

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE - MESTRADO E
DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Stefani Gabriela da Silva dos Santos

O DESENVOLVIMENTO DA NEUROPATIA PERIFÉRICA NO DIABETES
***MELLITUS* TIPO 2 E SUAS RELAÇÕES COM O SOFRIMENTO EMOCIONAL,**
AUTOCUIDADO, ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Santa Cruz do Sul

2026

Stefani Gabriela da Silva dos Santos

**O DESENVOLVIMENTO DA NEUROPATIA PERIFÉRICA NO DIABETES
MELLITUS TIPO 2 E SUAS RELAÇÕES COM O SOFRIMENTO EMOCIONAL,
AUTOCUIDADO, ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde da Família, do escolar e do trabalhador, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Santa Cruz do Sul

2026

CIP - Catalogação na Publicação

dos Santos , Stefani

O DESENVOLVIMENTO DA NEUROPATIA PERIFÉRICA NO DIABETES MELLITUS TIPO 2 E SUAS RELAÇÕES COM O SOFRIMENTO EMOCIONAL, AUTOCUIDADO, ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE / Stefani dos Santos . - 2026.

137f. ; 7 cm.

Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) - Universidade de Santa Cruz do Sul, 2026.

Orientação: Profa. Dra. Andreia Valim.

Coorientação: Profa. Dra. Edna Garcia .

1. Diabetes mellitus tipo 2. 2. Neuropatia diabética. 3. Autocuidado. 4. Sofrimento emocional. 5. Amputação.. I. Valim, Andreia . II. Garcia , Edna . III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Stefani Gabriela da Silva dos Santos

**O DESENVOLVIMENTO DA NEUROPATIA PERIFÉRICA NO DIABETES
MELLITUS TIPO 2 E SUAS RELAÇÕES COM O SOFRIMENTO EMOCIONAL,
AUTOCUIDADO, ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde da Família, do escolar e do trabalhador, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Banca examinadora

Dra. Andréia Rosane de Moura Valim

Orientadora - Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - UNISC

Dra. Edna Linhares Garcia

Co-orientadora - Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - UNISC

Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug - Examinadora interna

Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde - UNISC

Heloísa Theodoro

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - UCS

Santa Cruz do Sul

2026

AGRADECIMENTO

Construir essa fase da minha vida foi muito além do que pesquisar e escrever sobre os impactos do autocuidado na neuropatia periférica, foi aprender sobre frustração, foi praticar a paciência, foi ver o olho brilhar por aquilo que me transforma todos os dias, foi o fazer em saúde. Aprendi que, em momentos difíceis e de descrença, o apoio daqueles que nos acompanham é vida, é luz, é amor, e que, nos momentos realizadores, é junto a esses que a vida cria sentido.

Agradeço a Deus por me dar esperança e forças para lutar por um futuro melhor para mim, para minha família e para todos aqueles que acreditam e precisam da ciência.

Agradeço à minha avó que, enquanto esteve ao meu lado, me revelou a força que uma mulher carrega para transformar seus sonhos em realidade.

Agradeço a minha família por acreditar em mim, principalmente naqueles dias em que eu não acreditei.

Agradeço a minha mãe por me achar a pessoa mais inteligente do mundo, junto aos meus irmãos, é claro.

Agradeço aos meus irmãos por sempre me acompanharem nos caminhos que me levam aos meus sonhos.

Agradeço a minha sobrinha Alice por trazer tanta luz, pureza e amor, lembrando-me que sentir é essencial, até na pesquisa, até na escrita.

Agradeço ao meu companheiro Ricardo por me amparar, acreditar e investir, junto a mim, em quem eu sou e em quem eu desejo me tornar.

Agradeço aos meus amigos, que sempre me apoiaram e me incentivaram a seguir aquilo que eu acredito, e se disponibilizaram a me escutar tantas e tantas vezes.

Agradeço a prof^a Andréia e a prof^a Edna por crerem e investirem em tudo que eu propus; tê-las como minhas orientadoras tornaram este percurso mais afetivo e humano.

Agradeço a mim por crer naquilo que estudo, vivo e invisto. Agradeço a todos aqueles que zelam por um olhar e cuidado humanizado para os que precisam. Agradeço a todos aqueles que, antes de mim, investem e acreditam na psicologia, na ciência que escuta, acolhe e media.

“Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo.”

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crônica e metabólica altamente prevalente, responsável por aproximadamente 90% dos casos de diabetes. Seus sintomas, muitas vezes pouco intensos ou ausentes, favorecem o diagnóstico tardio e o surgimento de complicações, como a neuropatia diabética periférica, considerada a complicação crônica mais frequente e preocupante. Essa condição provoca alterações sensoriais e motoras, aumentando o risco de úlceras nos pés e amputações de membros inferiores. No contexto brasileiro, esses desfechos constituem um importante problema de saúde pública, com elevados índices de internações e custos ao sistema de saúde. As amputações acarretam impactos físicos, sociais e emocionais significativos, incluindo alterações na autoimagem, isolamento social e sofrimento psíquico. A educação em saúde, aliada ao incentivo ao autocuidado, são estratégias fundamentais para a prevenção da neuropatia e de lesões nos pés, com potencial para reduzir significativamente o risco de amputações. Nessa perspectiva, o itinerário terapêutico possibilita a compreensão de sentidos atribuídos pelos sujeitos ao processo de adoecimento e às práticas de cuidado, considerando saberes biomédicos, populares e culturais. Diante disso, o presente estudo tem como finalidade discutir as interfaces entre itinerário terapêutico, depressão, ansiedade, autocuidado e educação em saúde no desenvolvimento da neuropatia periférica em pessoas com DM2. **Objetivo:** Analisar as relações que se estabelecem entre itinerário terapêutico, depressão, ansiedade e autocuidado e educação em saúde no desenvolvimento de neuropatia periférica em indivíduos com o DM2.

MANUSCRITO 1: Objetivo: Investigar a associação entre as dimensões do autocuidado em diabetes, sofrimento emocional relacionado ao DM2 e variáveis sociodemográficas em pacientes com amputações, por meio de análises bivariadas e multivariadas. **Método:** Estudo quantitativo, observacional, de cunho transversal, desenvolvido em um serviço especializado de atenção secundária à saúde no interior do Rio Grande do Sul. Foram incluídas pessoas com neuropatia periférica decorrente de DM2, e histórico de amputações. Foram coletados dados sociodemográficos e aplicados os instrumentos validados para o Brasil B-PAID, para avaliação do sofrimento emocional relacionado ao diabetes, e o QAD, para avaliação da adesão às atividades de autocuidado. **Resultados:** A amostra foi predominantemente masculina (78%), na faixa etária entre 60 e 69 anos (36,6%) e baixo nível de escolaridade (85,4%). Em relação às amputações, 39% apresentaram uma amputação, 31,7% duas e 29,3% três ou mais. Nas análises bivariadas, as dimensões alimentação geral ($r = -0,423$) e atividade física ($r = -0,207$) foram as dimensões que apresentaram associação significativa. Entretanto, após o ajuste por sexo, número de amputações, idade e escolaridade, nenhuma dimensão do QAD permaneceu associada ao B-PAID. **Conclusões:** O sofrimento emocional presente em pessoas com Diabetes *mellitus* é multifatorial, não podendo ser associado somente ao autocuidado. Necessário considerar fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais. Estratégias de prevenção e cuidado devem adotar práticas multiprofissionais e integras.

MANUSCRITO 2: Objetivo: Compreender como sofrimento emocional, práticas de autocuidado, educação em saúde e itinerário terapêutico se articulam na vivência de sujeitos com DM2 e neuropatia periférica. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na Produção de Sentidos de Spink, juntamente à aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e do Inventário de Depressão de Beck (BDI) em 10 participantes; cinco deles também participaram de entrevistas semiestruturadas. **Resultado e discussão:** Os resultados indicaram níveis de ansiedade mínimo ou leve e presença de sintomas depressivos mínimos ou moderados. A análise qualitativa se estruturou em três categorias: naturalização dos riscos e banalização dos sinais corporais; trabalho como eixo organizador da vida e concorrente do cuidado; e circulação fragmentada no sistema de saúde associada a uma educação prescritiva. **Conclusão:** Conclui-se que o autocuidado não pode ser entendido em

formato individualizado, sendo atravessado por sofrimento emocional, condições sociais e organização dos serviços de saúde. O enfrentamento das complicações do DM2 demanda, além de manejo clínico, a consideração das dimensões subjetivas e socioculturais do processo saúde-doença.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus* tipo 2; Neuropatia diabética; Autocuidado; Sofrimento emocional; Amputação.

ABSTRACT

Introduction: Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) is a highly prevalent chronic metabolic disease, accounting for approximately 90% of diabetes cases. Its symptoms are often mild or absent, contributing to late diagnosis and the development of complications such as diabetic peripheral neuropathy, considered the most frequent and concerning chronic complication. This condition causes sensory and motor changes, increasing the risk of foot ulcers and lower-limb amputations. In the Brazilian context, these outcomes represent a significant public health problem, with high hospitalization rates and substantial costs to the health system. Amputations lead to significant physical, social, and emotional impacts, including changes in self-image, social isolation, and psychological distress. Health education, combined with the promotion of self-care, is a key strategy for preventing neuropathy and foot injuries, with the potential to significantly reduce the risk of amputations. From this perspective, the therapeutic itinerary allows for understanding the meanings individuals attribute to the illness process and care practices, considering biomedical, popular, and cultural knowledge. In this context, the present study aims to discuss the interfaces between therapeutic itinerary, depression, anxiety, self-care, and health education in the development of peripheral neuropathy in individuals with T2DM. **Objective:** To analyze the relationships established between therapeutic itinerary, depression, anxiety, self-care, and health education in the development of peripheral neuropathy in individuals with T2DM. **MANUSCRIPT 1: Objective:** To investigate the association between dimensions of diabetes self-care, diabetes-related emotional distress, and sociodemographic variables in patients with amputations through bivariate and multivariate analyses. **Method:** A quantitative, observational, cross-sectional study conducted in a specialized secondary healthcare service in the countryside of Rio Grande do Sul, Brazil. Participants included individuals with peripheral neuropathy resulting from T2DM and a history of amputations. Sociodemographic data were collected, and the validated Brazilian versions of the B-PAID (Problem Areas in Diabetes) scale were used to assess diabetes-related emotional distress, along with the QAD (Diabetes Self-Care Activities Questionnaire) to assess adherence to self-care activities. **Results:** The sample was predominantly male (78%), aged between 60 and 69 years (36.6%), and had low educational levels (85.4%). Regarding amputations, 39% had undergone one amputation, 31.7% two, and 29.3% three or more. In bivariate analyses, the dimensions of general diet ($r = -0.423$) and physical activity ($r = -0.207$) showed significant associations. However, after adjusting for sex, number of amputations, age, and education level, no QAD dimension remained associated with B-PAID scores. **Conclusions:** Emotional distress in individuals with Diabetes Mellitus is multifactorial and cannot be associated solely with self-care. Sociodemographic, clinical, and psychosocial factors must be considered. Prevention and care strategies should adopt comprehensive, multiprofessional approaches. **MANUSCRIPT 2: Objective:** This study aimed to understand how emotional distress, self-care practices, health education, and therapeutic itinerary are articulated in the experiences of individuals with T2DM and peripheral neuropathy. **Method:** This is a qualitative study grounded in Spink's Meaning Production framework, combined with the application of the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory (BDI) to 10 participants; five of them also participated in semi-structured interviews. **Results and Discussion:** Results indicated minimal or mild levels of anxiety and minimal to moderate depressive symptoms. Qualitative analysis was structured into three categories: naturalization of risks and trivialization of bodily signs; work as the organizing axis of life and competing with care; and fragmented circulation within the health system associated with prescriptive health education. **Conclusion:** Self-care cannot be understood as an individualized process, as it is influenced by emotional distress, social conditions, and the organization of health

services. Addressing T2DM complications requires not only clinical management but also consideration of the subjective and sociocultural dimensions of the health–disease process.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Diabetic neuropathy; Self-care; Emotional distress; Amputation.

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1:

Tabela 1: Estatística descritiva das variáveis de um estudo realizado em Caxias do Sul - Rio Grande do Sul, no período de 2025 - 2026.

Tabela 2: Associações bivariadas entre QAD e B-PAID de um estudo realizado em Caxias do Sul - Rio Grande do Sul, no período de 2025 e 2026.

Tabela 3: Associações multivariadas entre QAD e B-PAID, ajustando para covariáveis de um estudo realizado em Caxias do Sul - Rio Grande do Sul, no período de 2025 e 2026.

LISTA DE FIGURAS

PRODUTO TÉCNICO

Figura 1 - Foto da pesquisadora com a psicóloga do ambulatório Pé insensível.

Figura 2 - Card de divulgação do Podcast - A neuropatia periférica na prática clínica: o olhar da psicologia.

Figura 3 - Foto da pesquisadora com a nutricionista do ambulatório Pé insensível.

Figura 4 - Card de divulgação do Podcast - A neuropatia periférica na prática clínica: falando sobre atenção nutricional.

Figura 5 - Foto da pesquisadora com a fisioterapeuta do ambulatório Pé insensível

Figura 6 - Card de divulgação do Podcast - A neuropatia periférica na prática clínica: o fazer da fisioterapia

Figura 7 - Foto da pesquisadora com o médico vascular do ambulatório Pé insensível.

Figura 8 - Card de divulgação do Podcast - A neuropatia periférica na prática clínica: atuação do médico vascular.

Figura 9 - Foto da pesquisadora com os dois enfermeiros do ambulatório Pé insensível.

Figura 10 - Card de divulgação do Podcast - A neuropatia periférica na prática clínica: a enfermagem como agente de cuidado.

Figura 11 - Foto da pesquisadora com a assistente social do ambulatório Pé insensível.

Figura 12 - Card de divulgação do Podcast - A neuropatia periférica na prática clínica: o papel do serviço social.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA	American Diabetes Association
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
B-PAID	Problem Areas in Diabetes
CECLIN	Centro Clínico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
IDF	International Diabetes Federation
IT	Itinerário Terapêutico
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LS	Literacia em Saúde
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PPGPS	Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde
QAD	Questionário de Atividades de Autocuidado com Diabetes
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCS	Universidade de Caxias do Sul
UFN	Universidade Franciscana
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

AGRADECIMENTO	4
RESUMO	6
ABSTRACT	8
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	12
APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	18
2 O AUTOCUIDADO NA NEUROPATIA PERIFÉRICA	20
2.1 Diabetes mellitus tipo 2 e neuropatia periférica	21
2.3 Autocuidado, educação em saúde e a neuropatia periférica: caminhos para a prevenção	26
2.4 Itinerário Terapêutico: sentidos e práticas do cuidado	28
2.5 Interdisciplinaridade na DM2: desafios e possibilidades no cuidado integral	30
2.6 O DM2 como desafio global: Interfaces com a Agenda 2030	31
3 OBJETIVOS	33
3.1 Objetivo geral	33
3.2 Objetivos específicos	33
4. PRODUTOS BIBLIOGRÁFICOS, TÉCNICOS E/OU TECNOLÓGICOS DA DISSERTAÇÃO	34
4.1 Manuscrito 1	34
4.2 Manuscrito 2	50
4.3 Capítulo E-book	65
4.4 Podcast: Na linha do cuidado - A neuropatia periférica na prática clínica	76
5. CONCLUSÕES GERAL E CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
5.1 Conclusões gerais	84
5.2 Considerações finais	84
6. PERSPECTIVAS	86
7. NOTA À IMPRENSA	87
8. RELATÓRIO DE CAMPO	88
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE I - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	99
ANEXO I - Parecer consubstanciado do CEP da UNISC	102
ANEXO II: Parecer consubstanciado do CEP da UCS	106
ANEXO III - Dados clínicos e epidemiológicos	114
ANEXO IV - Inventário de Ansiedade de BECK - BAI	115
ANEXO V - Inventário de Depressão de BECK - BDI	116
ANEXO VI - Questionário de atividades de autocuidado com a diabetes - QAD	118
ANEXO VII - B-PAID - (Versão brasileira da escala PAID - Problemas Areas in Diabetes).	120

ANEXO VIII - Questões disparadoras para entrevista semiestruturada	123
ANEXO IX – Normas da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde	124
ANEXO X - Normas da Revista Psicologia e Saúde	138

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação, intitulada de “O desenvolvimento da neuropatia periférica na Diabetes Mellitus tipo 2 e suas relações com o itinerário terapêutico, depressão, ansiedade, autocuidado e educação em saúde”, foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde (PPGPS), sob autoria de Stefani Gabriela da Silva dos Santos. A autora é psicóloga formada pela Universidade de Caxias do Sul (UCS) em 2019. Finalizou sua especialização em Reabilitação Física pela Universidade Franciscana (UFN) em 2022 e sua pós-graduação em Psicologia Hospitalar no mesmo ano pela Faculdade Dom Alberto.

