentamento da Dor Crônica de Pacientes com Diabetes Mellitus Atendidos na Atenção Básica. 2022. Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II (Graduação) - Curso de Enfermagem Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

Objetivo: caracterizar as estratégias de enfrentamento da dor crônica de pacientes com Diabetes Mellitus atendidos na atenção básica. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal, n=50 pacientes, coleta de dados entre fevereiro e junho de 2015, em uma Unidade Básica de Saúde da Ceilândia. Foram adotados os instrumentos: perfil sociodemográfico, clínico, antropométrico, para avaliar a intensidade da dor (Escala Visual Analógica). **Resultados:** os participantes idosos (M=62,1±8,3 anos), 82,0% eram mulheres, com baixa escolaridade, obesas e não realizavam atividade física. A dor foi caracterizada como crônica, acometeu 62,0% dos participantes, 54,0% dos membros inferiores, 58,8% presente no período noturno. No enfrentamento da dor, 54,0% referiram ser atendidos por enfermeiro e 22,0% por médico, 58,0% não tiveram prescrição medicamentosa e 74,0% não tiveram orientação para controle glicêmico. **Conclusão:** identificou que a dor crônica está mais presente em membros inferiores, os pacientes estão sem controle medicamentoso, estão sendo atendidos por enfermeiros na maioria dos casos. A dor crônica é um entre outros problemas para o fortalecimento do autocuidado ao paciente com DM2.

Descritores: Dor Crônica. Enfermagem. Complicações do Diabetes. Autocuidado.

ABSTRACT Objective: To characterize the coping strategies of chronic pain in patients with Diabetes Mellitus treated in primary care. **Method:** This is a cross-sectional study, n=50 patients, data collection between February and June 2015, in a Basic Health Unit in Ceilândia. The following instruments were adopted: sociodemographic profile, to assess pain intensity using the Visual Analogue Scale. **Results:** Elderly participants (M=62.1±8.3 years), 82.0% were women, with low education, obese and not performing physical activity. The Pain was characterized as chronic, affecting 62.0% of the participants, 54.0% of the lower limbs, 58.8% present at night. In coping with pain, 54.0% reported being seen by a nurse and 22.0% by a doctor, 58.0% did not have a drug prescription and 74.0% did not receive guidance on glycemic control. **Conclusion:** identified that chronic pain in the lower limbs, without medication control, treated by nurses, should be considered by health professionals. Chronic pain is one among other problems for strengthening self-care for patients with DM2.

Key words: Chronic Pain. Nursing. Complications of Diabetes. Self care.

Lista de Tabelas

Tabela 01: Características sociodemográficas dos pacientes diabéticos (n=50) atendidos na atenção primária, Brasília, 2015.

Tabela 02: Características antropométricas, clínicas, dieta, medicamentos e uso de insulina dos pacientes diabéticos (n=50) atendidos na atenção primária, Brasília, 2015.

Tabela 03: Caracterização da dor dos pacientes com diabetes (n=50) atendidos na atenção primária, Brasília, 2015

Tabela 04: Caracterização do atendimento para dor de pacientes diabéticos (n=50) atendidos na atenção primária, Brasília, 2015.

Tabela 05: Intensidade de dor de pacientes diabéticos (n=50) atendidos na atenção primária, Brasília, 2015.

*"O saber contra a ignorância, a saúde
contra a doença, a vida contra a morte...
Mil reflexos da Batalha Permanente em
que estamos todos envolvidos."*

Oswaldo Cruz

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.2 OBJETIVOS	8
1.2.1 Objetivo Geral	8
2. METODOLOGIA	9
2.1 Tipo de Estudo e Local do estudo	9
2.2 Amostragem e Critérios de Seleção da Amostra	9
2.3 Critérios de exclusão da Amostra	9
2.4 Coleta de Dados	9
2.5 Instrumentos de Coleta dos Dados	9
2.6 Aspectos Éticos	9
2.7 Análise dos Dados	10
3. RESULTADOS	11
4. DISCUSSÃO	17
5. CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE	27
ANEXO	28
1 ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa - CEP	28
2 ANEXO B – Instrumento de Coleta de Dados Sociodemográficos e Relacionados à Dor	30
3 Anexo C - Normas da revista RECOM	33

1. INTRODUÇÃO

No DM2 a hiperglicemia crônica está associada a danos de longo prazo, disfunção de diferentes órgãos, que pode causar incapacidades e complicações como doenças cardiovasculares, cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica, lesão das fibras nervosas (neuropatia, com risco de úlceras nos pés, amputações e articulações de Charcot), neuropatia autonômica causando sintomas gastrointestinais, geniturinários, e disfunção sexual), nefropatia, retinopatia entre outras ^{1,4,5}.

Em 2017, a Federação Internacional de Diabetes (*International Diabetes Federation-IDF*) estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade conviviam com Diabetes Mellitus (DM) cerca de 424,9 milhões de pessoas, para o ano de 2045 existe uma projeção superior que aumente para 628,6 milhões¹. Em 2019, no Brasil 7,7% da população acima de 18 anos de idade referiram diagnóstico DM, o equivalente a um contingente de 12,3 milhões de pessoas ². O DM2 representa de 90 a 95% dos casos, é caracterizado como uma doença de etiologia multifatorial, associada à predisposição genética, idade avançada, excesso de peso, sedentarismo e hábitos alimentares não saudáveis ³.

Os 4 principais países ou territórios para o número de adultos (20–79 anos) com diabetes, está em primeiro lugar a China, com 114 milhões de diabéticos, em seguida figura a Índia, com quase 73 milhões, e os Estados Unidos, com 30 milhões. O Brasil é o quarto país com maior número de diabéticos do mundo¹.

Nesse sentido, somado a obesidade e as alterações desencadeadas pela hiperglicemia persistente, podem contribuir para a presença de dor. Em especial no DM2 a dor é desencadeada pela degeneração prolongada das fibras sensoriais nos axônios e que determina a alteração clínica conhecida por neuropatia diabética (ND), a forma mais comum e prevalente dessa alteração clínica é a polineuropatia simétrica distal, que afeta 17% das pessoas com mais de cinco anos de diagnóstico de DM2 e 42 a 65% após 10 anos de diagnóstico de doença. A dor neuropática associada à DM2 tem prevalência de aproximadamente 20% entre as pessoas que desenvolvem a ND periférica. Sendo resultante da degeneração de fibras finas sensíveis do tipo A-Delta e C, causada por hiperglicemia crônica, estresse oxidativo e inflamação ⁶.

