

## ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA DOR CRÔNICA DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Emanoelle Castro Ribeiro  
Ynnaê Côrtes da Silva Neri  
Silvana Schwerz Funghetto  
Cris Renata Grou Volpe  
Marina Morato Stival  
Luciano Ramos de Lima

### RESUMO

**OBJETIVO:** caracterizar as estratégias de enfrentamento da dor crônica de idosos com Diabetes Mellitus atendidos na atenção básica. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal com 50 pacientes, 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 ( $M=62,1\pm 8,3$  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.

**Palavras-chave:** Dor Crônica; Diabetes Mellitus; Idoso; Capacidades de Enfrentamento.

### INTRODUÇÃO

No Diabetes Mellitus tipo 2 (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.

A Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation-IDF) estima que em 2017 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 milhões<sup>1</sup>. 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<sup>2</sup>. 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.

Os quatro principais países ou territórios para o número de adultos (20–79 anos) com DM, 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 mundo<sup>1</sup>.

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 dor do tipo de 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.

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 comuns.

As queixas dolorosas nos pacientes com DM2, 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  $\pm 10$  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 participantes.

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. Este estudo teve como objetivo caracterizar as estratégias de enfrentamento da dor crônica de idosos com Diabetes Mellitus atendidos na atenção básica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 50 indivíduos que eram atendidos e cadastrados uma Unidade Básica de Saúde (UBS) 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. Foram excluídos da

pesquisa portadores de DM tipo 2, pacientes com história de doença neurológica, infecciosa e neoplasia e em uso de álcool.

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.

Os instrumentos adotados foram: avaliação clínica com exame de medidas antropométricas; avaliação da dor relacionado sua intensidade (Escala Numérica Visual 0 a 10 pontos), para a localização da dor foi utilizado um diagrama corporal. Também foi caracterizado as formas e condutas que os profissionais utilizam para enfrentamento e tratamento da dor crônica aos pacientes atendidos.

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 CAEE (32122814.9.0000.5553).

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).

## 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, 2023.

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	9	18,0
	Feminino	41	82,0
Escolaridade	analfabeto	6	12,0
	ensino fundamental	38	76,0
	ensino médio	4	8,0
	ensino superior	2	4,0
Idade	42-49 anos	4	8,0
	50-59 anos	12	24,0
	60-69 anos	24	48,0
	> 70 anos	10	20,0
Estado Civil	Solteiro	9	18,0
	Casado	23	46,0
	Divorciado	6	12,0
	Viúvo	12	24,0
Profissão	Empregado	11	22,0
	Desempregado	7	14,0
	Aposentado	23	46,0
	Reformado	0	0,0
Trabalho como fonte de renda	Sim	12	24,0
	Não	38	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, 2023.

Variáveis		N	%
IMC	Baixo peso	0	0,0
	Eutrófico	9	18,0
	Sobrepeso	15	30,0
	Obesidade	26	52,0
Cárdio Circulatório	Sim	40	80,0
	Não	10	20,0
Músculo esquelético	Sim	5	10,0
	Não	45	90,0
Nenhuma comorbidade	Sim	6	12,0
	Não	44	88,0
Atividade Física	Sim	10	20,0
	Parcial	13	26,0
	Não	27	54,0
Dieta	Sim	14	28,0
	Parcial	19	38,0
	Não	17	34,0
Medicação Oral	Sim	48	96,0
	Parcial	0	0,0
	Não	2	4,0
Insulina	Sim	15	30,0
	Parcial	0	0,0
	Não	35	70,0

Quanto ao local da 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, 2023.

Dor		N	%
Localização da dor	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	< 03 meses (Aguda)	2,0	4,0
	> 03 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 se queixaram 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 e estratégias para dor de pacientes diabéticos (n=50) atendidos na atenção primária, Brasília, 2023

Atendimento e estratégias	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
Médico	Sim	11,0 22,0
	Não	39,0 78,0
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

## 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 médica. 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 DM, como deficits visuais, seguidos por problemas nos pés e a ND.

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 mulheres.

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 UBS.

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 DM2. 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 estudo. 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 crônica.

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 neuropáticas.

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 tem 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.

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). 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 dor.

A dor foi descrita no atendimento na UBS neste estudo, a maior parte da amostra referiu 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 profissionais.

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 DM 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 apoio. 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 DM2 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 DM2 são 2,5 vezes mais atendidas por médicos e 2,95 vezes mais vistas pela equipe de enfermagem.

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 automedicação.

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 emocional.

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 comportamental. 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 massagem.

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 metabólico.

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/dl<sup>4</sup>. Este controle glicêmico ajuda no controle de exacerbação de períodos dolorosos e na prevenção das complicações advindas do DM 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 DM2, 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 física. 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 DM associada a HAS, mais da metade apresentavam obesidade e precisavam de modificação na dieta. Nesse sentido o controle do DM foi evidenciado em outra pesquisa realizada no Paraguai com 338 pacientes com DM, utilizavam para o controle do DM o uso de antidiabéticos orais 63,5%, usavam insulina 32% e 4% adotavam a dieta e exercícios.

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 medicação.

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 glicose.

A insulino terapia pode ser iniciada em etapas precoces do tratamento do DM2, quando modificações no estilo de vida associadas aos hipoglicemiantes orais forem insuficientes para obter o controle glicêmico adequado.

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 antidiabéticos.

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 DM.

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 sistematizado.

A enfermagem inserida na equipe de saúde 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 de adoção do tratamento da dor. É importante reconhecer o conhecimento do paciente e de 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 DM2 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 DM2, entretanto, por requerer readaptação do estilo de vida e pelo próprio fato de ser cônica 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.

## 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.

A dor deve ser identificada e monitorada o seu tratamento, que em conjunto contribui no tratamento do DM2 como obesidade, controle de peso e realização de práticas de atividades físicas. Estas ações devem ser observadas pelo enfermeiro e demais integrantes da equipe de saúde 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