A afeição e curiosidade pelo tema da neuropatia periférica, bem como pelas variáveis que influenciam na promoção de saúde, foram intensificadas no desenvolvimento de sua Residência Multiprofissional. Como trabalho de Conclusão de Residência (TCR), a autora investigou os comportamentos autodestrutivos associados à neuropatia periférica, possibilitando compreender como o processo de adoecimento, os formatos de autocuidado atuantes ou não, sofrem múltiplas influências. Os achados dessa pesquisa evidenciaram a interferência de fatores intrínsecos, como emoções, modos de ser, experiências e de fatores extrínsecos, ou seja, as relações com os profissionais de saúde e com o sistema de saúde, além do contexto social e dos condicionamentos históricos, políticos e culturais, nas possíveis causas que podem levar o sujeito à autodestruição ao longo do tratamento do DM2.

Diante da complexidade que envolve o campo da saúde integral, no qual o fazer em saúde se constitui e se desenvolve, emergiu a necessidade de dar continuidade a essa tema de pesquisa, considerando o cuidado e a relação junto com os profissionais de saúde são construções atravessadas pela busca da equidade em saúde e equidade no cuidado. Nesse percurso, o direcionamento do estudo assumiu outras formas e outros rumos, passando a ter como objetivo analisar as relações que se estabelecem entre o itinerário terapêutico, depressão, ansiedade, autocuidado e educação em saúde no desenvolvimento de neuropatia periférica em indivíduos com o DM2.

Esta dissertação, desenvolvida no âmbito de um Programa de Pós-Graduação que valoriza uma concepção ampliada da saúde e de seus determinantes socioeconômicos, epidemiológicos e culturais, alinha-se aos princípios da promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida. O estudo insere-se na linha de pesquisa *Estilo de vida e saúde da família, do escolar e do trabalhador*, por abordar o Diabetes Mellitus tipo 2 e a neuropatia periférica a

partir dos contextos de vida nos quais os sujeitos estão inseridos, considerando práticas de autocuidado, itinerários terapêuticos, relações estabelecidas com os serviços e profissionais de saúde, bem como os riscos e vulnerabilidades que atravessam essas experiências. Além disso, ao articular aspectos epidemiológicos e de saúde mental, o trabalho adota uma perspectiva integradora, com foco na promoção da saúde e na compreensão ampliada dos processos de adoecimento e cuidado.

O presente trabalho foi estruturado a partir das diretrizes do PPGPS e se apresenta da seguinte forma:

1 - Introdução: apresenta o contexto do Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), suas complicações, incluindo o impacto na saúde mental, apresentando a relevância do estudo e seu ponto de partida.

2- Marco teórico: define e descreve os principais conceitos que fundamentam esta pesquisa, abordando acerca do DM2; saúde mental; autocuidado; educação em saúde; itinerário terapêutico; interdisciplinaridade; Agenda 2030.

3 - Objetivos: apresentam de forma clara o objetivo geral e os objetivos específicos da dissertação.

4 - Produtos bibliográficos: constituem os manuscritos derivados da dissertação:

- Manuscrito 1: Autocuidado e sofrimento emocional relacionado ao diabetes *mellitus* tipo 2 em pacientes com amputações: análise bivariada e multivariada.

- Manuscrito 2: Sentidos do adoecimento e do cuidado no diabetes mellitus tipo 2: um estudo qualitativo sobre neuropatia periférica e itinerários terapêuticos

- Capítulo E-book: Educação e Literacia em Saúde: a promoção de autocuidado em saúde nas doenças crônicas não transmissíveis.

- Produto Técnico: Podcast: Na linha do cuidado - A neuropatia periférica na prática clínica.

5 - Conclusões gerais: sintetizam os principais resultados do estudo, reafirmando que o autocuidado não é uma prática isolada ou exclusivamente individual, mas socialmente situada, atravessado por questões emocionais e organizacionais em saúde.

6 - Perspectivas futuras: apontam desdobramentos da pesquisa, sugerindo a necessidade de ampliar pesquisas com amostras maiores e delineamentos longitudinais, investir em estratégias de educação em saúde dialógica e atuação interprofissional, aprofundar a análise do itinerário terapêutico e das desigualdades sociais no cuidado, além de fortalecer a integração entre pesquisa, prática e comunicação para promover modelos mais humanizados e efetivos na atenção às pessoas com DM e neuropatia periférica.

7 - Nota à imprensa: oferece um resumo da pesquisa em linguagem acessível, ressaltando a complexa interação entre fatores clínicos, emocionais e sociais no desenvolvimento e agravamento da neuropatia periférica.

8- Relatório de campo: descreve as atividades realizadas durante a estruturação do estudo, a prática e análise, assim como o contexto do local de execução e os métodos utilizados.

Referências: relaciona todas as fontes acadêmicas e científicas consultadas.

Apêndices e anexos: incluem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), instrumentos de coleta, parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e normas de submissão das revistas-alvo.

Espera-se que esta dissertação possa oferecer subsídios teóricos e metodológicos para reflexões e construção de práticas em saúde voltadas para pesquisadores, profissionais, estudantes e pacientes, estimulando o aprofundamento crítico e a ampliação de novas perspectivas de estudo. Tal expectativa justifica-se pela impotência do tema, especialmente diante dos índices alarmantes de aumento dos diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo 2, bem como pela necessidade de considerar o caráter limitante deste processo de adoecimento, que impacta diretamente a qualidade de vida, autoimagem e saúde mental das pessoas acometidas.

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) é uma doença crônica e metabólica, caracterizada pelos níveis altos de glicose no sangue e se desenvolve normalmente em adultos que possuem resistência ou não produzem insulina suficiente. O DM2 é o mais comum dos tipos, sendo que 90% das pessoas diagnosticadas têm este tipo de diabetes (International Diabetes Federation [IDF], 2021; Pan American Health Organization [PAHO], 2022).

Os sintomas da DM2 podem ser semelhantes ao da Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1), porém, na maior parte das vezes, os sintomas são menos intensos ou nem se mostram, dificultando o diagnóstico no momento em que a DM2 se instala, resultando frequentemente em um diagnóstico tardio. Esse diagnóstico, normalmente, se dá quando as complicações advindas da DM2 começam a surgir, como déficit visual, úlceras de membros inferiores com difícil cicatrização, doenças cardíacas e até mesmo acidente vascular cerebral (IDF, 2021).

A neuropatia diabética periférica é a complicação crônica e progressiva mais prevalente e preocupante. Essa complicação afeta os nervos periféricos, resultando em danos sensoriais e motores (Salum et al., 2025). Possui sintomas característicos como dormência, sensação de queimação, formigamento, desequilíbrio, choque ou pontadas (Nascimento et al., 2025). Simultaneamente, em uma próxima fase da neuropatia periférica diabética, pode ocorrer a redução da sensibilidade dos membros periféricos, sintoma este que está ligado diretamente ao desenvolvimento de úlceras no pé e aumento de risco para amputação (Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD], 2021).

O DM2 é um problema de saúde pública, entre os anos de 2011 e 2019 foram registradas 1.239,574 internações por conta do DM, significando 1,2% das hospitalizações via Sistema Único de Saúde (SUS) (Costa *et al.*, 2023). Em 2015, foi estimado que há cerca de 9,1 milhões a 26,1 milhões de pessoas com diabetes que apresentam úlcera a cada ano. No Brasil, entre 2010 e 2020, foram registrados um total de 247.047 internações devido a amputação/desarticulação de membros inferiores relacionados ao pé diabético, totalizando cerca de R\$17,27 milhões em custos (Toscano *et. al.*, 2018; Silva *et al.*, 2021).

As amputações podem ocorrer em diferentes níveis, desde de amputações de dedos, até a nível transtibial e transfemural, gerando impactos que podem variar de acordo com a região amputada. O procedimento pode levar o sujeito ao isolamento social, impactando na participação em atividades sociais e de lazer, pode gerar sentimentos de vergonha, alterações na autoimagem e tem a tendência de modificar radicalmente a rotina do paciente e seu estilo

de vida, tanto devido a perda de independência, mas também por conta das incertezas quanto ao futuro (Correia *et al.*, 2022; Crocker *et al.*, 2022).

Pessoas com diagnóstico de doenças crônicas apresentam maior probabilidade de desenvolver formas patológicas de estresse, ansiedade e depressão, bem como, alguns fatores psicológicos podem comprometer a conformidade e a adesão ao tratamento dos pacientes com DM2 (Ramos & Ferreira, 2011). A presença de um transtorno depressivo pode estar associada a um risco aumentado de desenvolvimento do diabetes *mellitus*, enquanto indivíduos com a doença apresentam maior probabilidade de manifestar sintomas depressivos. Nesse sentido, a depressão configura-se como uma condição frequente entre indivíduos com DM2, ocorrendo, muitas vezes, de forma concomitante (Abbas *et al.*, 2023). Esse processo de adoecimento emocional pode ser intensificado diante da piora do quadro clínico do usuário ou da instalação de complicações, como a neuropatia periférica, sendo comuns sentimentos de tristeza, medo, frustração, impotência e constrangimento (Crocker *et al.*, 2022).

A existência desses fatores emocionais produzem um comprometimento significativo do funcionamento social e profissional do indivíduo, porém em grande maioria, tais aspectos são subnotificados, impactando diretamente no autogerenciamento e em um possível agravamento da morbidade da doença (Raupp, 2021).

A prevenção é um dos principais elementos contra a neuropatia periférica diabética, demandando assim a necessidade da percepção de sintomas e sinais, identificando as fases iniciais da neuropatia e permitindo uma intervenção de medidas precoces, além de possibilitar medidas educativas em todos os níveis de cuidado (Rodica *et al.*, 2017; Assunção *et al.*, 2017). A abrangência da prática de programas educacionais, que engloba o exame regular dos pés, classificação de risco e educação terapêutica, podem chegar a diminuir a ocorrência em até 50% de lesões nos pés e conseqüentemente a diminuição de amputação em membros inferiores (Cubas *et al.*, 2013).

A educação em saúde é vista como essencial para o tratamento não medicamentoso para o DM e suas complicações, dado que possibilita ao sujeito ter autonomia e permite que aperfeiçoe habilidades para manejo com a doença, estimulando a corresponsabilização e a prática do autocuidado, contribuindo para a prevenção de doenças, promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida. Também proporciona a preparação para efetivar o autogerenciamento do processo de adoecimento, podendo chegar a adequação do controle glicêmico e diminuir a possibilidade de incidência de complicações, uma vez que, o desconhecimento da doença pode resultar no aumento de incidências da enfermidade (Lima *et al.*, 2022).

A prática de autocuidado é um ato essencial para prevenção e/ou detecção de lesões, sendo considerado um pilar para o tratamento do DM. É um comportamento individual e autônomo em que o sujeito dirige a si mesmo, constituído por atitude consciente, que está inserida em um contexto social e ambiental, e é favorável ao seu bem-estar (Silva *et al.*, 2009; Fischer *et al.*, 2022). O estímulo do autocuidado é integrante de ações de prevenção de úlcera nos pés, levando em conta que 99% dos cuidados rotineiros necessários são desenvolvidos pela pessoa com DM ou seus familiares, dessa forma, um dos maiores obstáculos se encontra na efetivação da educação em saúde executado pelos profissionais de saúde (SBD, 2022; Brasil, 2013).

Refletir acerca da relação do sujeito com seu processo de adoecimento implica considerar os sentidos atribuídos à práticas de cuidado, perspectiva compreendida a partir do conceito de itinerário terapêutico (IT). Este compreende os múltiplos sentidos construídos pelos sujeitos sobre a doença, integrando saberes populares, religiosos e biomédicos, bem como as práticas mobilizadas na busca por cuidado, em um contexto atravessado por desigualdades sociais, regionais, políticas e culturais (Demétrio *et al.*, 2019; Gerhardt *et al.*, 2016).

As práticas de cuidados e os IT são construídos a partir de saberes tradicionais, espirituais, religiosos e de outras naturezas. Esses saberes podem englobar desde práticas religiosas até o uso de medicinas integrativas (Segata; Segata, 2011). O estudo dessas práticas tem como propósito compreender e discutir lógicas diversas de cuidado. Essa abordagem possibilita problematizar os princípios da resolutividade e da integralidade na atenção à saúde. Tais princípios evidenciam os aprendizados decorrentes das experiências de adoecimento e da busca por cuidado em saúde vivenciadas pelos sujeitos e por suas famílias. Além disso, permitem analisar as formas pelas quais os serviços de saúde oferecem respostas mais ou menos resolutivas às demandas apresentadas (Coqueiro *et al.*, 2018).

Diante a todo exposto, se vê necessário refletir e discutir acerca dos impactos advindos da dificuldades de autocuidado dos usuários, já que os índices de lesões nos pés de pessoas diabéticas aumentam a cada dia. Ademais, se vê também importante destacar o DM2 como um importante problema de saúde pública, considerando não apenas suas complicações clínicas, mas também seus impactos psicossociais e emocionais. Problematizar o autocuidado como prática influenciada por fatores contextuais, o estudo pretende contribuir para a qualificação da educação em saúde e para o desenvolvimento de práticas mais integras, humanas e efetivas no cuidado às pessoas com diabetes.

Como visto, a educação em saúde é uma potente intervenção promotora de cuidado e saúde para esses pacientes. Com base nas questões abordadas acima, o presente estudo é orientado pelo seguinte problema de pesquisa: que relações se estabelecem entre sofrimento emocional, autocuidado, itinerário terapêutico e educação em saúde no desenvolvimento de neuropatia periférica em indivíduos com DM2?

2 O AUTOCUIDADO NA NEUROPATIA PERIFÉRICA

Para abordar acerca de que relações se estabelecem entre o sofrimento emocional, autocuidado, itinerário terapêutico e educação em saúde no desenvolvimento de neuropatia periférica no DM2, abaixo será realizada a caracterização do DM2 e a neuropatia periférica; os impactos psicossociais do DM2 e suas complicações; autocuidado, educação em saúde e DM2; e itinerário terapêutico.

2.1 Diabetes *mellitus* tipo 2 e neuropatia periférica

O DM2 é uma doença crônica não transmissível, desenvolvida quando o pâncreas não produz insulina suficiente e/ou quando o corpo não consegue usar efetivamente a insulina que produz (American Diabetes Association [ADA], 2023). A insulina é um hormônio que realiza a regulação de açúcar no sangue, conhecido como glicemia, a sua diminuição resulta no aumento de concentração de açúcar, ocorrendo a hiperglicemia (Brasil, 2013). O DM2 é o tipo mais comum de diabetes e dentre os fatores de risco para o seu desenvolvimento estão o sobrepeso e a obesidade, o sedentarismo, a idade, parentes em primeiro grau com diabetes, histórico de diabetes gestacional, doença cardiovascular e seus fatores de risco e a etnia (OPAS, 2020).

No ano de 2019, o DM2 foi responsável por mais de 284 mil mortes, sendo considerada a sexta causa de mortalidade nas Américas. É apontada como a principal causa de cegueira em pessoas de 40 a 74 anos, de amputação de membros inferiores e de doença renal crônica, também triplicando o risco de morte por doença cardiovascular e doença renal (PAHO, 2022).

Em âmbito global, a prevalência de DM2 é alta e a prospectiva é que sofra um aumento em todas as regiões. Esse crescimento é estimulado por diversos fatores, como, o envelhecimento da população, pelo desenvolvimento econômico e pela urbanização, resultando assim em estilos de vida mais sedentários e a um consumo de alimentos não saudáveis, associados diretamente à obesidade. A estimativa é que mundialmente existam 537 milhões de adultos, com idade entre 20 e 79 anos com diabetes, sendo 10,5 % de todos os adultos nesta faixa etária. A tendência é elevação desse número para 643 milhões em 2030 e 783 milhões até 2045. Embora a estimativa é que a população mundial cresça em 20% nesse período, estima-se o aumento de 46% de diabéticos nesse período (IDF, 2021).