De acordo com a *International Association for the Study of Pain (IASP)*, a dor é definida como uma experiência sensorial ou emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão. A dor é classificada como aguda, a que surge de uma lesão ou ameaça para o tecido não neural. Pode ser causada por uma inflamação, infecção, lesões, entre outros, e a dor crônica, com duração superior a três meses ou que persiste após o tempo de cicatrização habitual e não responde aos tratamentos comuns⁷.

As queixas dolorosas nos pacientes com DM, apresentam um complexo quadro clínico, com presença de sintomas que podem ser identificados de forma aguda ou gradual, diretamente associados à lesão tecidual e inflamação. Nesses casos, a dor neuropática pode ser um sintoma, usualmente descrito como queimação, dor em pontada, parestesia e dormência. Ocorrendo piora no repouso, sobretudo à noite e melhora com atividades e caminhadas tal piora relaciona-se diretamente ao descontrole e variabilidade glicêmica. Localiza-se preferencialmente nas extremidades, de forma simétrica e bilateral, com alteração da sensibilidade local^{8,9,10}.

No que diz respeito à localização da dor, uma pesquisa desenvolvida no Pará, identificou que a dor relatada por 51,9% dos participantes, estava localizada nos pés, tanto por pessoas com características neuropáticas quanto as com características não neuropáticas em indivíduos com mais tempo da doença ± 10 anos. Em outro estudo, a maioria dos participantes diabéticos apresentou dor crônica, referiram dor em MMII e 83,3% alegaram dor em pés e panturrilhas. A dor foi descrita como intensa pela maioria dos participantes¹¹.

Dessa forma, reconhecer a dor e seus desfechos em pacientes com DM2 é necessário na atenção primária à saúde, para identificação e manejo do problema, que interfere no cotidiano desses pacientes. Além de saber a dor que pode estar relacionada a doenças crônicas dos usuários da UBS.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Caracterizar as estratégias de enfrentamento da dor crônica de pacientes com Diabetes Mellitus atendidos na atenção básica.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de Estudo e Local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, que está inserido em um projeto maior intitulado “Ensaio clínico randomizado de diabéticos com dor crônica neuropática”. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e junho de 2015, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Ceilândia.

2.2 Amostragem e Critérios de Seleção da Amostra

A amostra foi composta por 50 indivíduos que eram atendidos e cadastrados na UBS2 e faziam acompanhamento e tratamento do DM2. Os critérios para inclusão foram: ter o diagnóstico de DM2, com idade igual ou superior a 18 anos, com nível de consciência preservado.

2.3 Critérios de exclusão da Amostra

Foram excluídos da pesquisa portadores de DM tipo 1, pacientes com história de doença neurológica, endócrina, infecciosa e neoplasia e em uso de álcool.

2.4 Coleta de Dados

Os pacientes foram entrevistados e eram acompanhados pela equipe médica e por uma enfermeira especialista na área da diabetes mellitus, referência em Brasília por realizar as consultas, prescrições, e orientações de enfermagem com base nos manuais atualizados do Ministério da Saúde.

2.5 Instrumentos de Coleta dos Dados

Os instrumentos adotados foram: avaliação clínica com exame de medidas antropométricas; avaliação quanto à intensidade da dor (Escala Visual Analógica) de 0 a 10 pontos, para a localização da dor foi utilizado um diagrama corporal, nele foi marcado os locais onde eles referiram a dor, com o instrumento de Coleta de Dados Sociodemográficos e

Relacionados à Dor. Também foi caracterizado as formas e condutas que os profissionais utilizam para enfrentamento e tratamento da dor crônica aos pacientes atendidos **(ANEXO B)**.

2.6 Aspectos Éticos

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e aceitaram participar da pesquisa. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde– FEPECS com aprovação (710779/2014). **(ANEXO A)**.

2.7 Análise dos Dados

A análise dos dados ocorreu por meio de construção de banco de dados e posterior análise pelo pacote estatístico SPSS® versão 20.0 para Windows®. Inicialmente foi realizada a análise exploratória dos dados (descritiva) a partir do questionário sociodemográfico. As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade (média e mediana) e de dispersão (mínima, máxima e desvio padrão/DP).

3. RESULTADOS

A idade média dos participantes foi de $62,1 \pm 8,3$, com tempo médio de estudo de $4,2 \pm 3,1$, a faixa etária 60-69 anos foi a de maior prevalência. Na tabela 01 identifica que 82,0% eram mulheres, 76,0% possuíam ensino fundamental, onde a maior parte da amostra eram aposentados e não necessitavam de outra fonte de renda (Tabela 01).

Tabela 01: Características sociodemográficas dos pacientes diabéticos (n=50) atendidos na atenção primária, Brasília, 2015.

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	9,0	18,0
	Feminino	41,0	82,0
Escolaridade	analfabeto	6,0	12,0
	ensino fundamental	38,0	76,0
	ensino médio	4,0	8,0
	ensino superior	2,0	4,0
Idade	42-49 anos	4,0	8,0
	50-59 anos	12,0	24,0
	60-69 anos	24,0	48,0
	> 70 anos	10,0	20,0%
Estado Civil	Solteiro	9,0	18,0%
	Casado	23,0	46,0%
	Divorciado	6,0	12,0%
	Viúvo	12,0	24,0%
Profissão	Empregado	11,0	22,0%
	Desempregado	7,0	14,0%
	Aposentado	23,0	46,0%
	Reformado	0,0	0,0%

	Pensionista	9,0	18,0%
Trabalho como fonte de renda	Sim	12,0	24,0%
	Não	38,0	76,0%

A caracterização de dados do perfil antropométrico e clínico identificaram que mais da metade dos pacientes entrevistados estavam obesos, 32% da amostra apresentavam antecedentes patológicos, sendo identificado aparelho circulatório 80,0% como mais prevalente, e 10,0% músculo esquelético. Em relação aos tratamentos para a doença, 54,0% não desempenhavam nenhuma atividade física, 38,0% da amostra faziam dieta parcialmente, 96,0% faz uso de medicação oral, e 30,0% utilizam a insulina (Tabela 02).

Tabela 02: Características antropométricas, clínicas, nutricionais, medicamentos e uso de insulina dos pacientes diabéticos (n=50) atendidos na atenção primária, Brasília, 2015.