O DM2 é um problema de saúde pública, sendo que entre os anos de 2011 e 2019 foram registradas 1.239,574 internações por conta do DM, significando 1,2% das

hospitalizações via Sistema Único de Saúde (SUS) (Costa *et al.*, 2023). Há estimativa de que 25% dos pacientes com diabetes desenvolvem ao longo da vida ao menos uma úlcera no pé. Em 2015, foi estimado que há cerca de 9,1 milhões a 26,1 milhões de pessoas com diabetes que apresentam úlcera a cada ano. Durante o ano de 2014, no Brasil, 22.244 pacientes com DM2 foram hospitalizados devido a realização de procedimento relacionado ao pé diabético, sendo o custo médio mais elevado para pacientes que realizaram amputação/desarticulação do membro inferior, totalizando cerca de R\$17,27 milhões. Ademais, totalizaram 28.133 hospitalizações devido a outras complicações relacionadas ao pé diabético, como a gangrena, atingindo um custo de R\$48,4 milhões em 2014 (Toscano *et al.*, 2018).

Sem o controle adequado do DM2, assim como um diagnóstico de longa data ou tardio, pode-se resultar em lesões de múltiplos órgãos, gerando complicações de retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética. Normalmente, essas complicações se instalam e se desenvolvem de forma silenciosa até chegar em um estágio muito avançado (OPAS, 2020). A falta de diagnóstico para a DM2 pode perdurar por muitos anos, devido a hiperglicemia se desenvolver de forma gradual e em estágios iniciais não ser grave o suficiente para a percepção de qualquer um dos sintomas clássicos da diabetes. Segundo a IDF (2021), no mundo, um em cada dois adultos, cerca de 239,7 milhões de pessoas, vivem com diabetes e desconhecem seu diagnóstico.

Os gastos globais com saúde devido a DM passaram de 232 milhões de dólares em 2007 para 966 bilhões, em 2021, para adultos de 20 a 79 anos. Nacionalmente, os maiores índices relacionados aos gastos com diabetes são observados nos Estados Unidos da América (US\$ 379,5 bilhões de dólares), China (US\$ 164,3 bilhões) e Brasil (US\$ 42,9 bilhões) (IDF, 2021). A maior parcela do total de internações envolve as complicações microvasculares, sendo um percentual de 29,1% e dos custos associados, 24,5% (Rosa *et al.*, 2018). No ano de 2015, foi estimado que cerca de 9,1 milhões a 26,1 milhões de pessoas com diabetes apresentaram úlcera a cada ano (Toscano *et al.*, 2018).

Uma das complicações mais prevalentes da diabetes são as neuropatias diabéticas. Elas comprometem diferentes partes do sistema nervoso e se mostram através de diversas manifestações clínicas. A percepção precoce e o manejo apropriado com a diabetes são de extrema importância, uma vez que até 50% das neuropatias periféricas diabéticas podem não ter sintomas. Uma das principais complicações da diabética periférica é a ulceração do pé, podendo resultar em amputações, caso não seja tratada adequadamente (Nascimento *et al.*, 2025).

A diabetes aumenta de forma significativa o risco de amputação do membro inferior, e não raro, as lesões do pé diabético ocorrem da existência conjunta a vários outros fatores de risco. O principal deles, é a neuropatia periférica diabética, que ocasiona na insensibilidade, podendo chegar a uma deformidade do pé, acarretando em anormalidade da marcha e da carga biomecânica (OPAS, 2020). Investigar os níveis glicêmicos e manejar para que permaneçam as metas é fundamental para a prevenção do desenvolvimento da neuropatia (Wilhelms et al., 2025).

Sofrer uma amputação modifica significativamente a vida do paciente e de seus familiares, demandando modificações em seu cotidiano, além de exigir adaptação comportamental e emocional (Matoso, 2025). O Diabetes afeta indivíduos de todas as idades e classes sociais, alterando a relação do paciente com o próprio corpo, principalmente quando associados a complicações, como lesões, úlceras nos pés e amputações (Araújo *et al.*, 2023).

Para além de fatores físicos e psicológicos, há um forte impacto da vida financeira e laboral desse sujeito, assim como, riscos iminentes de novas infecções e novas amputações (Correia *et al.*, 2022). A perda da autonomia e a dependência para desenvolver atividades simples e cotidianas podem gerar carga emocional, resultando em depressão, ansiedade, medo e até mesmo encontrar dificuldades na elaboração do luto frente à perda do (Matoso, 2025).

Vislumbrado o número alarmante de sujeitos com DM2 que desenvolvem ao longo de sua vida uma úlcera no pé devido à neuropatia diabética periférica, estudos alertam que mais da metade dos pacientes não possuem o conhecimento acerca do “pé diabético”, fazendo com que a incidência dessa complicação aumente, já que há correlação do desconhecimento dessa complicação com o aumento da ocorrência dessa enfermidade (Lima *et al.*, 2022). A Organização Pan-americana em Saúde (OPAS) (2020) reafirma que todo paciente com o diagnóstico de DM2 deve ser orientado acerca de condutas que possam prevenir complicações nos pés, tentando assim, evitar consequências como a perda de um dedo, a perda do pé ou da perna, e devido a falta de tratamento aos danos nervosos já existentes, a prevenção é um fator imprescindível para o tratamento da diabetes.

Como estratégia fundamental de prevenção, destaca-se a prática do autocuidado, considerada uma daa forma mais econômica e eficaz para prevenir e a detecção precoce as lesões que podem evoluir para ulcerações. Nesse contexto, o cuidado com os pés configura-se como um dos pilares do autocuidado no DM (Lima *et al.*, 2022; Souza et al., 2025). A adoção dessa prática está amparada diretamente na capacidade do sujeito de auto gerenciar seus processos de saúde e doença.

2.2 DM2, suas complicações e Saúde Mental: Uma análise dos impactos psicossociais

A DM2 está associada ao desenvolvimento de múltiplas complicações e impactos que repercutem de maneira significativa nas dimensões física, psicológica e social dos sujeitos que convivem com esse diagnóstico, estendendo seus efeitos também a sua rede de apoio. A complexidade do manejo da doença não se limita aos impactos biomédicos, sendo influenciada pela maneira como cada sujeito interpreta sua condição e mobiliza recursos para enfrentá-la. Os estilos de enfrentamento influenciam a maneira como o sujeito irá manejar com as exigências do tratamento, adesão às práticas de autocuidado e construção dos sentidos sobre o adoecimento, impactando diretamente na evolução clínica e na qualidade de vida (Eshete et al., 2023).

O diagnóstico de uma doença crônica faz com que os pacientes possam vivenciar a negação, revolta, barganha e depressão frente ao processo de adoecimento e suas demandas (Simonetti, 2013). As necessidades psicossociais precisam ser consideradas quando se fala em Diabetes, uma vez que existe a somatória das demandas sociais, de estresse e depressão, e impactam diretamente em maiores chances para o desenvolvimento de sofrimento moderado a alto por DM (Verdecias *et al.*, 2023).

O sofrimento resultante da diabetes pode estar diretamente relacionado ao sofrimento psicológico da condição de viver com DM e pode compreender uma série de emoções negativas advindas das demandas exigidas da autogestão de dieta, exercício e uso de medicamentos (Perrin *et al.*, 2017). A desmotivação emocional em relação ao processo de saúde leva a redução do envolvimento dos pacientes em seu processo de tratamento (Frazão *et al.*, 2022).

Comorbidades psiquiátricas, como depressão e ansiedade, assim como o sofrimento causado pela DM, estão relacionadas constantemente à dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso, ao controle glicêmico inapropriado, a evolução de complicações do DM2 e recai diretamente na diminuição do autocuidado (SDB, 2021; Perrin *et al.*, 2017). Pode intensificar o peso de gestão da patologia, e implicar na diminuição da aptidão para os cuidados com a diabetes, assim como, de modo geral, a DM2 pode afetar diretamente a qualidade de vida das pessoas com o diagnóstico, impactando sua função física, saúde mental e emocional (Verdecias *et al.*, 2023).

A depressão se mostra de duas a três vezes mais provável entre pessoas que possuem diabetes, porém, é apenas percebida e tratada em 25 a 50% desta população (Verdecias *et al.*,

2023). A descoberta e o diagnóstico de DM, podem resultar na ruminação de possíveis complicações desenvolvidas futuramente, despertar receios acerca das comorbidades presentes, assim como da hipoglicemia, e pode levar a vivenciar sentimentos de culpa ou vergonha, especialmente relacionados à obesidade e ao estilo de vida (Perrin *et al.*, 2017).

Os sujeitos com diabetes por vezes não expressam sintomas de depressão ou angústia, em razão do estigma ou culpa, e podem acabar não reconhecendo esses sintomas devido a dificuldades de nomeação emocional (Verdecias *et al.*, 2023). O aumento dos sintomas de depressão são capazes de provocar a diminuição de comportamento de autocuidado, impactando significativamente as dimensões de atividade física, cuidado com os pés e formatos de enfrentamento da doença (Frazão *et al.*, 2022).

A depressão e o sofrimento associados ao diabetes encontram-se estreitamente relacionados, sendo ambos, muitas vezes, sub-reconhecidos e tratados de forma inadequada (Perrin *et al.*, 2017). Essa negligência pode estar associada à dificuldade dos profissionais de saúde em identificar e interagir com as dimensões subjetivas do adoecimento para além dos breves atendimentos clínicos breves, e também devido à insuficiência de conhecimento sobre estratégias de cuidados voltadas ao sofrimento psíquico, como o acesso a intervenções psicológicas adequadas (Verdecias *et al.*, 2023).

A depressão é frequente entre pessoas com diabetes, e os usuários que possuem complicações apresentam um risco duas vezes maior de desenvolver sintomas depressivos quando comparado com aqueles que não apresentam tais complicações. As úlceras do pé diabético exercem impactos significativos sobre a saúde mental e qualidade de vida, decorrentes das limitações no funcionamento físico e das práticas de atividades de vida diária, comprometendo de forma negativa papéis sociais e familiares relevantes (Power *et al.*, 2023).

A redução da autonomia e o aumento da dependência para a realização de atividades cotidianas podem gerar uma sobrecarga emocional, podendo resultar em depressão, ansiedade, medo e, em alguns casos, em vivências de luto relacionadas à perda de um membro (Gabarra, 2010). As adaptações necessárias frente à nova condição de saúde, como o controle glicêmico e a adesão às orientações alimentares, configuram-se como importantes desafios no cotidiano nos sujeitos com DM2 (Matoso, 2025).

Sujeitos com o diagnóstico de DM2 tornam-se mais propensos a desenvolver transtornos mentais após o diagnóstico, devido às demandas frequentes de mudanças no estilo e hábitos de vida, exigindo assim maior atenção dos profissionais de saúde para que lancem um olhar psicossocial para o paciente (Moreira *et al.*, 2022).

2.3 Autocuidado, educação em saúde e a neuropatia periférica: caminhos para a prevenção

O autocuidado é um comportamento individual e autônomo que o sujeito dirige a si mesmo. É uma atitude consciente, que está inserida em um contexto social e ambiental, e é favorável ao seu bem-estar (Silva *et al.*, 2009; Fischer *et al.*, 2022). Em casos de doenças crônicas, como a DM2, o autocuidado se mostra essencial para a prevenção de complicações e para possíveis agravamentos no estado de saúde do usuário com o diagnóstico, contribuindo assim, para um manejo satisfatório da doença (Portela *et al.*, 2021; Frazão *et al.*, 2022).

A prática desse comportamento está dentro das responsabilidades não só do indivíduo, como também de seu familiar, dos profissionais que lhe acompanham e das instituições de saúde que esse sujeito frequenta (Portela *et al.*, 2021). A promoção de autocuidado pode se dar por meio da conscientização através da educação em saúde, disponibilizando orientações para práticas de um novo hábito de vida, como a adesão a um novo plano alimentar, a monitorização da glicemia, realização de atividades físicas regulares, o uso correto de medicações, prática de cuidados aos pés e cessação do tabagismo (Frazão *et al.*, 2022).

No diabetes, o autocuidado constitui base central para um tratamento efetivo, sendo fundamental que a pessoa com a doença seja reconhecida como protagonista do cuidado, em conjunto com a equipe de saúde, que atua como facilitadora em todo o processo de descoberta e tratamento da doença (Portela *et al.*, 2021). Entretanto, pacientes com DM2 frequentemente apresentam déficits de conhecimento acerca da própria doença, afetando diretamente a aceitação do diagnóstico, o manejo com o processo de adoecimento e o nível de integração e engajamento no percurso terapêutico (Eshete *et al.*, 2023).

A SDB (2022) traçou sete comportamentos de autocuidado, sendo estes: comer saudavelmente, garantindo uma variedade juntamente a um equilíbrio entre qualidade, quantidade e segurança dos alimentos; praticar atividades física; vigiar as taxas de glicemia; fazer uso das medicações, compreendendo e administrando o uso de seus medicamentos conforme a prescrição médica; resolver problemas, pensando e agindo de forma preventiva, assim como manejar de forma correta as situações de hiperglicemia e hipoglicemia; reduzir riscos, praticando comportamentos que previnem as complicações relacionadas a DM2; adaptar-se saudavelmente, conseguindo agir em situações especiais, como viagens, festas e com doenças intercorrentes. Tanto no início, quanto no estágio avançado do DM2, mudança de comportamentos estará na estruturação de cuidado indicado juntamente aos profissionais

de saúde, porém não é sempre que a mudança de estilo de vida ocorre de forma momentânea, podendo assim influenciar diretamente no avanço do DM2 (Brasil, 2023a).

A educação em saúde, vinculada aos conceitos de promoção da saúde, é vista como uma estratégia essencial para a prevenção e promoção de hábitos saudáveis. A educação em saúde é conceituada como um conjunto de práticas pedagógicas, que atravessam diversos campos de atuação, possuindo como finalidade sensibilizar, conscientizar e mobilizar sujeitos para enfrentamento de situações individuais e coletivas que impactam na qualidade de vida. Já a educação na saúde, é a sistematização e produção de conhecimentos acerca da formação e do desenvolvimento para a atuação em saúde, considerando as práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação familiar (Nogueira *et al.*, 2022).

No que se refere às correntes teórico-metodológicas que estruturam as práticas de Educação em Saúde, podem ser desenvolvidas pelo modelo tradicional e dialógico, possuindo características e construções próprias. No modelo tradicional, a transmissão de informação se dá através de uma relação verticalizada entre um educador que sabe para o outro que não sabe, o educando, se desenvolvendo com pouca interação (Brasil, 2009). Já no modelo dialógico, “o educador já não é mais o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa” (Freire, 2005; Figueiredo *et al.*, 2010, pág. 119).

Evidencia-se a necessidade de analisar e discutir as amputações também sob a perspectiva das desigualdades no acesso ao cuidado de saúde, bem como da importância da educação do paciente e do investimento em pesquisas voltadas ao desenvolvimento de novas terapias que possam prevenir amputações em pessoas com diabetes (Matoso, 2025).

Atualmente, a Literacia em Saúde (LS), mostra-se consideravelmente como uma estratégia de promoção do autocuidado (Brasil, 2023a). A LS é definida pela Organização Mundial de Saúde (2013) como um agrupamento de competências cognitivas e sociais, assim como, aptidões individuais, que possibilitam a aquisição de um entendimento e utilização de informações, promovendo assim a manutenção de uma boa saúde.

O apoio social que os pares e os profissionais de saúde propiciam aos pacientes com DM2 no decorrer de uma intervenção, pode resultar na diminuição de carga de comorbidade e do estresse gerado pela gestão da doença (Brasil, 2023a). Alguns métodos eficazes mostram o diálogo, os relatos de experiência e reflexões acerca de seus próprios atos, auxiliando o paciente a adotar novos hábitos de vida, bem como, auxiliando na aquisição e no desenvolvimento de comportamentos de autocuidado (Figueira *et al.*, 2017).

2.4 Itinerário Terapêutico: sentidos e práticas do cuidado

O Itinerário terapêutico (IT) constitui-se por um conjunto de ações, planos e modelos voltados para o tratamento de uma doença. Ao longo da construção desse percurso, são despertados fatores subjetivos, assim como aspectos sociais, históricos e culturais da pessoa adoecida, expressos nas interações estabelecidas com os contextos em que vive e com pessoas que compartilham a vida e seu cotidiano. Nesse sentido, “as escolhas terapêuticas e os caminhos trilhados dizem, portanto, da experiência vivida pela pessoa e da forma como ela se relaciona com a doença” (Muhl, 2020, pag. 200).