Variáveis		N	%
IMC	Baixo peso	0,0	0,0
	Eutrófico	9,0	18,0
	Sobrepeso	15,0	30,0
	Obesidade	26,0	52,0%
Cárdio Circulatório	Sim	40,0	80,0%
	Não	10,0	20,0%
Músculo esquelético	Sim	5,0	10,0%
	Não	45,0	90,0%
Nenhuma comorbidade	Sim	6,0	12,0%
	Não	44,0	88,0%

Atividade Física	Sim	10,0	20,0%
	Parcial	13,0	26,0%
	Não	27,0	54,0%
Dieta	Sim	14,0	28,0%
	Parcial	19,0	38,0%
	Não	17,0	34,0%
Medicação Oral	Sim	48,0	96,0%
	Parcial	0,0	0,0%
	Não	2,0	4,0%
Insulina	Sim	15,0	30,0%
	Parcial	0,0	0,0%
	Não	35,0	70,0%

Quanto ao local principal de queixa de dor, 54,0% acometia os membros inferiores, 96,0% com duração por mais de 6 meses, 38% frequente “às vezes”, 58,8% aparecendo mais no período noturno, 76,5% perdurando por algumas horas, 52,9% relataram que a dor sofre piora à noite, 56% referiram que a dor pode acordá-los pela noite (Tabela 03).

Tabela 03: Caracterização da dor dos pacientes com diabetes (n=50) atendidos na atenção primária, Brasília, 2015.

		N	%
Dor Principal	Cabeça	1,0	2,0
	Tronco (Anterior)	2,0	4,0
	Tronco (Posterior)	11,0	22,0

	MMSS	8,0	16,0
	MMII	27,0	54,0
	Genitais	1,0	2,0
Duração da dor	Menos de seis meses	2,0	4,0
	Mais de seis meses - Crônica	48,0	96,0
Frequência da dor	Às vezes	19,0	38,0
	Frequentemente	14,0	28,0
	Continuamente	17,0	34,0
Dor Contínua	Dia	8,0	23,5
	Noite	11,0	32,0
	Dia e Noite	10,0	29,4
	Não piora, é sempre igual	5,0	14,7
Quando surge	Dia	6,0	35,3
	Noite	10,0	58,8
	Dia e noite	1,0	5,9
Duração	Algumas horas	13,0	76,5
	O dia todo	3,0	17,6
Quando piora	Dia	5,0	29,4
	Noite	9,0	52,9
	Dia e Noite	1,0	5,9

	Não piora, é sempre igual	2,0	11,8
Incomoda ao ponto de acordar?	Nunca	22,0	44,0
	Às vezes	10,0	20,0
	Frequentemente	7,0	14,0
	Continuamente	11,0	22,0

Quanto à caracterização do atendimento para dor dos pacientes diabéticos atendidos na UBS, 62,0% já queixaram-se de dor, 54,0% foram atendidos por enfermeiro, 22,0% por um médico, 100,0% não foi atendido por nenhum outro profissional, 58,0% não tiveram prescrição medicamentosa, assim como, 74,0% não tiveram orientação para controle glicêmico (Tabela 04).

Tabela 04: Caracterização do atendimento para dor de pacientes diabéticos (n=50) atendidos na atenção primária, Brasília, 2015.

		N	%
Já se queixou na UBS?	Sim	31,0	62,0%
	Não	19,0	38,0%
Quem o atendeu? Enfermeiro	Sim	27,0	54,0%
	Não	23,0	46,0%
Quem o atendeu? Médico	Sim	11,0	22,0%

	Não	39,0	78,0%
Quem o atendeu? Outro profissional	Sim	0,0	0,0%
	Não	50,0	100,0%
Prescrição de medicamentos	Sim	21,0	42,0%
	Não	29,0	58,0%
Orientações para o controle glicêmico	Sim	13,0	26,0%
	Não	37,0	74,0%

4. DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico da amostra evidenciou mulheres idosas com baixa escolaridade (até o ensino fundamental), aposentadas e casadas. Eram obesas e apresentavam antecedentes patológicos sendo mais comum no aparelho circulatório e músculo esquelético. Este resultado foi encontrado em outros estudos, em São Paulo, dos 61 pacientes diabéticos atendidos em ambulatório, em sua maioria, eram mulheres que possuíam baixa escolaridade, casadas, mostrando também ser o sexo feminino mais frequente em faltas no trabalho e a procura médica¹². Também em outra pesquisa predominou o sexo feminino, idosas, e que cursaram somente até o ensino fundamental com renda de até um salário mínimo, com aproximadamente nove anos com presença do DM2. Das comorbidades apresentadas pelos sujeitos com DM2, a HAS foi a mais prevalente e existiam outros problemas somados a DM2, como deficits visuais, seguidos por problemas nos pés e a ND¹³.

Logo, mulheres, idosas e com ensino fundamental é o perfil desta população, o que pode ser justificado pelo fato de mulheres procurarem mais os serviços de saúde, algumas vezes com mais faltas nos serviços. E nesse caso, a região de Ceilândia, do Distrito Federal, é composta principalmente por mulheres¹⁴.

A instrução educacional é relevante na compreensão para o autocuidado do paciente, sendo baixa escolaridade um fator que pode trazer prejuízo nas orientações e/ou comunicação com vistas a atingir o cuidado na saúde. Assim, a equipe de enfermagem deve estar atenta à estratégia de educação relacionada à escolaridade dos usuários das UBS³¹.

A literatura reforça a importância de estratégias promotoras de mudanças comportamentais, incluindo informação, educação e comunicação interpessoal. Estas estratégias devem ser adaptadas aos objetivos, ao contexto sociocultural e ao estilo de vida da pessoa com DM2⁹. Essa transformação no estilo de vida, tem como objetivo, postergar as complicações do DM2 (vasculares, neurológicas, renais, cardíacas e oculares), que podem ser praticadas com ações educativas, que pode trazer melhorias na qualidade de vida do paciente.