O IT refere-se à busca por cuidados em saúde, e tem como finalidade descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais relacionadas ao cuidado. Diante do aparecimento de um ou mais sinais de adoecimento e do reconhecimento desses agravos, o sujeito passa a ser atravessado por diferentes possibilidades de escolha. Nesse processo, é necessário considerar o contexto no qual o indivíduo está inserido, bem como a diversidade ou limitação das opções disponíveis de cuidados em saúde que influenciam as decisões, a avaliação e adesão às formas de tratamento. Esse percurso de aprendizagem frente ao adoecimento configura-se como complexo e desafiador (Gerhardt, 2006).

Mostra-se como uma abordagem voltada para a perspectiva do paciente com a doença, possuindo sim um dado biológico, porém sua compreensão e reação emocional se desenha a partir dos atravessamentos culturais, sociais e econômicos. Com base na perspectiva experiencial subjetiva, se mostra a possível contextualização, assim como a centralização nas narrativas subjetivas de cada indivíduo para a intervenção. O adoecimento e o sentido direcionado das inúmeras formas de cuidados escolhidas junto às redes de apoio, nem sempre apontam para os tradicionais serviços de saúde (Silva, 2022).

IT é um conjunto de ações desenvolvido, alterado e por vezes abandonado durante o percurso da doença. O IT não segue as organizações e direções pré-estabelecidas pela sociedade, como atendimentos protocolares nos serviços de saúde. Todo esse processo é nomeado de experiência de enfermidade “a doença aparece enquanto um objeto intencional para o sujeito que passa a vivenciá-la, o que inclui sentir-se mal, os atos de interpretação correspondentes, dar nome a aflição, e a atribuição de sentido a essa experiência” (Muhl, 2020, pag. 202). Ao fazer parte de uma situação de adoecimento, o sujeito conduz junto a todos os seus desejos, significados, intenções, saberes, expectativas e experiências

precedentes. Passado e futuro entram em cena no momento presente, tudo o que já foi vivido e o que se espera viver (Muhl, 2020).

Ainda, o itinerário terapêutico aborda fatores extrabiológicos do adoecimento, indo além de uma compreensão estritamente biológica da doença. Essa perspectiva considera os múltiplos significados e experiências vividas pelo sujeito que enfrenta o adoecimento e busca da solução para sua condição de saúde. O IT compreende, ainda, os diversos sentidos atribuídos pelos sujeitos aos processos de saúde, doença e cuidado (Demétrio *et al.*, 2019).

A escolha e a avaliação dos tratamentos propostos e realizados por um sujeito ou grupo social não se restringem a um único modo de funcionamento cognitivo, nem “tampouco podemos afirmar que se pode considerar uma forma de conhecimento como o conhecimento autêntico sobre eventos médicos” (Rabelo *et al.*, 1999, p. 132). O formato de cuidado e os itinerários terapêuticos são construídos a partir de saberes tradicionais, espirituais, religiosos e de outros referenciais diversos, podendo abranger inúmeras práticas, como o uso de chás, benzimentos, terapias florais e livros de autoajuda (Demétrio *et al.*, 2019). Nesse contexto, os sujeitos estruturam modos de viver e cuidar de si a partir de suas capacidades, histórias e experiências individuais, considerando a dimensão subjetiva do adoecimento (Gerhardt, 2006).

A representação de IT refere sobre uma cadeia de eventos contínuos que estruturam uma unidade através de uma ação humana construída através da junção de comportamentos diferentes que compõem uma unidade articulada. A forma de vivenciar uma doença não é necessariamente o resultado de um plano esquematizado e pré-determinado. Uma unidade articulada só pode ser considerada quando o sujeito “ao olhar para as suas experiências passadas, tenta interpretá-las de acordo com as suas circunstâncias atuais, com o seu conhecimento presente” (Rabelo *et al.*, 1999, p. 133).

A experiência vivida no processo de adoecimento, constitui, em sua totalidade, o itinerário terapêutico, uma vez que a utilização simultânea de diferentes tratamentos e a existência de olhares diversos, por vezes discordantes ou até contraditórios, acerca das propostas terapêuticas mostram que tanto a doença quanto a cura são experiências construídas em formato subjetivo. Nesse sentido, o paciente, seus familiares e as pessoas do seu convívio participam continuamente da negociação de significados em torno do adoecimento e do cuidado (Rabelo, Alves e Souza, 1999).

O IT tem como objetivo de estudo o conjunto de interações práticas que os sujeitos e seus grupos sociais formam para criar campos de possibilidade para o cuidado à saúde. Falar sobre ITs é entender os percursos na busca por cuidados em meio à desigualdades regionais,

sociais, políticas e as diversidades culturais (Gerhardt *et al.*, 2016; Alves, 2016). O foco em IT de diferentes populações mostram-se como recursos de compreensão das relações entre usuários e serviços que não podem ser reduzidos às lógicas biomédicas (Maluf *et al.*, 2020).

2.5 Interdisciplinaridade na DM2: desafios e possibilidades no cuidado integral

A DM2 é uma doença de complexo manejo, demandando uma gama de cuidados na vida diária dos pacientes com o diagnóstico, tanto para aqueles que não estão vivenciando diretamente as complicações advindas da doença, mas também para aqueles que sofrem com a neuropatia periférica. Frente a essa realidade se vê a necessidade de trabalhar para além de apenas uma terapêutica e também para mais de apenas um profissional. Nesse contexto, percebe-se que objetivos e demandas múltiplas necessitam de diferentes abordagens e a formação de uma equipe interdisciplinar, podendo oferecer ações diferenciadas, ampliando o controle de inúmeras doenças, inclusive da DM2 (Zwar *et al.*, 2007).

Nos cuidados com a saúde, o trabalho interdisciplinar tem sido acrescentado de forma constante na prática diária. Para o controle metabólico e redução de fatores de riscos associados às complicações do DM, a abordagem multidisciplinar é vista como uma ferramenta eficaz, sendo sua constituição e a efetivação regada a diversos desafios (Costa e Castro, 2007).

Para além do tratamento propriamente dito da DM, a prática de uma equipe interdisciplinar deve incluir atividades voltadas para prevenção em todos os níveis: primordial, primária, secundária e terciária. A equipe pode ser formada por todos os profissionais que fazem parte do atendimento ao paciente com DM, como, equipe de professores, residentes médicos e multiprofissionais, técnicos, auxiliares administrativos, medicina, enfermagem, educação física, nutrição, serviço social, fisioterapia, odontologia, farmácia, análises clínicas e psicologia (Wagner, 2000; Costa e Castro, 2013).

Uma conduta integrada entre distintos profissionais, havendo compartilhamento de habilidades e conhecimentos técnicos e especializados, contribuiu para um tratamento único e singular, levando em consideração suas especificidades, seu momento de vida, impactando assim de forma positiva diretamente no entendimento do paciente acerca do seu processo de adoecimento, sua adesão ao tratamento e a redução de suas complicações (Costa *et al.*, 2020).

A prática da interdisciplinaridade pode se estruturada por meio de diversas condutas, como discussão de casos, elaboração de planos de cuidado, ações educativas, cuidado colaborativo, visitas, revisão de casos, reuniões, consultas compartilhadas, grupos focais,

intervenções motivacionais, coordenação de cuidados e a integração da família e do paciente nos processos de tomada de decisão. Esse trabalho conjunto pressupõe uma atuação próxima entre os profissionais, considerando sempre a abordagem mais adequada para cada caso acompanhado (Nagelkerk *et al.*, 2018).

O trabalho interdisciplinar desenvolvido de forma conjunta pode resultar na melhora da hemoglobina glicada, pressão arterial, colesterol, frequência cardíaca e melhora na qualidade de vida como um todo, resultando em um avanço nas funções sociais, adesão ao tratamento, comunicação, confiança e motivação (Costa *et al.*, 2020).

2.6 O DM2 como desafio global: Interfaces com a Agenda 2030

Como um plano de ação global voltado ao enfrentamento de desafios como a pobreza, a desigualdade, as mudanças climáticas e a sustentabilidade, destaca-se a Agenda 2030, proposta no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa agenda é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que contemplam dimensões sociais, econômicas e ambientais, com o objetivo de assegurar que todas as pessoas possam desfrutar de paz e prosperidade até o ano de 2030 (Organização das Nações Unidas [ONU], 2026).

Os 17 ODS da agenda 2030 são: erradicação da pobreza, fome zero, saúde e bem-estar, educação de qualidade, igualdade de gênero, água limpa e saneamento, energia acessível e limpa, trabalho decente e crescimento econômico, indústria, inovação e infraestrutura, redução das desigualdades, cidades e comunidades sustentáveis, consumo e produção responsáveis, ação contra a mudança global do clima, vida na água, vida terrestre, paz, justiça e instituição eficazes e parcerias para alcançar os objetivos (ONU, 2015)

A Agenda 2030 oferece um cenário que pode englobar e ajudar a melhorar a saúde e a qualidade de vida de indivíduos com DM2. Tratando acerca de acesso, educação, nutrição e desigualdade, a Agenda 2030 procura formar um ambiente conveniente para a prevenção e o tratamento de doenças.

Ao considerar o conjunto de metas estabelecidas pela Agenda 2030, observa-se que algumas delas se articulam diretamente com a prevenção e a promoção de fatores associados ao Diabetes Mellitus tipo 2 e a neuropatia periférica. Nesse contexto, destaca-se o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 - Saúde e Bem-estar - que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas. De modo particular, o objetivo 3.4 que tem como foco reduzir um terço da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar. Dessa

forma, se vê a importância de uma gestão adequada e segura do DM2 e suas possíveis complicações, o que demanda acesso a cuidados em saúde, educação sobre a doença e a oferta de tratamentos apropriados.

A educação de qualidade, contemplada pelo ODS 4, quando direcionada à educação em saúde, mostra-se primordial para que pessoas com DM2 possam manejar suas condições de saúde com maior cuidado e atenção, contribuindo para a redução de complicações associadas à doença. No que tange a redução de desigualdades, prevista no ODS 10, observa-se que, em diversos contextos, pessoas com DM2 em diversos momentos enfrentam dificuldades de acesso a cuidados de saúde em formato equânime, o que evidencia a necessidade de políticas públicas que promovam a equidade e garantam acesso diferenciado aos tratamentos e serviços de saúde, conforme as necessidades existentes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as relações que se estabelecem entre sofrimento emocional, autocuidado, itinerário terapêutico e educação em saúde no desenvolvimento de neuropatia periférica em indivíduos com o DM2.

3.2 Objetivos específicos

1. Investigar a associação entre as dimensões do autocuidado em diabetes, sofrimento emocional relacionado ao diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e variáveis sociodemográficas em pacientes com amputações;
2. Compreender como sofrimento emocional, práticas de autocuidado, educação em saúde e itinerário terapêutico se articulam na vivência de sujeitos com DM2 e neuropatia periférica;
3. Analisar a relação entre literacia, educação em saúde e doenças crônicas não transmissíveis.
4. Produzir um podcast junto a uma equipe interprofissional de assistência a usuário com neuropatia periférica como ferramenta de comunicação e educação em saúde;

4. PRODUTOS BIBLIOGRÁFICOS, TÉCNICOS E/OU TECNOLÓGICOS DA DISSERTAÇÃO

Neste tópico serão abordados os produtos bibliográficos desenvolvidos ao longo da pesquisa. Estes são apresentados conforme as normas exigidas em cada revista, assim como, os produtos técnicos desenvolvidos nesta dissertação.

4.1 Manuscrito 1

Objetivos associados: 1 - Investigar a associação entre as dimensões do autocuidado em diabetes, sofrimento emocional relacionado ao diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e variáveis sociodemográficas em pacientes com amputações.

Elaborado para: Epidemiologia e Serviço de Saúde

Link: <https://ress.iec.gov.br/p/home>

Qualis: A3

Autocuidado e sofrimento emocional relacionado ao diabetes *mellitus* tipo 2 em pacientes com amputações: um estudo observacional transversal

Stefani Gabriela da Silva dos Santos¹, Edna Linhares Garcia², Andréia Rosane de Moura Valim^{3*}

¹ Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

² Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

³ Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Resumo

Objetivo: Investigar a associação entre as dimensões do autocuidado em diabetes, sofrimento emocional relacionado ao diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e variáveis sociodemográficas em pacientes com amputações. **Métodos:** Estudo quantitativo, observacional, de cunho transversal, desenvolvido em um serviço especializado de atenção secundária à saúde no interior do Rio Grande do Sul. Incluiu indivíduos com DM2 que apresentavam neuropatia periférica e histórico de uma ou mais amputações. Foram coletados dados sociodemográficos e aplicados os instrumentos validados para o Brasil. O *Problem Areas in Diabetes* (B-PAID) foi usado para avaliação do sofrimento emocional relacionado ao diabetes, e o Questionário de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (QAD) para avaliação da adesão às atividades de autocuidado. **Resultados:** A amostra foi predominantemente masculina (78%), na faixa etária entre 60 e 69 anos (36,6%) e com baixo nível de escolaridade (85,4%). Em relação às amputações, 39% apresentaram uma amputação, 31,7% duas e 29,3% três ou mais. Nas análises bivariadas, as dimensões alimentação geral ($r = -0,423$) e atividade física ($r = -0,207$) apresentaram associação significativa. Entretanto, após o ajuste por sexo, número de amputações, idade e escolaridade, nenhuma das dimensões do QAD permaneceu associada ao B-PAID. **Conclusão:** O sofrimento emocional associado ao diabetes *mellitus* é multifatorial, não podendo ser atribuído exclusivamente às práticas de autocuidado. É necessário considerar, de forma articulada, fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais envolvidos nesse processo. Diante disso, as estratégias de prevenção e cuidado devem adotar práticas multiprofissionais e integrais.

Palavra-chave: Diabetes *mellitus* tipo 2; Autocuidado; Sofrimento psicológico; Amputação; Qualidade de vida.

Abstract

Objective: To investigate the association between dimensions of diabetes self-care, diabetes-related emotional distress in type 2 diabetes mellitus (T2DM), and sociodemographic variables in individuals with amputations. **Methods:** This was a quantitative, observational, cross-sectional study conducted at a specialized secondary health care service in the interior of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Individuals with T2DM, peripheral neuropathy, and a history of one or more amputations were included. Sociodemographic data were collected, and validated instruments for use in Brazil were applied. The Problem Areas in Diabetes (B-PAID) scale was used to assess diabetes-related emotional distress, and the Diabetes

Self-Care Activities Questionnaire (QAD) was used to evaluate adherence to self-care activities. **Results:** The sample was predominantly male (78%), aged between 60 and 69 years (36.6%), and had a low level of education (85.4%). Regarding amputations, 39% had undergone one amputation, 31.7% had two amputations, and 29.3% had three or more amputations. In bivariate analyses, the general diet ($r = -0.423$) and physical activity ($r = -0.207$) dimensions showed significant associations. However, after adjustment for sex, number of amputations, age, and education level, none of the DSCA dimensions remained associated with B-PAID scores. **Conclusion:** Diabetes-related emotional distress is multifactorial and cannot be attributed exclusively to self-care practices. Sociodemographic, clinical, and psychosocial factors must be considered in an integrated manner. Therefore, prevention and care strategies should adopt comprehensive, multidisciplinary approaches.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Self-Care; Psychological Distress; Amputation; Quality of Life.

Resumen

Objetivo: Investigar la asociación entre las dimensiones del autocuidado en diabetes, el sufrimiento psicológico relacionado con la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y las variables sociodemográficas en personas con amputaciones. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional y transversal, desarrollado en un servicio especializado de atención secundaria de salud en el interior del estado de Rio Grande do Sul, Brasil. Se incluyeron personas con DM2, neuropatía periférica y antecedentes de una o más amputaciones. Se recopilaron datos sociodemográficos y se aplicaron instrumentos validados para Brasil. El Problem Areas in Diabetes (B-PAID) se utilizó para evaluar el sufrimiento psicológico relacionado con la diabetes, y el Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes (QAD) para evaluar la adherencia a las actividades de autocuidado. **Resultados:** La muestra fue predominantemente masculina (78%), con edades entre 60 y 69 años (36,6%) y bajo nivel educativo (85,4%). En relación con las amputaciones, el 39% presentó una amputación, el 31,7% dos y el 29,3% tres o más. En los análisis bivariados, las dimensiones alimentación general ($r = -0,423$) y actividad física ($r = -0,207$) mostraron asociaciones significativas. Sin embargo, tras el ajuste por sexo, número de amputaciones, edad y nivel educativo, ninguna de las dimensiones del QAD permaneció asociada al B-PAID. **Conclusión:** El sufrimiento psicológico asociado a la diabetes mellitus es multifactorial y no puede atribuirse exclusivamente a las prácticas de autocuidado. Es necesario considerar de manera articulada los factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales involucrados en este proceso. Por lo tanto, las estrategias de prevención y atención deben adoptar enfoques integrales y multiprofesionales.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado; Sufrimiento Psicológico; Amputación; Calidad de Vida.

4.2 Manuscrito 2

Objetivos associados: Compreender como sofrimento emocional, práticas de autocuidado, educação em saúde e itinerário terapêutico se articulam na vivência de sujeitos com DM2 e neuropatia periférica.

Elaborado para: Psicologia e Saúde

Link: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/issue/view/62>

Qualis: A3

Sentidos do adoecimento e do cuidado no diabetes mellitus tipo 2: um estudo qualitativo sobre neuropatia periférica e itinerários terapêuticos

Meanings of Illness and Care in Type 2 Diabetes Mellitus: A Qualitative Study on Peripheral Neuropathy and Therapeutic Itineraries

Sentidos del padecimiento y del cuidado en la Diabetes Mellitus tipo 2: un estudio cualitativo sobre neuropatía periférica e itinerarios terapéuticos

Stefani Gabriela da Silva dos Santos¹,

Edna Linhares Garcia²

Andréia Rosane de Moura Valim (autora correspondente)^{3*}

Universidade de Santa Cruz do Sul

Resumo

Introdução: A neuropatia periférica é uma complicação advinda do Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2), que pode resultar em lesões, ulcerações e amputações de membros inferiores. Este estudo objetivou compreender como sofrimento emocional, práticas de autocuidado, educação em saúde e itinerário terapêutico se articulam na vivência de sujeitos com DM2 e neuropatia periférica. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na Produção de Sentidos de Spink, juntamente à aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e do Inventário de Depressão de Beck (BDI) em 10 participantes; cinco deles também participaram de entrevistas semiestruturadas. **Resultado e discussão:** Os resultados indicaram níveis de ansiedade mínimo ou leve e presença de sintomas depressivos mínimos ou moderados. A análise qualitativa se estruturou em três categorias: naturalização dos riscos e banalização dos sinais corporais; trabalho como eixo organizador da vida e concorrente do cuidado; e circulação fragmentada no sistema de saúde associada a uma educação prescritiva. **Conclusão:** Conclui-se que o autocuidado não pode ser entendido em formato individualizado, sendo atravessado por sofrimento emocional, condições sociais e organização dos serviços de saúde. O enfrentamento das complicações do DM2 demanda, além de manejo clínico, a consideração das dimensões subjetivas e socioculturais do processo saúde-doença.

Palavras-chaves: Diabetes Mellitus; Educação em saúde; Itinerário terapêutico; Sofrimento emocional.

Abstract

Introduction: Peripheral neuropathy is a complication arising from Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) that may result in lower limb injuries, ulcerations, and amputations. This study aimed to understand how emotional distress, self-care practices, health education, and the therapeutic itinerary are articulated in the experiences of individuals with T2DM and peripheral neuropathy. **Method:** This is a qualitative study grounded in Spink's framework of Meaning Production, combined with the application of the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory (BDI) to 10 participants; five of them also took part in semi-structured interviews. **Results and Discussion:** The findings indicated minimal to mild

levels of anxiety and minimal to moderate depressive symptoms. The qualitative analysis was structured into three categories: naturalization of risks and trivialization of bodily signs; work as an organizing axis of life and competing demand against care; and fragmented circulation within the healthcare system associated with prescriptive health education. **Conclusion:** Self-care cannot be understood as an individualized process, as it is permeated by emotional distress, social conditions, and the organization of healthcare services. Addressing T2DM complications requires not only clinical management but also consideration of the subjective and sociocultural dimensions of the health-disease process.

Keywords: Diabetes Mellitus; Health Education; Therapeutic Itinerary; Emotional Distress.

Resumen

Introducción: La neuropatía periférica es una complicación derivada de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), que puede resultar en lesiones, ulceraciones y amputaciones de miembros inferiores. Este estudio tuvo como objetivo comprender cómo el sufrimiento emocional, las prácticas de autocuidado, la educación en salud y el itinerario terapéutico se articulan en la vivencia de personas con DM2 y neuropatía periférica. **Método:** Se trata de una investigación cualitativa fundamentada en la Producción de Sentidos de Spink, junto con la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y del Inventario de Depresión de Beck (BDI) en 10 participantes; cinco de ellos también participaron en entrevistas semiestructuradas. **Resultados y Discusión:** Los resultados indicaron niveles mínimos o leves de ansiedad y presencia de síntomas depresivos mínimos o moderados. El análisis cualitativo se estructuró en tres categorías: naturalización de los riesgos y banalización de las señales corporales; el trabajo como eje organizador de la vida y elemento que compite con el cuidado; y circulación fragmentada en el sistema de salud asociada a una educación prescriptiva. **Conclusión:** Se concluye que el autocuidado no puede entenderse de manera individualizada, ya que está atravesado por el sufrimiento emocional, las condiciones sociales y la organización de los servicios de salud. El abordaje de las complicaciones del DM2 requiere, además del manejo clínico, la consideración de las dimensiones subjetivas y socioculturales del proceso salud-enfermedad.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus; Educación en Salud; Itinerario Terapéutico; Sufrimiento Emocional.

4.3 Capítulo E-book

Objetivos associados: 3 - Analisar a relação entre literacia, educação em saúde e doenças crônicas não transmissíveis.

Elaborado para: E-book “PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE: Integração de Saberes em Diferentes Cenários.

Link: <https://www.ucs.br/educs/livro/promocao-da-saude-e-interdisciplinaridade-integracao-de-saberes-em-diferentes-cenarios-6275/>

Educação e Literacia em Saúde: a promoção de autocuidado em saúde nas doenças crônicas não transmissíveis

Stefani Gabriela da Silva dos Santos^{a1}

Euna Nayara C C Fonsêca^{a2}

Andréia Rosane de Moura Valim^{a3}

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o grupo de doenças com maior relevância no Brasil, sendo responsáveis pela maior taxa de morbimortalidade e mortalidade prematura, e acarretam diretamente na perda de qualidade de vida, limitações e incapacidades (WHO, 2011). Têm por caráter uma etiologia incerta, com diversos fatores de riscos, longos períodos de latência e desenvolvimento prolongado. São majoritariamente doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes, possuindo fatores de risco passíveis de modificações e ações de prevenção, sendo o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o uso excessivo de álcool, os principais comportamentos desencadeadores destas patologias (WHO, 2018).

Segundo o boletim divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde no ano de 2017, as DCNT foram responsáveis por cerca de 56,9% das mortes no Brasil, na faixa etária de 39 a 60 anos, sendo considerada atualmente um dos maiores problemas globais de saúde pública (WHO, 2018). Segundo o Ministério da Saúde (2021), em 2019 foram registrados 738.371 óbitos por DCNT no Brasil, dos quais 41,8% ocorreram de forma prematura, entre 30 e 69 anos. Também destaca que as DCNT são provocadas por diversos fatores ligados às condições de vida dos sujeitos, determinados pelo acesso a bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego e renda, além das possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde. As DCNT chegam, sobretudo, às populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e escolaridade, em razão de essa população ter maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso às informações e aos serviços de saúde (WHO, 2015).

No plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil (Dant), é retratado acerca da educação em saúde ser uma das vertentes impulsionadoras do enfrentamento das DCNT. A educação em saúde é definida como uma abordagem pedagógica de questões relacionadas à saúde individual e coletiva, sendo olhada e construída através de contextos políticos, sociais, culturais e econômicos. Tem como

objetivo o aumento de conhecimento, autonomia e a horizontalidade nas discussões entre profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2021). Resumidamente, a educação em saúde colabora para a construção da consciência crítica das pessoas no que tange seus problemas de saúde, com base em sua realidade, incentivando a procura por soluções e organização para a ação individual e coletiva (Azevedo *et al.*, 2018).

Dentre as estratégias pensadas e desenvolvidas, o estímulo ao autocuidado mostra-se presente e atuante nos diversos eixos elencados no Dant. O autocuidado de pessoas com DCNT frequentemente resulta em mudanças no estilo de vida, impactando positivamente a manutenção da alimentação adequada e saudável, da prática regular de atividade física, da utilização contínua de medicamentos apropriados, entre outros comportamentos específicos (Brasil, 2023).

A literacia é considerada uma estratégia significativa para a promoção de autocuidado, sendo esta compreendida pela Organização Mundial da Saúde como um aglomerado de competências cognitivas e sociais, juntamente com aptidões individuais, que permitem a obtenção de uma compreensão e utilização de informações, de modo que promova e mantenha uma boa saúde. Ela refere-se ao processo decisório cotidiano, nas esferas de prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo e/ou melhorando a qualidade de vida (WHO, 2013).

Dessa forma, este capítulo visa apresentar uma reflexão teórica acerca da importância da educação e a literacia em saúde na promoção do autocuidado de usuários com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Para abordar o objetivo proposto, foram estabelecidos os seguintes eixos para reflexão: Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o autocuidado, Educação em Saúde e a Literacia em Saúde.

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O AUTOCUIDADO

As DCNT não resultam de um processo infeccioso e, portanto, não se transmitem de um indivíduo a outro. São condições que demandam cuidado contínuo e impactam diretamente nas atividades diárias (Faria *et al.*, 2023). A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que as DCNT são consideradas a principal causa de morte em todo mundo, representando 72% das causas de morte no Brasil (OMS apud Schmidt *et al.*, 2011).

Doenças cardiovasculares, neoplásicas, respiratórias crônicas, diabetes *mellitus*, bem como distúrbios mentais, doenças neurológicas, bucais, ósseas, articulares, genéticas e

auditivas são os principais grupos de DCNT (Azevedo *et al.*, 2018). Essas doenças apresentam fatores de riscos plausíveis de modificação, possibilitando ações de cuidado e prevenção, dessa forma, os formatos do estilo de vida desenvolvem um papel importante no direcionamento significativo na gestão de cuidados das DCNT (Faria *et al.*, 2023).

O estilo de vida pode estar diretamente associado ao desenvolvimento de DCNT, impactando a qualidade de vida e ocasionado em limitações consideráveis aos indivíduos, demandando terapêuticas complexas e adesão a comportamentos de autocuidado, como cuidados com a alimentação e prática de atividade física (Carvalho *et al.*, 2022). Como um aliado do processo de mudanças no estilo de vida e no cuidado comportamental voltado às DCNT, está o autocuidado. O autocuidado é um comportamento autônomo em que o indivíduo direciona a si mesmo. É uma atitude consciente, que está inserida em um contexto social e ambiental, e é favorável ao seu bem-estar (Fischer *et al.*, 2022). Em casos de DCNT, o autocuidado é essencial para a prevenção de complicações e para possíveis agravamentos no estado de saúde do usuário com algum diagnóstico, contribuindo assim, para um manejo satisfatório das doenças (Portela *et al.*, 202; Frazão *et al.*, 2022).

As DCNT demandam aspectos individuais e coletivos, requerendo assim atenção e cuidado orientado para a promoção de saúde, bem como acerca do desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional e social dos sujeitos, para melhor efetivação de um processo de autocuidado. Vistas como doenças de imenso impacto, o olhar para as DCNT deve ir para além apenas das doenças, mas abranger também o contexto das condições crônicas e acerca das diferentes patologias (Coelho *et al.*, 2023).

Os comportamentos de autocuidado são também influenciados por diversos determinantes, como os determinantes sociais em saúde. Quando se fala em DCNT é necessário considerar as influências da organização social e econômica do país, bem como, olhar para a diversidade de determinantes e iniquidades em saúde (Tetani *et al.*, 2021). Como determinantes e condicionantes em saúde estão a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e ao acesso aos bens e serviços essenciais (Coelho *et al.*, 2023).

Como um fator importante para o fortalecimento de padrões equânimes em saúde, se tem a Literacia em Saúde (LS) e educação em saúde, consideradas importantes agentes modificadores nos padrões de cuidado e construção de autocuidado, auxiliando na apropriação dos indivíduos e os colocando como gerenciados de seus processos de saúde e doença, dessa forma, é necessário entender que a LS como associada a comportamentos em saúde resultam em um fator importante no tratamento em saúde (Tetani *et al.*, 2021).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Os princípios da educação em saúde visam motivar as pessoas a adotarem e manterem estilos de vida saudáveis, assim como a fazerem uso adequado dos serviços de saúde e a estarem autônomas nas decisões tomadas, tanto individuais quanto coletivas. As práticas educativas permeiam o esclarecimento acerca do processo saúde-doença-cuidado, bem como expõem os objetivos da educação em saúde, desenvolvendo um processo de trocas e construções (Azevedo *et al.*, 2018).

Sendo a autonomia e a responsabilidade dos sujeitos no cuidado com sua saúde, os principais objetivos da educação em saúde, um dos modelos utilizados para sua efetivação é o da comunicação dialógica. Este modelo objetiva o compartilhamento e troca de saberes entre indivíduos e equipe de saúde, permitindo ao sujeito fazer uma leitura crítica de sua realidade e buscar possibilidades para a melhora da sua saúde, podendo assim, ser proporcionado a promoção da saúde, bem como a prevenção de agravos das DCNT. A base da educação em saúde não é somente em relação a orientações à prevenção de doenças e agravos, mas esclarecer a população, acerca do que pode estar associado às doenças e seus possíveis determinantes (Pereira *et al.*, 2016).

Como parte integrante da educação em saúde, a conscientização acerca do autocuidado é considerado um elemento chave. Essa conscientização é construída através da disponibilidade de orientações para prática de um novo hábito de vida, como a adesão de um novo plano alimentar, a monitorização da glicemia, a realização de atividades físicas regulares e o uso correto de medicações (Frazão *et al.*, 2022). O formato de assistência descrito acima só é possível quando o paciente é visto como um indivíduo ativo e subjetivo em seu processo de tratamento, assim como, a percepção de que o autocuidado não é uma responsabilidade apenas do paciente, mas sim também, das equipes de saúde (Vieira *et al.*, 2017).

As práticas educativas em saúde são capazes de instruir e capacitar indivíduos e grupos na constituição e manutenção de conhecimentos, direcionando a uma atuação consciente de comportamentos preventivos ou de promoção de saúde, tal como, mantém um papel significativo na prevenção e reabilitação no processo de adoecimento, provocando a responsabilidade pessoal e social. Desse modo, propiciando aos sujeitos maior aptidão para assumir e gerenciar medidas de redução dos fatores de risco e a usufruir de um tratamento apto, evitando consequências mais graves e possibilitando ao usuário uma vida mais digna (Torres; Monteiro, 2006).

A implementação da educação em saúde, a educação popular de saúde, deve levar em conta o conhecimento prévio de cada indivíduo e todo esse processo deve abranger a troca de saberes, opiniões, entre os profissionais de saúde e o indivíduo. Esse formato de relação possibilita que a própria pessoa veja as reais alterações que podem ser adquiridas para garantir melhora na qualidade de vida (Pereira *et al.*, 2016).

O processo de educação em saúde deve ser respaldado através do apoio que o profissional irá proporcionar ao paciente, para que assim ele possa alcançar o seu objetivo em saúde e o desenvolvimento de seu autocuidado. A equipe de saúde deve amparar e auxiliar na efetivação do autocuidado dos sujeitos, além de ter a função de colaborar para a identificação e reflexão acerca das dificuldades e potencialidade para a execução das alterações no estilo de vida. Dessa forma, se vê de caráter fundamental a realização de avaliações detalhadas das necessidades e prioridades de cada sujeito e sua condição crônica (Brasil, 2014).

O desenvolvimento de ações em educação em saúde são complexas e por muitas vezes estruturadas em uma linha higienista, portanto há necessidade da construção de equipes habilitadas para que suas ações educativas resultem na redução das internações por doenças hipertensivas, por infarto agudo do miocárdio, por Diabetes Mellitus, por doenças cerebrovasculares, e também para favorecer as mudanças de comportamentos das pessoas adoecidas (Torres; Monteiro, 2006; Vieira *et al.*, 2017). Ainda acerca da complexidade da educação em saúde, este fenômeno pode ser fomentado devido ao quanto a população desacredita das práticas de saúde e o estigma social que diversas doenças sofrem, bem como, quanto a carência de formação e manejo dos profissionais de saúde em relação a promoção de saúde, prevenção de doenças e assistência integralizada (Pereira *et al.*, 2016).