Quanto à caracterização da dor, neste estudo, o principal local de queixa foi nos membros inferiores de forma crônica, surgindo “as vezes” em frequência, principalmente à noite, perdurando por algumas horas, sendo que há piora do quadro de dor no período noturno e chega a acordá-los. Em outro estudo com amostra maior, da mesma região

administrativa que o presente estudo, a população de pacientes com DM2 com 237 pacientes, evidenciou que a maioria referiu dor, há mais de 3 meses, e em mais de um local, sendo principalmente a presença de dor em pernas e/ou panturrilhas. No que diz respeito à frequência da dor a maior parte sentiam a dor às vezes, como neste presente estudo. Mais da metade sente dor ou durante a noite ou dia e noite. A maioria afirmou que a dor nunca incomodou a ponto de acordar nesse ponto, diferenciando-se deste estudo¹⁵. Outra pesquisa com 280 participantes com DM2, durante a realização da avaliação de dor, identificaram-se dois grupos distintos: o primeiro apresentou sinais e sintomas de dor neuropática em pés e panturrilhas n=248; e o outro sem dor com características de neuropatia n=32. Percebeu-se, na população estudada, que 11% não apresentam dor e que 78% apresentam dor crônica¹⁶.

Em sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Pará, 129 pacientes com DM2 destes 51,9% referiram dor. A dor de características neuropáticas acometeu 34,1% dos entrevistados, o local de dor mais referido pelos pacientes foram os pés, seguido por mãos e pés, tanto por pessoas com características neuropáticas quanto as com características não neuropáticas¹⁰.

Evidenciou-se, que neste estudo a dor também foi em membros inferiores uma dor sugestiva de complicações, como as relacionadas a ND. Na ND os sintomas variam de acordo com a classe de fibras sensoriais envolvidas, inicialmente é uma manifestação de lesão de fibras finas, pouco mielinizada, caracterizada por dor em queimação e formigamento com exacerbação noturna, as câimbras musculares, têm início distalmente e irradiam de modo lento pelas pernas. Embora, não apresentem dor em resposta a estímulos nociceptivos, muito frequentemente os pacientes com ND sentem dores neuropáticas, como parestesias ou parestesias de rasgamento. O quadro de dor têm impacto significativo na qualidade de vida do paciente e pode resultar em depressão, ansiedade, distúrbios do sono, carga econômica, e incapacidades. O envolvimento de grandes fibras pode causar dormência, formigamento sem dor e perda da sensação protetora. A perda da sensação protetora indica a presença de PND e é um fator de risco para ulceração do pé diabético^{9, 17, 18}.

A dor tem desencadeado outras complicações em diabéticos, a exemplo, em uma pesquisa na atenção primária, a dor foi entre outros fatores, identificada como preditiva para sintomas depressivos (dor de maior intensidade nos pés e/ou panturrilhas com característica neuropática dolorosa, menor qualidade de vida, mais prevalente no sexo feminino, em pessoas com valores mais elevados de IMC, hemoglobina glicada, glicemia, obesidade; e

sono prejudicado)⁸. Outro estudo constatou que os maiores escores para o enfrentamento da dor na ND, tendem a ter um pensamento negativo e sentem maior intensidade de dor¹².

A dor foi descrita no atendimento na UBS neste estudo, a maior parte da amostra referiram dor, assim como, foram atendidos principalmente por profissionais de enfermagem, a maioria não tendo recebido prescrição medicamentosa, e orientação para controle glicêmico. Nesse sentido, em um estudo identificou que 60% dos profissionais não adotaram nenhuma medida para as queixas dolorosas relatadas nos pacientes, demonstrando que ainda existe deficiência no manejo da dor na atenção primária. Parte dos pacientes disseram utilizar estratégias não orientadas por profissionais¹⁶.

Dessa forma, pelo DM2 ser uma doença insidiosa, grande parte das pessoas buscam ajuda apenas quando passam a apresentar os sintomas das complicações por doenças crônicas não transmissíveis, fazendo com que as medidas de intervenção não sejam só na mudança do estilo de vida, sendo necessária associação de tratamento medicamentoso. Logo, o controle do DM2 pode ajudar nas exacerbações, de disfunções glicêmicas, vasculares, neurológicas e dolorosas. A hemoglobina glicada é um importante indicador para a avaliação da efetividade do plano terapêutico, seus valores de oscilações, pode ser utilizado na priorização dos casos que necessitam de intervenção e apoio²⁰. Sabe-se que, os níveis ajustados de glicemia e controle de obesidade contribuem para reduzir o estado inflamatório associado a períodos dolorosos.

Outro estudo elaborado com dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, 2021 no Brasil, a maior parcela das pessoas com DM foi avaliada por um médico 68,5% (n= 7.832.821), e 26,4% (n= 3.016.680) passaram pelo atendimento com a equipe de enfermagem. Já em relação às pessoas com obesidade os profissionais mais atuantes foram os médicos, enfermeiros e nutricionistas, entretanto, as pessoas com HAS e com DM são 2,5 vezes mais atendidas por médicos e 2,95 vezes mais vistas pela equipe de enfermagem²¹.

As condutas mais adotadas pelos profissionais relatadas pelos pacientes em outro estudo, foi de 30,3% na prescrição de medicamentos para a dor e 28,1% orientação quanto ao controle glicêmico. Em relação ao relato de uso de estratégias não orientadas por profissionais para o enfrentamento da dor, a maioria (74,2%) dos pacientes com dor referiu uso de outras estratégias como gel analgésicos e alcanforados como automedicação¹⁵.

Uma pesquisa desenvolvida no Pará com 31 profissionais, entre eles agentes comunitários de saúde, enfermeiras, médicas e técnicos de enfermagem, os participantes enfatizaram que as intervenções técnicas que utilizam são 93,6% para as recomendações nutricionais, 58,1% encorajamento para a prática de exercícios físicos, 74,2% do uso adequado de medicamentos. Além dessas condutas, os profissionais destacaram o diálogo e a escuta sensível ao usuário e a oferta de apoio humano e emocional²³.

Por outro lado, uma pesquisa realizada na Holanda, identificou que pessoas com dor referente a ND, referem medos relacionados ao DM e à dor, e com isso ocorre menos envolvimento na atividade física indicando a necessidade de novos métodos para melhorar o autocuidado, a exemplo o tratamento cognitivo-comportamental, que combina fisioterapia com funções cognitivas e terapia comportamental²⁴. Outra pesquisa ao questionar sobre a realização de tratamento para a dor, grande parte dos indivíduos de seu estudo, com características neuropáticas afirmou utilizar analgésicos convencionais como tratamento farmacológico (52,27%), associados a relaxantes musculares, chás e géis de massagem¹⁰.