Com base nos índices de altos níveis de pessoas com DCNT, se vê necessário cada vez mais programas de educação em saúde que levem informações sobre estas doenças à população, objetivando a diminuição do número de pessoas com DCNT (Pereira *et al.*, 2016). As práticas educativas em saúde são capazes de instruir e capacitar indivíduos e grupos na constituição e manutenção de conhecimentos, direcionando a uma atuação consciente de comportamentos preventivos ou de promoção de saúde (Carvalho; Monteiro, 2006).

Orientações sobre as enfermidades, os entendimentos das causas e das suas consequências, a influência da doença em seu cotidiano, o prognóstico e a forma de manejar com ela, são pilares essenciais da educação em saúde, colaborando em uma melhor qualidade de vida. É relevante que os profissionais que atuam na área da saúde possam estimular os sujeitos sobre a importância do cuidado com a saúde, o real valor do cuidar de si e

compreender de como cuidar de si, e entender qual o curso que a doença pode tomar (Pereira *et al.*, 2016).

LITERACIA EM SAÚDE

A literacia em saúde (LS), também denominada como o Letramento Funcional em Saúde (LFS) e Sexto Sinal Vital, é uma área emergente na saúde, sendo caracterizada pela capacidade de obter, processar e compreender as informações e serviços básicos para tomar decisões relacionadas à própria saúde e aos cuidados médicos. Se preocupa com o aprendizado que resulta dos métodos de educação em saúde, avaliando a efetividade do ensino e também o impacto do conteúdo aprendido e sua aplicabilidade no cotidiano (Silva *et al.*, 2018; Rabelo *et al.*, 2023).

A OMS destaca que o LFS é considerado um dos determinantes da saúde, já que, essa competência permite um auxílio na efetividade da prática de comunicação, o qual, através de diversas maneiras pode aumentar o acesso à informação, resultando em empoderamento individual e coletivo no manejo de saúde e estimulação de promoção do cuidado (OMS apud Lima *et al.*, 2020). Já quando se há baixa LS é comumente acompanhada por vergonha e menor aptidão de compreender como prevenir doenças e promover saúde (Quemelo *et al.*, 2017)

Mesmo com os avanços vivenciados, a LS é um desafio persistente no fazer em saúde, uma vez que é uma área que envolve um campo multidisciplinar, englobando uma variedade de habilidades e competências imprescindíveis para compreender, avaliar e utilizar as informações de saúde de maneira eficaz (Fornereto *et al.*, 2023). Se aplica com o acesso e compreensão das informações referente aos problemas clínicos, a capacidade de interpretação e avaliação acerca de informações médicas e de acessibilidade que possibilitem tomadas de decisões assertivas acerca de seu processo de saúde e doença (Silva *et al.*, 2018).

A LS pode ser categorizada em três níveis: funcional, interativo e crítico. O nível funcional diz respeito à habilitação básica de compreensão acerca das informações de saúde, já o nível interativo é constituído por habilidades avançadas de comunicação e negociação com os profissionais de saúde. No terceiro nível, o crítico envolve a capacidade de analisar e questionar as informações de saúde, assim como, se caracteriza por uma participação ativa na tomada de decisões sobre as políticas e práticas em saúde (Quemelo *et al.*, 2017).

Uma questão importante a ser pensada e efetivada, é a importância da literacia em saúde em contextos na prevenção e no controle de doenças transmissíveis, e não

transmissíveis, incentivando assim, o protagonismo e o empoderamento no que diz respeito à manutenção da saúde e autocuidado (Silva *et al.*, 2024). O processo de desenvolvimento da capacidade do sujeito para a obtenção de informações sobre informações em relação a sua saúde, sobre processos terapêuticos e cuidados recebidos, sendo responsabilidade dos profissionais de saúde colaborar na constituição de saberes em saúde, que compreende orientações durante hospitalização e após a alta, o uso correto e seguro de medicamentos e equipamentos médicos, orientação nutricional, gerenciamento de dor, técnicas de reabilitação e prevenção (Silva *et al.*, 2018).

O desenvolvimento de materiais em saúde acessíveis e apropriados se mostra como uma estratégia essencial para o desenvolvimento da LS, envolvendo produção de folhetos, vídeos, cartilhas e demais recursos claros e simples, desviando de jargões técnicos e fazendo uso de ilustrações e exemplos pertinentes para a realidade da população brasileira (Silva *et al.*, 2024). Para a efetivação da LS no Brasil se encontram algumas dificuldades, sendo uma delas a necessidade da superação das barreiras linguísticas e culturais que resultam em obstáculos na comunicação eficaz de informações de saúde para distintos grupos populacionais (Silva *et al.*, 2024). Se mostra evidente que a promoção da LS no Brasil, demanda uma abordagem holística e multidisciplinar que validem as dimensões que impactam diretamente ao acesso à informação e a capacidade de compreensão e aplicação das informações em saúde (Fornereto *et al.*, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços de políticas públicas de saúde, o desenvolvimento do autocuidado, educação em saúde e LS se mostra como um fator urgente, considerando as iniquidades econômicas, sociais e culturais, resultando de forma direta na compreensão das informações de saúde.

O autocuidado por ser um fenômeno complexo e multifatorial depende de diversos fatores para ser efetivado no cotidiano de pessoas com DCNT. Frente a essa realidade se percebe a importância do sujeito acometido por uma doença crônica dar sentido para o ato de se cuidar. Com base em todo o escrito, percebe-se que para esse sentido ocorrer, é de extrema necessidade os sujeitos saber o que pode e deve ser feito para cultivar sua saúde e prevenir agravos de sua doença.

A educação em saúde e a LS mostram-se como importantes aliadas no processo de gerenciamento em saúde de indivíduos em adoecimentos, uma vez que empoderam e auxiliam

no engajamento das terapêuticas possíveis a serem adotadas, contribuindo na percepção das dificuldades e potencialidades no processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Priscylla Rique et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. **R de Pesq: cuidado é fundamental Online**, v. 10, n. 1, p. 260-7, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Educação em Saúde Diretrizes**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Cadernos de atenção Básica, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autocuidado em saúde: e a literacia para a saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas**. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021 - 2023**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021.

CARVALHO, Eloísa Araújo et al. Autocuidado de usuários com doenças crônicas na atenção primária à luz da teoria de Orem. **Enfermería Global**, v. 21, n. 4, p. 172-215, 2022.

COELHO, Ana Célia Rodrigues et al. Os principais desafios das políticas públicas de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis em municípios do Nordeste brasileiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, p. e31020095, 2023.

FARIA, Rafaella Rogatto et al. Os Seis Pilares da Medicina do Estilo de Vida no Manejo de Doenças Não Transmissíveis—As Lacunas nas Diretrizes Atuais. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, p. e20230408, 2023.

FISCHER, Marta Luciane; BURDA, Tuany Anna Maciel; ROSANELI, CAROLINE FILLA. O autocuidado para saúde global: um compromisso ético com a coletividade. **HOLOS**, v. 4, 2022.

FORNERETO, Alana de Paiva Nogueira; SOUSA, Danielle Ferreira de; MARTINI, Larissa Campagna. Educação Permanente em Saúde como estratégia para trabalho colaborativo na Rede de Atenção Psicossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e220221, 2023.

FRAZÃO, Maria Cristina Lins Oliveira et al. Correlação entre sintomas de depressão, atitude e autocuidado em idosos com diabetes tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20220741, 2023.

LIMA, M.F.G; VASCONCELOS, E.M.R; BORBA, A.K.O.T; et al. Fatores Associados ao Letramento Funcional em Saúde da Pessoa Idosa em Tratamento Pré-Dialítico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 23,n.04, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório de status global sobre álcool e saúde 2018: resumo executivo**. Genebra: OMS, 2018.

PEREIRA, Caroline Bueno et al. Relato de experiência: educação em saúde sobre doenças crônicas não transmissíveis em um comércio popular. **Revista UFG**, v. 16, n. 18, 2016.

PORTELA, Raquel de Aguiar et al. Diabetes mellitus tipo 2: fatores relacionados com a adesão ao autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210260, 2022.

QUEMELO, Paulo Roberto Veiga et al. Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. e00179715, 2017.

RABELO, Robson et al. Impacto da Literacia no Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Revista Master-Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 8, n. 16, 2023.

SILVA, Terezinha Nunes; SILVA, Antônia Oliveira; CRUZ, Maria Virginia Tavares. Literacia em saúde à pessoa idosa: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, p. 114-118, 2018.

SILVA, Luciano Cicero et al. Literacia em saúde: perspectivas e desafios, uma revisão de literatura. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 3, p. e3451-e3451, 2024.

TENANI, Carla Fabiana et al. O papel da literacia em saúde como fator associado às perdas dentárias. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 116, 2021.

TORRES, Heloisa; MONTEIRO, Márcia Regina Pereira. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 4, 2006.

VIEIRA, G. L. C., et al. A percepção dos usuários com diabetes sobre a estratégia de educação em grupos na promoção do autocuidado. **Escola Anna Nery**, v. 21, p. e20170017, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Literacy: solids facts.** Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health.** Geneva: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on road safety 2018.** Geneva: WHO, 2018.

4.4 Podcast

Objetivos associados: 4 - Produzir um podcast junto a uma equipe interprofissional de assistência a usuário com neuropatia periférica como ferramenta de comunicação e educação em saúde.

Podcast: Na linha do cuidado - A neuropatia periférica na prática clínica

Durante a estruturação e desenvolvimento desta pesquisa, foi planejado e elaborado um produto técnico tipo intervenção na comunidade, direcionado prioritariamente a profissionais de saúde, sem excluir o potencial de alcance aos pacientes com neuropatia periférica. O produto foi organizado no formato de podcast, com o objetivo de articular educação e comunicação em saúde, favorecendo a reflexão sobre práticas de cuidado e atuação interprofissional no contexto de um ambulatório especializado que atua diretamente com a assistência de pacientes com neuropatia periférica.

Este podcast foi idealizado em conjunto ao projeto Inova Vales - RS, divulgado através de uma edição especial. Teve o intuito de aproximar as práticas profissionais, aprofundando acerca do fazer em saúde dos profissionais integrantes da equipe. O ambulatório nomeado “Pé insensível”, é um dos ambulatórios constituinte do Centro Clínico (CECLIN) vinculado a Universidade de Caxias do Sul (UCS).

Essa edição especial tem seis episódios, sendo cada episódio a entrevista com um profissional das seguintes áreas: nutrição, psicologia, fisioterapia, medicina, enfermagem e serviço social, todos integrantes do Pé Insensível.

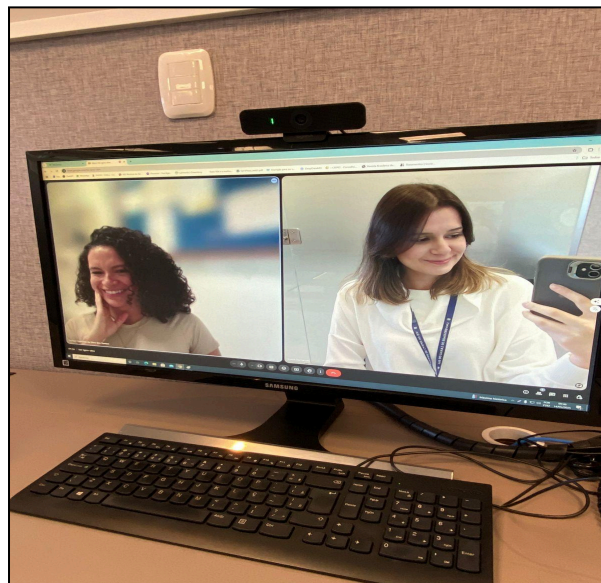
As combinações em relação ao aceite dos profissionais, dia, horário e local para a realização das entrevistas eram feitas pela pesquisadora, assim como, a criação do roteiro de cada episódio e a efetivação da conversa no dia combinado. Após a aprovação do Inova, as entrevistas eram desenvolvidas através de uma sala virtual, ocorrendo a gravação para posterior edição. Cada encontro teve a duração de cerca de quarenta minutos, objetivando uma troca de saberes e experiências sobre a prática junto a neuropatia periférica, mas também, pretendeu-se conhecer o olhar de cada profissional ali atuante sobre a subjetividade do saber e fazer em saúde.

As gravações foram realizadas pela equipe do Inova, assim como, as edições e publicação do Podcast. A nomeação desse podcast: “Na linha do cuidado - A neuropatia periférica na prática clínica”, foi dada após todas as gravações, sendo estas de muita valia e significados. Com base em toda experiência de idealização, estruturação e prática, esses

encontros, foi um fazer que aproximou e integrou práticas talvez antes ainda não faladas com tamanha importância na realidade ali vivenciada, trazendo consigo um afeto clínico e uma leitura crítica do construir em saúde por meio da ótica interprofissional.

A primeira entrevista foi realizada com a psicóloga que atende junto ao ambulatório, discutindo sobre a importância da atuação integrada das áreas no cuidado de pacientes com neuropatia periférica. Foi abordado acerca de como a psicologia contribui para o tratamento destes pacientes, bem como os possíveis impactos emocionais envolvidos nas amputações. Para além, foram explanados sobre temas como a promoção da motivação, o fortalecimento emocional, a prevenção e a importância do cuidado humanizado e interprofissional.

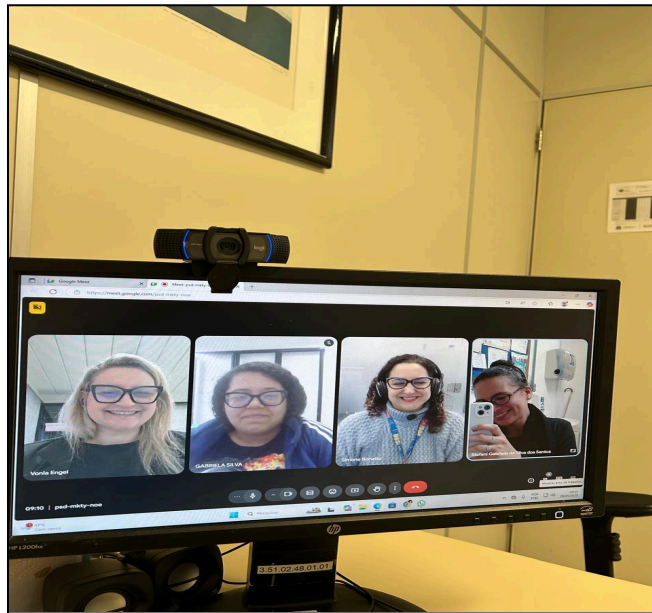
Figuras 1 e 2. Foto da pesquisadora com a psicóloga do ambulatório Pé insensível e card de divulgação do Podcast.



Fonte. Arquivo pessoal

A segunda entrevista foi realizada com a nutricionista da equipe, tratando e refletindo em relação a criação e funcionamento do ambulatório interprofissional do Pé Insensível. Ao decorrer do encontro foi falado sobre o papel da nutrição e o cuidado dos pacientes ali atendidos. Ainda, foi abordado e refletido sobre a importância da educação alimentar, as possíveis estratégias para prevenção de amputação e a necessidade do apoio nutricional no processo de reorganização alimentar.

Figuras 3 e 4. Foto da pesquisadora com a nutricionista do ambulatório Pé insensível junto a equipe do Inova Vales/RS e o card de divulgação do Podcast.



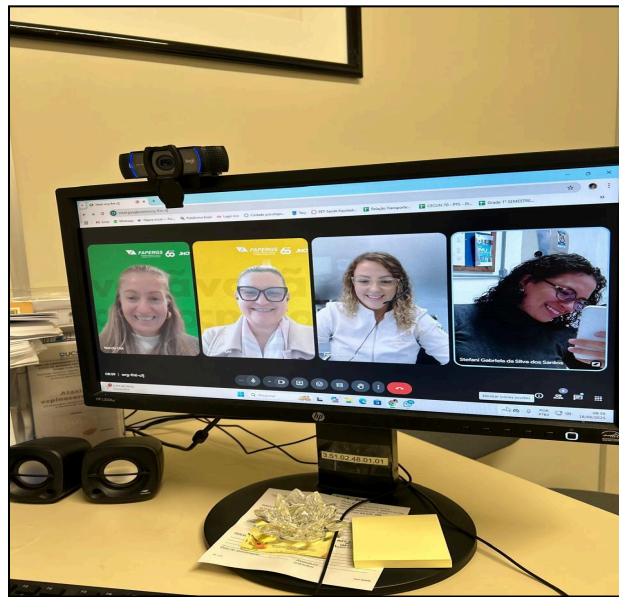
Fonte: Arquivo pessoal

A entrevista com a fisioterapeuta do ambulatório se deu no terceiro episódio do podcast. A profissional apresentou sobre a atuação da fisioterapia e as principais abordagens utilizadas junto aos pacientes ali atendidos. Foram abordados e discutidos temas sobre os fatores emocionais que influenciam e impactam no progresso físico junto ao cuidado interprofissional.