O enfermeiro que atua na Atenção Primária de Saúde/Estratégia de Saúde da Família possui autonomia para solicitar exames, como os de controle glicêmico a exemplo hemoglobina glicada, que ajuda no controle e monitorização do tratamento do DM2. que por sua vez embasa a tomada de decisão terapêutica e intervenções para controle de dor e do DM2. A consulta de enfermagem deve ser percebida em avaliar o potencial para o autocuidado no DM2 com vista ao controle de suas complicações, para saber a aceitabilidade das mudanças no estilo de vida como dieta, prática de exercícios físicos, e controle metabólico²⁵.

Logo, são considerados alvos terapêuticos os seguintes valores de hemoglobina glicada (HbA1c) menor que 7% para adultos e menor que 7,5% para idosos, que corresponde à glicemia em jejum entre 80 e 130 mg/dl e pós-prandial abaixo de 180 mg/dl⁴. Este controle glicêmico ajuda no controle de exacerbação de períodos dolorosos e na prevenção das complicações advindas do DM2 como ND, hiperglicemia, problemas vasculares entre outros.

Neste sentido, ainda no cuidado aos pacientes com DM2, este estudo identificou que a maioria era obesa, referente a parte do tratamento para a doença, mais da metade não realizavam nenhuma atividade física e eram adaptados à dieta, parcialmente. Já a maior parte faz uso de medicação oral, e uma pequena parte utiliza a insulina para o controle metabólico. Uma pesquisa com uma amostra de 83 portadores de Doença Crônica não Transmissível (DCNT) em especial o DM, evidenciou uma alta prevalência de não adesão ao

tratamento não farmacológico, não praticavam atividade física e referiram como causas dessa alta taxa de sedentarismo o sentimento de desânimo para adoção da atividade física²⁶. A obesidade eleva o nível de inflamação e desencadeia respostas dolorosas.

Além disso, em outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, foram avaliados 221 participantes, e a maior parte tinha diagnóstico DM2 associada a HAS, mais da metade apresentavam obesidade e precisavam de modificação na dieta²⁷. Nesse sentido o controle do DM foi evidenciado em outra pesquisa realizada no Paraguai com 338 pacientes com DM2, utilizavam para o controle do DM2 o uso de antidiabéticos orais 63,5%, usavam insulina 32% e 4% adotavam a dieta e exercícios²⁸.

Desse modo, também em relação a adesão do tratamento do DM2 foi evidenciado em uma pesquisa que observou dos 162 pacientes da amostra em relação à dieta, verificou-se que 67,2% não cumpriram com o plano nutricional, e 72,8% dos pacientes eram sedentários. Em relação ao tratamento farmacológico, 45,0% pacientes receberam apenas tratamento com insulina, 28,0% com antidiabéticos orais e 27,0% em tratamento combinados. Quanto à adesão ao tratamento farmacológico, observaram que 47,0% pacientes não aderiram à medicação²⁹.

O objetivo do tratamento farmacológico para o DM2, é de atingir o controle glicêmico satisfatório em pacientes que não o conseguiram por meio de medidas não-farmacológicas, como redução de peso, mudanças de hábitos alimentares e aumento da atividade física. Devem estar atentos à adoção de uso regular de fármacos disponíveis que visam corrigir a insuficiência insulínica e a resistência insulínica ou diminuir a absorção de glicose³⁰.

A insulino terapia pode ser iniciada em etapas precoces do tratamento do DM, quando modificações no estilo de vida associadas aos hipoglicemiantes orais forem insuficientes para obter o controle glicêmico adequado²⁰.

Por outro estudo observado na população com DM2, em uso intensivo de terapia insulínica e a supervalorização das metas glicêmicas têm resultado em aumento das taxas de hipoglicemia grave e tem contribuído para a predisposição ao ganho de peso. Em indivíduos adultos com DM2 e sobrepeso ou obesidade, a manutenção de uma perda de peso modesta, em torno de 5% do peso inicial, tem demonstrado bons resultados no controle glicêmico, perfil lipídico, pressão sanguínea e na redução da necessidade de medicamentos antidiabéticos⁹.

Dessa forma, a prática de exercício físico é determinante na prevenção e no tratamento do DM2. Benefícios adicionais incluem a redução do risco cardiovascular, promoção do bem-estar e controle do peso corporal e da adiposidade. Ainda assim, constata-se que o exercício físico não vem sendo rotineiramente prescrito, tampouco orientado de maneira adequada, para o indivíduo com DM2⁹.

Logo, reduzir o índice de massa corporal e a gordura abdominal visceral, que também está associada ao aumento das doenças cardiovasculares é necessário aos pacientes pré DM2 e com DM2, os exercícios físicos com orientação individualizada do profissional da saúde e adoção da dieta, contribui para o controle glicêmico, e possibilidade de diminuição do aporte medicamentoso, após controle sistematizado⁹.

A enfermagem tem contribuição importante na readaptação dos pacientes com DM2, contribuindo com o manejo do estilo de vida de cada paciente de forma individual, avaliando a efetividade do processo, deve também, contribuir e se ater ao conhecimento que tem o paciente e familiares a respeito da doença, suas consequências, e seu tratamento, perceber a adesão do paciente, assim como, as habilidades adquiridas por ele, suas dificuldades, e também obter os resultados clínicos no controle metabólico do paciente.

Dessa forma, a equipe multidisciplinar na atenção básica de saúde deve fazer acompanhamento contínuo do quadro dos pacientes com DM2, fortalecendo o vínculo, realizando a educação em saúde para o paciente e sua família, atentando o paciente para o autocuidado, o profissional deve fazer o planejamento e a implementação, avaliando as dificuldades no tratamento e a necessidade de adaptações no plano de cuidado. Para controle do DM e seu respectivo quadro de dor, estratégias adotadas como; controle metabólico, prática de atividade física, dieta, uso correto da medicação, apoio emocional, são incorporadas para não agravamento do DM, entretanto, por requerer readaptação do estilo de vida e pelo próprio fato de ser crônica tais estratégias, muitas vezes, tornam-se difíceis a serem alcançadas, e os pacientes abandonam o tratamento, fazendo notar a importância de uma equipe preparada, e qualificada para atendimento dessa população, trabalhando para que se alcance um controle da doença impactando a qualidade de vida do paciente de forma que se minimizem os danos.