Foi refletido sobre a importância do cuidado biopsicossocial e o olhar integral frente ao processo de reabilitação física desses sujeitos, bem como, acerca da manutenção da

funcionalidade, alívio da dor e melhora da qualidade de vida. Como finalização, foi abordado sobre as possíveis orientações de cuidado para os pacientes e sua rede de apoio, abrangendo um cuidado próprio e apoiado, objetivando a melhora dos sujeitos acometidos pela neuropatia.

Figuras 5 e 6. Foto da pesquisadora com a fisioterapeuta do ambulatório Pé Insensível junto a equipe do Inova Vales/RS e o card de divulgação do Podcast.





Fonte: Arquivo pessoal

O quarto episódio foi desenvolvido junto ao médico vascular responsável pelo ambulatório do Pé Insensível. O profissional relatou sobre sua experiência enquanto especialista e seus investimentos afetivos e técnicos no processo de inovação dos tratamentos para os pacientes com neuropatia periférica.

Abordou sobre os principais fatores de risco que levam pacientes com DM2 a desenvolver complicações graves, chegando em amputações, assim como, acerca dos desafios da prevenção, tratamento e adesão ao cuidado, tanto abrangendo usuários quanto equipe de saúde.

Figuras 7 e 8. Foto da pesquisadora com o médico vascular do ambulatório Pé Insensível junto a equipe do Inova Vales/RS e o card de divulgação do Podcast.



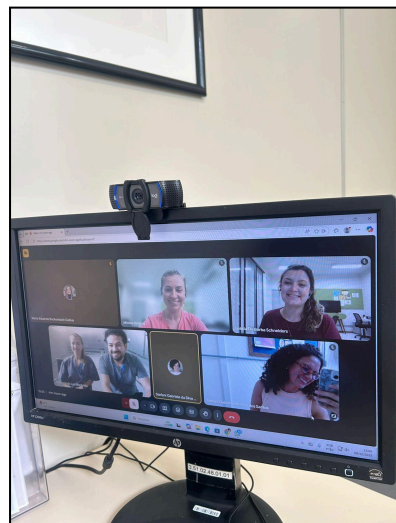


Fonte: Arquivo pessoal

O penúltimo episódio foi desenvolvido com os dois enfermeiros constituintes da equipe. Os profissionais discorreram acerca dos processos avaliativos frente a perda de sensibilidade de MMII, assim como, os cuidados possíveis para prevenir e cuidar destas limitantes lesões.

Foi refletido sobre o papel da enfermagem frente esse processo de adoecimento, mas também, do papel dessa profissão no desenvolvimento e prática de políticas públicas. Junto à isso, foi abordado sobre a integração dessa área técnica na prática interprofissional e no cuidado integral considerando as multifacetadas da subjetividade dos sujeitos.

Figuras 9 e 10. Foto da pesquisadora com os dois enfermeiros do ambulatório Pé Insensível junto a equipe do Inova Vales/RS e o card de divulgação do Podcast.





Fonte: arquivo pessoal

No último episódio deste podcast, o encontro foi realizado junto a assistente social da equipe. Foi construído e partilhado acerca dos cuidados psicossociais frente ao processo de adoecimento, assim como, falou acerca das principais potencialidades e desafios do serviço social frente a neuropatia periférica e a articulação com demais serviços.

Figuras 10 e 11 - Foto da pesquisadora com assistente social do ambulatório Pé Insensível junto a equipe do Inova Vales/RS e o card de divulgação do Podcast.



MAIS EPISÓDIOS: 

ESPECIAL SAÚDE
Episódio 06



Na linha do cuidado - A neuropatia periférica na prática clínica: o papel do serviço social

AMBULATÓRIO PÉ INSENSÍVEL



Entrevistada Andreia da Rosa de Matos
ASSISTENTE SOCIAL



Stefani dos Santos
PSICÓLOGA E MESTRANDA EM
PROMOÇÃO DA SAÚDE PELA UNISC



Fonte: Arquivo pessoal

5. CONCLUSÕES GERAL E CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Conclusões gerais

A presente dissertação evidencia que o desenvolvimento e o agravamento da neuropatia periférica em pessoas com DM2 não pode ser compreendida apenas pela lógica biomédica. Os achados mostram que fatores como o sofrimento emocional, as condições sociodemográficas, a relação dos sujeitos com os serviços de saúde e os sentidos atribuídos ao trabalho e ao adoecimento constituem uma rede complexa que atravessa as práticas de autocuidado e o itinerário terapêutico.

Os resultados indicam que o sofrimento emocional vinculados ao DM2 e a neuropatia periféricas é multifatorial, não podendo ser explicado apenas pela adesão das práticas de comportamento de autocuidado. Quando determinadas dimensões, como alimentação e atividade física apresentaram associação inicial com o sofrimento emocional, essas associações não se mantiveram após serem ajustadas por variáveis sociodemográficas e clínicas, salientando a necessidade de uma análise ampliada e multifatorial do cuidado.

A pesquisa também evidenciou a naturalização de riscos, a banalização de sinais corporais e o trabalho como um concorrente frequente do cuidado. Junto também emergiram fragilidades na comunicação em saúde, marcada por um caráter prescritivo e por percursos fragmentados no sistema de saúde, impactando diretamente na compreensão, adesão e construção da autonomia pelos sujeitos.

De maneira articulada, a pesquisa reafirma que o autocuidado não é uma prática isolada ou exclusivamente individual, mas socialmente situada, atravessado por questões emocionais e organizacionais em saúde. Nesse sentido, o enfrentamento das complicações do DM2, especialmente das amputações resultantes da neuropatia periférica, demanda estratégias multiprofissionais que considerem as dimensões subjetivas, sociais e culturais do processo saúde e doença.

Ao integrar a produção científica e produto técnico, a dissertação possibilita a ampliação do alcance do conhecimento produzido, contribuindo para a qualificação das abordagens profissionais e para o fortalecimento de práticas mais integrais e humanizadas no cuidado a sujeitos com DM2 e neuropatia periférica.

5.2 Considerações finais

Esta dissertação possibilitou compreender que o desenvolvimento da neuropatia periférica no contexto do DM2 é construído por múltiplas dimensões que vão para além de

apenas aspectos biomédicos. Ao unir sofrimento emocional, práticas de autocuidado, educação em saúde e itinerário terapêutico, o estudo evidenciou que a complexidade das complicações do DM se desenvolvem em um cenário marcado por determinantes sociais, subjetivos e institucionais.

A pesquisa contribuiu para o campo da Promoção da Saúde ao reafirmar a necessidade de práticas integrais que considerem a multifatorialidade do processo saúde e doença. Por fim, destaca-se a importância de novas investigações que aprofundem a análise das interações entre saúde mental, educação em saúde e complicações do DM2, assim como de políticas e práticas que fortaleçam o cuidado integral, a prevenção de agravos e a redução de amputações.

No que tange a rotina e cotidiano profissional, essa pesquisa possibilitou aplicação na forma de compreender e intervir no cuidado às pessoas com neuropatia periférica, permitindo reconhecer que o cuidado não pode ser centrado apenas em orientações técnicas e no incentivo ao autocuidado individual, mas deve também considerar o sofrimento emocional, as condições sociais, os percursos no sistema de saúde e os sentidos que cada sujeito atribui ao seu adoecimento. Isso só se faz possível através de uma escuta qualificada, atenta às dimensões subjetivas, revisando também práticas de educação em saúde, construindo-as menos prescritivas e mais dialógicas. No dia a dia, isso pode se traduzir em uma atuação integrada e multiprofissional, com foco na construção conjunta do cuidado, buscando estratégias mais efetivas de prevenção de complicações e promoção de autonomia dos pacientes.

6. PERSPECTIVAS

A partir dos achados desta dissertação, torna-se fundamental ampliar investigações com amostras maiores e delineamentos longitudinais. Pensa-se, ainda, acerca do desenvolvimento de estratégias baseadas em educação em saúde dialógica, comunicação centrada na pessoa e atuação interprofissional para possibilitar maior efetividade na promoção da autonomia, na qualificação do autocuidado e qualidade de vida para as pessoas com DM e neuropatia periférica.

Outra perspectiva consiste em aprofundar a análise do itinerário terapêutico em diferentes níveis de atenção à saúde, apurando como a organização da rede, as barreiras de acesso e as desigualdades sociais impactam diretamente no cuidado. Estudos que analisem as relações entre gênero, trabalho, condições socioeconômicas e adesão ao tratamento podem colaborar para uma compreensão mais ampla e inteira do fenômeno.

Destaca-se a necessidade de fortalecer produtos técnicos e estratégias de comunicação e trocas científicas, ampliando o diálogo entre universidade, serviço de saúde e comunidade. A conexão entre pesquisa, prática e comunicação pode favorecer a construção de modelos mais humanizados e sensíveis às dimensões subjetivas e socioculturais que influenciam o processo de saúde e doença.

7. NOTA À IMPRENSA

Novo estudo mostra que trajetória de cuidado e saúde mental impactam o desenvolvimento da neuropatia periférica na diabetes tipo 2

Uma nova dissertação de mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul traz reflexões acerca das interações entre saúde mental, comunicação em saúde e o desenvolvimento da neuropatia periférica. O estudo, conduzido pela mestrandia Stefani Gabriela da Silva dos Santos, olhou para a complexidade da multifatoriedade que resulta na neuropatia periférica.

A mestrandia Stefani realizou a dissertação intitulada: O desenvolvimento da neuropatia periférica na Diabetes Mellitus tipo 2 e suas relações com o itinerário terapêutico, depressão, ansiedade, autocuidado e comunicação em saúde. A pesquisa foi realizada de março de 2024 a janeiro de 2026 em um Centro Clínico vinculado à Universidade de Caxias do Sul, sob orientação das profs Andréia Valim e Edna Linhares.

O objetivo foi analisar as relações que se estabelecem entre o itinerário terapêutico, depressão, ansiedade, autocuidado e comunicação no desenvolvimento de neuropatia periférica em indivíduos com o DM2.

A pesquisa foi desenvolvida através de dois eixos, o primeiro quantitativo, em que a amostra foi predominantemente masculina, com baixa escolaridade e múltiplas amputações. A partir das análises realizadas foi evidenciado que o sofrimento emocional é multifatorial e não pode ser explicado exclusivamente pela adesão às práticas de autocuidado. No segundo eixo, da pesquisa qualitativa, os resultados encontrados indicaram níveis de ansiedade mínimo ou leve e presença de sintomas depressivos mínimos ou moderados entre os participantes. A análise das entrevistas evidenciou três eixos centrais: a naturalização dos riscos e banalização dos sinais corporais; o trabalho como eixo organizador da vida, muitas vezes concorrente do cuidado; e a circulação fragmentada no sistema de saúde, associada a uma educação em saúde de caráter prescritivo. Os achados demonstraram que o autocuidado não se constitui como prática exclusivamente individual, sendo atravessado por sofrimento emocional, condições sociais e pela própria organização dos serviços de saúde.

De forma integrada, os dois artigos reforçam que o desenvolvimento e o agravamento da neuropatia periférica em pessoas com DM2 estão atravessadas por uma rede complexa de fatores clínicos, emocionais e sociais, apontando para a necessidade de estratégias de cuidado multiprofissionais, integrais e sensíveis às dimensões subjetivas e socioculturais do processo saúde e doença.

8. RELATÓRIO DE CAMPO

Relatório de campo - dissertação mestrado

O relato a seguir é referente a pesquisa de Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Sou Stefani, psicóloga formada pela Universidade de Caxias do Sul (UCS) em 2019, especialista em reabilitação física pela Universidade Franciscana (UFN) em 2022 através de uma residência multiprofissional. Minha área de curiosidades, afeição e atuação sempre foi a psicologia da saúde, nicho este que me faz refletir sobre o fazer saúde e o olhar para o sujeito adoecido.

Atualmente sou psicóloga do Centro Clínico da UCS (CECLIN), local este onde desenvolvi a prática da minha pesquisa, tanto o eixo quantitativo, quanto o qualitativo. O tema voltado para a neuropatia periférica e as relações dos sujeitos frente a sua doença se formou a partir da minha pesquisa de conclusão de residência, em que nos achados a relação entre sujeito e doença, bem como, sujeito e profissionais da saúde impactaram na adesão do tratamento do recorte dos sujeitos pesquisados, assim como, no que tange ao bem-estar destes.

Durante a minha atuação até o mestrado, os pacientes/usuários do CECLIN continuavam a se mostrar vulneráveis frente a amputação de membros inferiores (MMII) devido a neuropatia periférica, assim como, as evoluções para além de apenas uma amputação, por vezes, resultando em diversas até chegar ao nível transfemural.

Minha curiosidade frente aos motivadores da evolução até procedimentos tão intrusivos nos corpos desses sujeitos continuou, despertando outras curiosidades, como as relacionadas ao meu colegas, profissionais de saúde, frente aos crescentes diagnóstico e avanços da neuropatia periférica.

Na elaboração do projeto de pesquisa, o CECLIN se mostrou complacente e disponível para a realização do estudo, bem como, os profissionais ali atuantes. Acredita-se que tanto pela esperança de achados acerca do tema, mas também devido meu vínculo como profissional integrante da equipe.

O projeto de pesquisa foi elaborado e estruturado no prazo desejado, assim como, submetido ao comitê de ética de pesquisa das duas instituições de ensino, a Universidade de Caxias do Sul (UCS) e a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). O primeiro desafio encontrado para a efetivação da pesquisa, foi a delonga da aprovação pelo CEP da UCS, se revelando estruturado em processos morosos e repetitivos, impactado diretamente no prazo de início e desenvolvimento da pesquisa, assim como, no meu desânimo e frustração enquanto

pesquisadora e também na perda de diversos pacientes que poderiam ter participado da pesquisa.

Até a aprovação do CEP, resolvemos, eu e minhas orientadoras, a desenvolver um podcast junto a Inova Vales/RS, para melhor apresentar a dinâmica do funcionamento de um ambulatório de atuação interprofissional nomeado de Pé Insensível, este, criado para a prevenção de futuras amputações, bem como, a possibilidade de avaliação e tratamento de pacientes com recentes instalações de lesões periféricas

A prática com a gravação de Podcasts se iniciou. Todo roteiro e estruturação foi desenvolvido por mim, recebendo o auxílio nas gravações pelo Inova Vales/RS. Totalizaram seis episódios, um episódio com cada área técnica constituinte, enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social. Através da construção deste material se pode perceber o trabalho encantador desenvolvido por uma equipe disponível para a criação de um formato inovador de cuidado e tratamento, bem como, aproximou o saber do fazer. Acredito que esses encontros auxiliaram meus colegas a integrarem uma prática por vezes lida como simples em um fazer complexo e humano na prática diária de cada um.

Ao longo das gravações dos episódios se pode notar o conforto nas construções realizadas, possivelmente facilitadas pela relação prévia entre mim e os entrevistados, bem como, o funcionamento do ambulatório já conhecido, facilitando por vezes, a condução das entrevistas. A grande maioria dos profissionais que participaram se mostraram engajados e disponíveis na construção do trabalho interprofissional, mas também no auxílio da construção de meu produto técnico, trazendo diversas reflexões e necessidades na atuação e cuidado junto aos pacientes. Em todas as gravações recebi o apoio do Inova - Vales, em que as profissionais ali envolvidas através de suas experiências puderam trazer mais organização, seriedade e eficácia na elaboração do roteiro dos episódios.

Em relação a disponibilidade dos profissionais para a participação no podcast, pude perceber uma maior resistência da equipe da enfermagem para a participação, podendo ter sido influenciada pelo perfil destes profissionais, pelo vínculo junto a pesquisadora, demandas de trabalho ou até mesmo a descredibilização frente a criação deste produto técnico. Tal percepção se mostrou ambivalente já que no dia da gravação os profissionais se mostraram engajados e muito participativos.