5. CONCLUSÃO

As formas de enfrentamento da dor na APS apontam impasses, demonstrando que o perfil dos participantes com DM2 era composto por mulheres, com baixa escolaridade, que estavam obesas, referiram dor crônica nos membros inferiores. Eram atendidas principalmente por enfermeiro, seguido por médico, não foi atendida por nenhum outro profissional, mais da metade não tiveram prescrição medicamentosa, assim como, não tiveram orientação para controle glicêmico.

Nota-se a necessidade de educação em saúde; fortalecimento do autocuidado; orientação para controle glicêmico por parte da equipe de saúde da UBS; uso adequado dos medicamentos, com prescrição médica.

O enfermeiro deve estar atento para identificar a dor e acompanhar seu tratamento, que ajuda em conjunto no tratamento do DM2 como obesidade, controle de peso e realização de práticas de atividades físicas. Estas ações devem ser observadas pelo enfermeiro na APS.

REFERÊNCIAS

- 1 - International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Brussels (BE): International Diabetes Federation. 2019.
- 2 - Pesquisa Nacional de Saúde. percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal, Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020.
- 3 - Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2. Brasília, MS, 2020.
- 4 - Associação Americana de Diabetes; 2. Classificação e Diagnóstico de Diabetes: *Padrões de Cuidados Médicos em Diabetes. Cuidados com Diabetes*. ADA. Volume 44, Edição Suplemento1. 2021;

- 5 - Assunção SC, Fonseca AP, Silveira MF, Caldeira AP, Pinho L; Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes. MG, Brasil, Escola Anna Nery 21(4). 2017.
- 6 - OGGIAM, D S; KUSAHARA, D M; GAMBA, M A. Rastreamento de dor neuropática para diabetes mellitus: uma análise conceitual. São Paulo, BrJP, 2021.
- 7 - Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., Vader, K. Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, tradução, Brasil, Brasília (2020).
- 8 - LIMA, L R. Análise dos fatores clínicos, inflamatórios e genéticos associados à neuropatia diabética dolorosa na atenção primária. Tese (Doutorado em Ciências e Tecnologias em Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018.
- 9 - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019-2020. São Paulo: SBD, 2019.
- 10 - Aguiar FL, Ramos LF e Bichara CNBr J Pain. Detection of pain with neuropathic characteristics in São Paulo, 2018.
- 11 - SILVA, A C G et al. Comparação da dor e qualidade de vida entre indivíduos com e sem neuropatia diabética. Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, v. 11, e. 62, p. 1-20, 2021.
- 12 - Laluce, T O et al. Coping strategies in patients with neuropathic pain. São Paulo, BrJP. 2019.
- 13 - VIEIRA S, Marco A. et al. Barreiras percebidas e abordagem de enfrentamento desenvolvido por portadores do diabetes mellitus tipo II para adesão à caminhada. **Rev. salud pública** , Bogotá, v. 22, n. 5, e209, outubro de 2020.
- 14 - Relatório Codeplan Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Brasília/DF|PDAD| 2019.
- 15 - SILVA, TS. Dor com características neuropáticas em indivíduos com o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos na atenção primária. Orientador Mani Indiana Funez. -- Brasília, 2016.
- 16 - Quaresma, PC; Impacto da dor relacionada à neuropatia sobre sinais e sintomas de ansiedade e depressão e a percepção de qualidade de vida de adultos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos na atenção primária em região de saúde do Distrito Federal, [Distrito Federal] 2017. / Priscila da Conceição Quaresma; Orientadora Mani Indiana Funez. –Brasília 2017
- 17 - Pop-Busui R, Boulton AJ, Feldman EL, Bril V, Freeman R, Malik RA et al. Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2017.
- 18 - Azmi S, Petropoulos IN, Ferdousi M, Ponirakis G, Alam U, Malik RA. Uma atualização sobre o diagnóstico e tratamento da neuropatia diabética somática e autonômica. África. 2019.
- 19 - Lima, LR; Stival, MM; Funghetto, SS; Volpe, CGV; Rehem, TCMSB; Santos WS; Funez MI. Lower quality of life, lower limb pain with neuropathic characteristics, female sex, and ineffective metabolic control are predictors of depressive symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus treated in primary care. Int J Diabetes Dev Ctries. 2018
- 20 - ROSSANEIS, M A et al. Fatores associados ao controle glicêmico de pessoas com diabetes mellitus. Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 997-1005, 2019.
- 21 - MAYRINK, L H G. Cuidado das pessoas com obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na atenção primária à saúde no Brasil, no ano de 2019. Brasil. UFOP. 2021.

- 22 - SILVA, TS. Dor com características neuropáticas em indivíduos com o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos na atenção primária. Orientador Mani Indiana Funez. -- Brasília, UnB. 2016.
- 23 - Andrade EGR, Rodrigues ILA, Braga SAS, Nogueira LMV, Panarra BACS, Santos MNA, et al. Knowledge and practices of Primary Care professionals on diabetic neuropathy: study of social representations. Brasil. Rev Bras Enferm. 2021
- 24 - Kanera, I. M., van Laake-Geelen, C. C. M., Ruijgrok, J. M., Goossens, M. E. J. B., de Jong, J. R., Verbunt, J. A., Geerts, M., Smeets, R. J. E. M., & Kindermans, H. P. J. Living with painful diabetic neuropathy: insights from focus groups into fears and coping strategies. Netherlands. Psychology & Health. 2019
- 25 - Oliveira, AEF; Araújo, F L S M; Pinho, JRO; Pacheco, MAB (Org.)UNA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão. Redes de Atenção à Saúde: Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde/. - São Luís: EDUFMA, 2017.
- 26 - VIEIRA DA SILVA, Marco Antonio et al. Barreiras percebidas e abordagem de enfrentamento desenvolvido por portadores do diabetes mellitus tipo II para adesão à caminhada. Rev. salud pública , Bogotá, v. 22, n. 5, e209, outubro de 2020.
- 27 - Vargas L. B. S, O. F., Magalhães, L. S., Kilpp, D. S., Bertacco, R. A., Marques, A. Y. C., & Borges L. R. Avaliação da qualidade da dieta de pacientes diabéticos tipo 2 atendidos no Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas. Revista Da Associação Brasileira De Nutrição - RASBRAN. 2020.
- 28 - GALLARDO, LAD; FILÁRTIGA, EO. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Itauguá-Paraguay. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna, v. 6, n. 1, p. 63-74, 2019.
- 29 - Riveros Gómez- ML, Ramírez-Gómez T, Escobar-Salinas JS. Cumplimiento de los objetivos del tratamiento en pacientes diabéticos del Hospital Nacional de Itauguá. Rev. cient. cienc. salud 2021; 3(2):03-10
- 30 - BOSCARIOL, Rodrigo et al. Diabetes mellitus tipo 2: educação, prática de exercícios e dieta no controle glicêmico. Brasil. Revista Saúde em Foco, n. 10, p. 138-150, 2018.
- 31 - Chehuen, José Antonio et al. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. Ciência & Saúde Coletiva. Brasil. 2019

APÊNDICE

Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: “Ensaio clínico randomizado de diabéticos com dor características de neuropática”.

O nosso objetivo é comparar quais os efeitos das ações educativas no controle da glicose e da dor neuropática de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 de uma Regional de Saúde do Distrito Federal.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários (pelo pesquisador responsável- Luciano Ramos de Lima ou pesquisadora participante aluna de graduação Ynnaê Côrtes da Silva Neri, da Faculdade de Ceilândia/UNB) antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

Neste estudo você responderá questões relacionadas à patologia e aos aspectos psicológicos investigados que serão questionados pela pesquisadora. Um instrumento de coleta de dados será preenchido com os seus dados, porém, todas as informações serão mantidas em sigilo.

Os riscos relacionados à pesquisa são mínimos. O participante será devidamente informado dos riscos descritos e de qualquer risco não descrito, que possa ocorrer em decorrência da pesquisa, Não há prejuízos previsíveis decorrentes da pesquisa. O risco será apenas de desconforto pelo tempo necessário em realizar os questionários e realizar a coleta de dados. O benefício para você será de saber orientações educativas para controle de diabetes e dor neuropática, e como está sua qualidade de vida.

Sua participação será voluntária e tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

A sua participação será através de responder um questionário sobre seu estado de saúde. Ocorrerá em data combinada, com um tempo estimado para avaliação da dor, qualidade de vida de: 30 minutos.

O senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Centro de Saúde número 08 da Ceilândia e na Instituição Universidade de Brasília – UnB, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Esta pesquisa foi elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo à resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Prof. Luciano Ramos de Lima, na instituição Universidade de Brasília, telefone: 33106600 / 3107-8400 no horário: 8 às 18h.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3325-4955 ou pelo e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br.

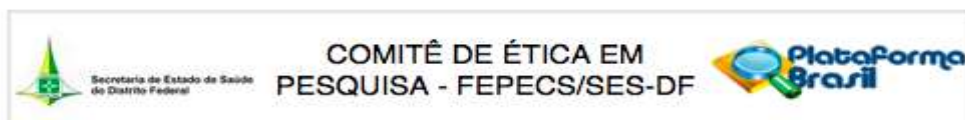
Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador responsável: Luciano Ramos de Lima

ANEXO

1 ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa - CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ensaio clínico randomizado de diabéticos com dor crônica neuropática

Pesquisador: Luciano Ramos de Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32122814.9.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 710.779

Data da Relatoria: 16/06/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo comparativo dos efeitos das ações educativas no controle glicêmico e da dor neuropática em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 com mais de 10 anos de diagnóstico de uma Regional de Saúde do Distrito Federal, se pretende avaliar o efeito das ações educativas. Os sujeitos serão divididos quantitativamente igual em três grupos: o primeiro grupo (medidas de intervenção educativas em grupos), segundo (intervenção educativas individual) e terceiro grupo não receberá medidas educativas.

Objetivo da Pesquisa:

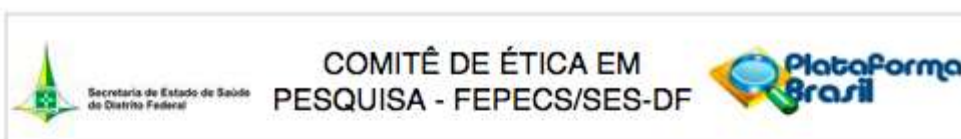
Objetivo Primário:

Comparar os efeitos das ações educativas no controle glicêmico e da dor com características de neuropatia em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 de uma Regional de Saúde do Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

Realizar ações educativas em três grupos distintos: individual, em grupo e sem intervenção (grupo controle). Realizar avaliação clínica nos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 antes, durante e após as ações educativas. Comparar qualidade de vida de pacientes portadores de Diabetes.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 710.779

Mellitos tipo 2 antes e após as ações educativas. Avaliar a intensidade e qualidade da dor antes e após as ações educativas, além de se fazer o controle de glicemia. Identificar os principais diagnósticos de enfermagem relacionados a dor com características neuropáticas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios superam os riscos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo não pode ser duplo cego pois o sujeito de pesquisa pode identificar a qual dos três grupos pertence. Pois saberá se tem a intervenção educativa e se ela é individual ou em grupo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE, folha de rosto, currículo do pesquisador apresentado, termo de consentimento apresentado.

Recomendações:

Retirar o termo de que o estudo é duplo cego, considerando as recomendações acima

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 07 de Julho de 2014

Assinado por:
luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

2 ANEXO B – Instrumento de Coleta de Dados Sociodemográficos e Relacionados à Dor.

Nome: _____

Idade: _____ Cor da pele: ____ (1. Branco; 2. Negro; 3.Pardo)

Naturalidade: _____

Endereço atual: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Estado Civil: ____ (1.Casado; 2.Solteiro; 3. Viúvo; 4. Separado; 5. União estável)

Quantas pessoas residem a mesma casa: _____

Escolaridade: ____ (1.Nenhuma; 2. Ens. Fundamental completo; 3. Ensino fundamental incompleto; 4. Ens. Médio completo; 5. Ens. Médio incompleto; 6. Ens. Superior completo; 7. Ens. Superior incompleto).

Ocupação: ____ (1.Estudante; 2.Trabalhador; 3.Desempregado; 4. Aposentado)

Religião: ____ (1. Católica; 2. Evangélica; 3. Espírita; 4. Outras): _____

Diagnóstico médico: _____

Tempo da descoberta do diagnóstico: _____

Medicação em uso:

Nome: _____ Dose/dia: _____

Nome: _____ Dose/dia: _____

Nome: _____ Dose/dia: _____

Nome: _____ Dose/dia: _____

História clínica atual:**Antecedentes clínicos:****Diabetes mellitus II**

() sim

() não

Data do diagnóstico: _____

Outras: _____

Dados antropométricos:

Altura (cm)_____ Peso (kg)_____

IMC_____ peso/(altura)²

()	< 18,5	Baixo Peso
()	≥ 18,5 e < 25	Adequado ou Eutrófico
()	≥ 25 e < 30	Sobrepeso
()	≥ 30	Obesidade

Fonte: OMS (1995)

Como é feito o controle da diabetes?

Atividade física () sim () parcial () não

Dieta () sim () parcial () não

Medicação oral () sim () parcial () não. Se sim, qual? _____

Insulina () sim () parcial () não

Outros _____

As estratégias para controle da diabetes foram orientadas por quem?

õ Enfermeiro

õ Médico

õ Leigo

õ Outro. Qual? _____

Avaliação da dor associada à neuropatia, Investigação da presença, localização e características da dor, Perguntar ao usuário:

“Ao longo da vida, muitos de nós tem algum tipo de dor, como dor de cabeça, dor muscular ou lombar, dor de dente, dor nos membros, etc. No último ano você sentiu algum tipo de dor ou desconforto nas pernas (pés/panturrilhas)?”

“ Se sim, continuar a avaliação

“ Se não, ir para a parte 5 e 6 (ansiedade/depressão, qualidade vida e perfil clínico)

Localização e características da dor:

Na figura abaixo, marque com a simbologia onde o usuário referir sentir dor/desconforto conforme o descritor:

X: queimação

=: dormência

+: formigamento

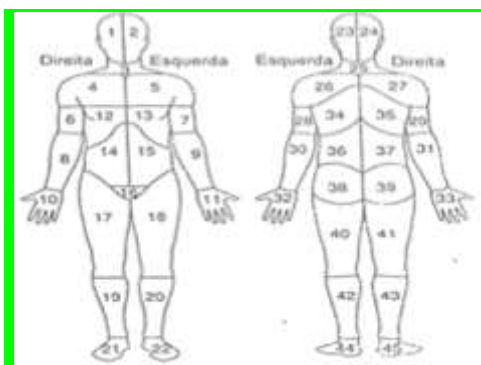
///: fadiga

---: câimbras

** : prurido

00: alfinetada e/ou agulhada

%: outro. Qual? _____



Em caso de mais de um local de dor:

Perguntar ao usuário:

“Qual o local da principal dor, ou seja, aquela que mais incomoda?”

Principal dor: Perguntar ao usuário: “Considerando a dor que mais incomoda, responda:”

“Sendo zero a ausência de dor e 10 a pior dor que você já sentiu, qual o número que melhor descreve sua dor na MÉDIA?”

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3 Anexo C - Normas da revista RECOM

FORMATO E ESTRUTURA:

Título: deverá ser apresentado na sequência dos idiomas português, inglês e espanhol, em alinhamento centralizado, negrito, caixa alta, fonte Calibri 12, conciso, informativo em até 15 palavras.

Autores: a identificação de cada autor deve ser feita somente pelo sistema de submissão. Não serão aceitos artigos que apresentem os nomes dos autores no arquivo referente ao artigo. Devem ser apresentadas, no sistema de submissão, em Resumo da Biografia, as seguintes informações de todos os autores: nomes completos, formação universitária (Graduação), maior titulação (Mestrado ou Doutorado), instituição de origem e e-mail (preferencialmente institucional). Deve ser inserido no sistema o ORCID de todos os autores. Deverá ser especificado, via sistema, o nome do autor correspondente.

Resumos: deverão ser apresentados logo após os títulos, nos idiomas português, inglês e espanhol, fonte Calibri 9, espaçamento simples, justificados, com no máximo 150 palavras. Redigidos em único parágrafo e estruturados em Objetivos, Método, Resultados e Conclusão (Ex: Objetivos:... Método:...). Deverão anteceder os resumos, as palavras resumo, abstract e resumo na mesma fonte e espaçamento. Não serão aceitas siglas, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

Descritores: ao final do resumo deverão ser apontados de 3 a 5 descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Deverão ser apresentados na sequência descritores, descriptors e descriptors, abaixo do resumo correspondente, com a primeira letra em maiúsculo e separados por ponto e vírgula. Para tanto os autores deverão utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>).

Formatação do manuscrito: o artigo deverá ser apresentado logo após os resumos e descritores, em formato editor Microsoft Word; com extensão .doc; Papel tamanho ofício; margens 2,0cm, Fonte Calibri 11; parágrafos alinhados em 1 cm, justificado, espaço 1,5 linha em todo o texto; cabeçalho em 1,4 cm; rodapé em 1,25cm; sem paginação e quebras de página ou seção em toda extensão do arquivo.

Estrutura dos artigos: os artigos deverão apresentar, necessariamente, os itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão (resultados e discussões podem ser apresentados juntos ou separados), Conclusão ou Considerações Finais que deverá responder ao objetivo proposto, conter as contribuições do estudo para a área e as limitações do estudo. Os títulos das citadas seções deverão ser apresentados em fonte Calibri 12, negrito, caixa alta, alinhados à esquerda. Os objetivos deverão ser apresentados na seção Introdução.

Citações: para citações “ipsis literis” de referências deve-se usar aspas na sequência do texto, indicando-se a página consultada. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa deverão ser apresentadas em fonte Calibri 11, entre aspas e na sequência do texto. As citações deverão ser mencionadas em números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem a menção dos autores. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traços (ex.: 2-3); quando intercalados use vírgula (ex.: 2, 4, 6). Observar se os pontos finais foram inseridos após a citação numérica.

REFERÊNCIAS: Deverão ser numeradas consecutivamente na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Não serão aceitos artigos que tenham utilizado ferramentas automáticas do word para a numeração das referências. Deverão ser apresentadas no máximo 25 referências, sendo destas 75% referências de artigos publicados em periódicos nos últimos 5 anos. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. As regras de referência da RECOM têm como base as

normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>). Também poderá ser consultado o site , o qual disponibiliza exemplos de referências em idioma português. Citar o DOI (Digital Object Identifier System) e na ausência deste, “Disponível em:” em seguida inserir link e hiperlink em todas as referências do artigo.

Especificar em nota no fim do documento se o trabalho faz parte de Relatório de Pesquisa, Tese, Dissertação, Monografia de Final de Curso, entre outras, e também, a indicação da agência de fomento, quando for o caso.