A pesquisa propriamente dita, com a aplicação dos questionários vinculados ao eixo quantitativo, iniciou em 01 de julho de 2025, três meses após o planejado para o começo, e totalizou 42 sujeitos participantes. Julho é um mês que faz parte do período de férias acadêmicas, o que impactou diretamente nas consultas desenvolvidas no CECLIN,

diminuindo o fluxo de pacientes. O CECLIN é uma clínica escola, vinculado diretamente à prática acadêmica da UCS, portanto, quando as férias acadêmicas chegam, o fluxo dos pacientes diminui consideravelmente.

O desenrolar da pesquisa se deu através da aplicação de três questionários, dados sociodemográficos, QAD e B-PAID na primeira parte, de caráter quantitativo. Dois questionários da parte qualitativa deviam ser aplicados, o BAI e o BDI, juntamente com a realização de rodas de conversa. O desenvolvimento da primeira parte da pesquisa se deu durante o atendimento do ambulatório do pé insensível, das oficinas ortopédicas e de um ambulatório vinculado a um outro médico vascular. O ambulatório do pé insensível é desenvolvido uma vez na semana, nas quartas-feiras, a oficina ortopédica uma vez ao mês, nas quintas feiras e a do médico vascular uma vez na semana, na sexta feira.

A criação e manutenção das agendas do pé insensível e a do médico vascular são vinculadas aos médicos responsáveis por tais ambulatórios, dessa forma, os atendimentos são desenvolvidos quando estes profissionais estão disponíveis. Frente à esse fato, por diversos dias as agendas foram canceladas devido a indisponibilidades dos médicos, tanto por fatores pessoais, mas também devido cirurgias de emergências, resultando na não ida de pacientes com neuropatia periférica até o ambulatório. A não ida desses pacientes impactaram diretamente no desenvolvimento da pesquisa, mas também, e não menos importante, na não assistência de tais sujeitos, sendo necessário remanejamento de todos eles para atendimentos em semanas posteriores.

Outro fator desafiador frente a coleta dos dados da primeira parte da pesquisa foi que o ambulatório não disponibilizou salas no térreo para a efetivação da aplicação dos questionários. No CECLIN não há elevador para a locomoção dos usuários com lesão aberta ou que necessitavam do uso de cadeira de rodas, dessa forma, foi necessário realizar a pesquisa na sala do bloco cirúrgico (BC), onde aconteciam concomitante os atendimentos dos pacientes pelos demais profissionais da equipe. Nesse formato de coleta, gerou a necessidade de aplicações mais rápidas frente ao grande fluxo de pacientes e os diversos ambulatórios que passam no BC para atendimentos.

Inúmeros pacientes com perfil para participação da pesquisa não foram abrangidos, tanto pela impossibilidade de aplicação dos questionários tanto por sozinha não ter tempo viável para abordar todos os pacientes ali atendidos, pensando no formato de atendimento dos demais profissionais, assim como, a indisponibilidade de demais salas para efetivação ética da pesquisa.

Nos dias de coleta na oficina ortopédica, desenvolvida uma vez ao mês, a prática se deu em um formato mais tranquilo e organizado, uma vez que era possível fazer uso da minha sala para as coletas, já que as oficinas acontecem em outro bloco vinculado ao CECLIN. Nenhuma oficina ortopédica foi cancelada, além de que a taxa de pacientes faltantes no dia foram baixíssimas.

Nessa primeira parte da pesquisa pude perceber o quanto os pacientes mostraram-se disponíveis para a participação e encarecidos de escuta, uma vez que vários consideraram aquele momento como um atendimento psicológico. A aplicação de questionários estruturados e o pouco tempo disponível das salas para coleta se tornou um desafio, já que a minha escuta precisava ser breve e muito direcionada, havendo momentos em que desejei expandi-lá, porém não foi possível.

Os repetidos cancelamentos de agendas, olhares que me apuraram durante o uso das salas compartilhadas e até mesmo as dificuldades de alguns colegas me auxiliarem na captação de pacientes, evidenciaram-me que pesquisar em saúde é desafiador, tanto pela prática sobrecarregada da equipe de enfermagem ou até mesmo o fazer acelerado de uma avaliação médica, revelaram-se espaços que por vezes não deixam olhares, escutas ou até mesmo identidades se mostrarem.

Em relação a coleta da segunda parte, de caráter qualitativo, deu seu início através das coletas do BAI e BDI, avaliando ser mais fácil para organização junto aos pacientes, pensando tanto na disponibilidade dos participantes, mas também em relação ao tempo ainda disponível para coleta de dados e as demais demandas de prazos junto ao PPG. A grande maioria das coletas foram realizadas na minha sala, o que facilitou o acolhimento, sigilo e disponibilidade de escuta durante a aplicação dos inventários, uma vez que, estes tratam de fatores que pudessem comover e vulnerabilizar emocionalmente os participantes.

Ao decorrer das aplicações, os usuários mostraram-se engajados e à vontade para responder os inventários, podendo ser um indicativo de terem sentido-se acolhidos e respeitados. Durante as questões abordadas, vários participantes justificaram suas respostas para além das perguntas fechadas dos inventários, possível sinal de disponibilidade para colaboração junto ao estudo e também de uma necessidade de escuta sendo suprida.

Pensando que a aplicação dos inventários foram realizadas junto a pacientes que eu não tinha um vínculo *a priori* também pôde despertar algumas inseguranças de manejo frente a possíveis demandas trazidas e também desconfortos frente a ser uma aplicação única. A aplicação do BAI pareceu ser mais natural e com maior facilidade, visto que a grande maioria dos usuários mostraram maior familiaridade com os temas abordados ao decorrer das

perguntas, assim como, a ansiedade, mesmo podendo chegar a um adoecimento emocional severo, os usuários não mostraram um abalo que limitou o diálogo. Na aplicação do BDI, algumas questões se mostraram mais delicadas de serem proferidas pensando ser meu primeiro contato junto aos pacientes, principalmente aquelas que questionavam sobre o suicídio e frequência sexual.

Esses dois inventários mostraram-se muito válidos para a identificação de sintomatologia depressiva ou ansiosa, porém, por serem estruturados por perguntas fechadas, dificultam uma abrangência maior em relação a complexidade e pluralidade abrangida no diagnóstico de um transtorno.

Em um primeiro momento, a intenção era desenvolver rodas de conversas para abordar de forma abrangente a subjetividade dos sujeitos frente ao processo de adoecimento, entretanto, percebeu-se dificuldades de participação e disponibilidades dos usuários para irem até ao serviço em um dia e horário diferente ao estabelecido pela equipe médico ou de enfermagem, e também, irem mais um dia para além do já programado para realização de consulta ou curativos. Frente à isso, decidiu-se realizar entrevistas semiestruturadas individualmente com os usuários.

Foram realizadas cinco entrevistas, de cerca de 40 minutos, com usuários que estavam para realizar os curativos de lesões em MMII e tinham disponibilidade para ficar o tempo necessário após a realização do procedimento. As entrevistas foram realizadas por uma de minhas estagiárias, já que estava no final do semestre e junto à esse período a minha organização de horários para manejar trabalho e coleta de dados do mestrado tornou-se uma grande dificuldade. A escuta e transcrição dos áudios foram feitas por mim, conseguindo olhar e escutar cada fala dita pelos pacientes, assim como, interpretar os sentidos deles para cada vivência.

A realização da pesquisa foi feita no meu local de trabalho, o que facilitou em diversos momentos tanto pelo manejo de horários e também pela facilidade relacional junto aos meus colegas, porém, em outros momentos implicou em uma mistura e atravessamento de papéis entre psicóloga do CECLIN e pesquisadora. Em inúmeras ocasiões eram percebidas por outros profissionais, ali atuantes, demandas de cunho emocional para além da pesquisa e tais pacientes eram encaminhados para meu acolhimento, bem como, discussões de assuntos relacionados ao funcionamento do serviço me eram direcionados em horários destinados à pesquisa.

Um fator dificultador para melhor efetivação da pesquisa foi a dificuldade de manejo da minha agenda no segundo semestre de 2025 enquanto profissional, para assim, conseguir

concretizar minha pesquisa, em virtude do aumento de acadêmicos para minha supervisão, bem como, aumento do número de pacientes para atendimento. Importante salientar que se mostra impossível uma diferenciação completa entre o fazer profissional e ser acadêmica, ocorrendo atravessamentos significativos, tanto no que tange à sobrecarga profissional, e também o lidar com a frustração advinda das necessidades acadêmicas.

Em relação a percepção do desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, principalmente no que tange a alimentação, quase todos os usuários participantes relataram uma alimentação comum denominada como dieta, mostrando dificuldades acerca de quais as reais necessidades frente a alimentação correta, ou melhor, indicada pelos profissionais de saúde. Bem como, com quase unanimidade, os sujeitos afirmavam que o olhar mais cuidadoso para DM e suas complicações se deu só após episódios de amputação.

Ademais, durante a realização desta pesquisa foram desenvolvidos e apresentados dois resumos com o tema desta dissertação, ambos publicados em anais de eventos junto ao PPG da UNISC.

REFERÊNCIAS

- ANUNCIÇÃO, L.; CAREGNATO, M.; SILVA, F. S. C. da. Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão-II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 68, n. 2, p. 83-91, 2019.
- ASSUNÇÃO, Suelen Cordeiro et al. Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. *Escola Anna Nery*, v. 21, e20170208, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Autocuidado em saúde: literacia para a saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2*. Brasília, DF, 2012.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2012 jun 13.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Autocuidado em saúde: a literacia para a saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas*. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2023a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 28 maio 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – diabetes mellitus*. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_ca_b36.pdf. Acesso em: 28 maio 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da sociedade: point-of-care testing hemoglobina glicada para pacientes diabéticos*. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/sociedade/20221202_rs_380_poct_diabetes.pdf. Acesso em: 10 jun. 2024.
- CARE, Diabetes et al. Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*, v. 46, p. S1-S267, 2023.
- COSTA, L. F. et al. Tendência temporal e gastos das internações com diagnóstico principal por diabetes mellitus no Sistema Único de Saúde do Brasil, 2011 a 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 32, n. 4, 2023.
- COSTA, M. B.; CASTRO, A. P. A. de. Abordagem interdisciplinar no tratamento do diabetes mellitus tipo 2: da teoria à prática. *Extramuros – Revista de Extensão da UNIVASF*, v. 1, n. 2, p. 30-37, 2013.
- COSTA, Raylan Golinski et al. Estratégias interdisciplinares de atenção ao paciente com diabetes para redução dos valores de hemoglobina glicada. In: *Envelhecimento humano: desafios contemporâneos*. v. 1. São Paulo: Editora Científica Digital, 2020. p. 334-349.

- CRUZ, Z. J. N. et al. Health and quality of life outcomes impairment of quality of life in type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 15, n. 1, p. 1-7, 2018.
- CUBAS, M. R. et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. *Fisioterapia em Movimento*, v. 26, n. 3, p. 647-655, 2013.
- CUNHA, J. A. *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DEMÉTRIO, F. et al. O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 204-221, 2019.
- DIAZ, Naiana et al. O impacto do diabetes mellitus tipo 2 na qualidade de vida. *Revista Médica UFPR*, v. 3, n. 1, 2016.
- ESHETE, Akine et al. Association of stress management behavior and diabetic self-care practice among diabetes type II patients in North Shoa Zone: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, v. 23, art. 767, 2023.
- FIGUEIRA, A. L. C. et al. Intervenções educativas para o conhecimento da doença, adesão ao tratamento e controle do diabetes mellitus tipo 1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, e2863, 2017.
- FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, p. 117-121, 2010.
- FISCHER, M. L. et al. O autocuidado para saúde global: um compromisso ético com a coletividade. *HOLOS*, v. 4, 2022.
- FRAZÃO, M. C. L. O. et al. Correlação entre sintomas de depressão, atitude e autocuidado em idosos com diabetes tipo 2. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, e20220741, 2023.
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.
- GIATTI, L. L. et al. Pesquisa participativa reconectando diversidade: democracia de saberes para a sustentabilidade. *Estudos Avançados*, v. 35, p. 237-254, 2021.
- HULLEY, S. B. et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Atlas do censo demográfico 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/caxias-do-sul/panorama>. Acesso em: 1 ago. 2024.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *IDF diabetes atlas*. 10. ed. 2021. Disponível em: https://profissional.diabetes.org.br/wp-content/uploads/2022/02/IDF_Atlas_10th_Edition_2021-.pdf. Acesso em: 28 maio 2024.

- IQUIZE, R. C. C. et al. Educational practices in diabetic patient and perspective of health professional: a systematic review. *Revista Brasileira de Nefrologia*, v. 39, n. 2, p. 196-204, 2017.
- JONES, A.; VALLIS, M.; POUWER, F. If it does not significantly change HbA1c levels why should we waste time on it? *Diabetic Medicine*, v. 32, n. 2, p. 155-163, 2015.
- LIMA, L. J. L. et al. Avaliação do autocuidado com os pés entre pacientes portadores de diabetes melito. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 21, e20210011, 2022.
- LLANES, L. L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus: experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*, v. 23, n. 1, 2012.
- MARQUES, H. S. et al. Diabetes tipo II: qualidade de vida e aspectos psicológicos. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 19, n. 2, p. 16-22, 2012.
- MICHELS, M. J. et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 54, p. 644-651, 2010.
- MUHL, C. El itinerario terapéutico de la persona con trastorno mental: puntos de inflexión. *Revista do NUFEN*, v. 12, n. 3, p. 198-216, 2020.
- NAGELKERK, J. et al. Improving outcomes in adults with diabetes through an interprofessional collaborative practice program. *Journal of Interprofessional Care*, v. 32, n. 1, p. 4-13, 2018.
- NASCIMENTO, M. E. B. et al. O impacto da sobrecarga de pacientes na qualidade dos cuidados em situações de emergência. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 10, p. 739-748, 2024.
- NOGUEIRA, D. L. et al. Educação em saúde e na saúde: conceitos, pressupostos e abordagens teóricas. *SANARE – Revista de Políticas Públicas*, v. 21, n. 2, 2022.
- ONU BR – NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. *A Agenda 2030*. 2026.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Diagnóstico e manejo do diabetes tipo 2*. Brasília, 2020.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Panorama of diabetes in the Americas*. Washington, D.C., 2022.
- PERRIN, N. E. et al. The prevalence of diabetes-specific emotional distress. *Diabetic Medicine*, 2017.
- POP-BUSUI, R. et al. Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, v. 40, n. 1, p. 136-154, 2017.
- PORTELA, R. A. et al. Diabetes mellitus tipo 2: fatores relacionados com a adesão ao autocuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, e20210260, 2022.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RAMOS, L. et al. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. *Journal of Human Growth and Development*, v. 21, n. 3, p. 867-877, 2011.

RANGEL, M. et al. Fundamentos e princípios das opções metodológicas: metodologias quantitativas e procedimentos quali-quantitativos de pesquisa. *Omnia*, v. 8, n. 2, p. 5-11, 2018.

RAUPP, I. T. et al. Diabetes mellitus tipo 2 e saúde mental: uma abordagem multidisciplinar. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 90-104, 2021.

ROSA, M. Q. M. et al. Disease and economic burden of hospitalizations attributable to diabetes mellitus and its complications: a nationwide study in Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 15, n. 2, p. 294, 2018.

SEGATA, J.; SEGATA, J. B. Os caminhos da cura: itinerários terapêuticos e práticas populares de saúde no Alto Vale do Itajaí, Santa Catarina. *Revista Caminhos*, v. 1, p. 7-24, 2011.

SILVA, A. C. Itinerário terapêutico e doenças crônicas: aproximações necessárias para a educação física. *Caderno de Educação Física e Esporte*, v. 20, e2034, 2022.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, p. 697-703, 2009.

SNOEK, F. J. et al. Diabetes-related emotional distress in Dutch and US diabetic patients. *Diabetes Care*, v. 23, n. 9, p. 1305-1309, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Neuropatia diabética*. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://diabetes.org.br/>. Acesso em: 27 maio 2024.

SOUZA, A. O. et al. Pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2: características e percepção sobre o autocuidado. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 29, n. 1, p. 393-412, 2025.

SPINK, M. J. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. São Paulo, 2010.

TOSCANO, C. M. et al. Annual direct medical costs of diabetic foot disease in Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 15, n. 1, p. 89, 2018.

VIEIRA, G. L. C. et al. A percepção dos usuários com diabetes sobre estratégias de educação em grupos na promoção do autocuidado. *Escola Anna Nery*, v. 21, e20170017, 2017.

VERDECÍAS, N. et al. Diabetes distress in a Medicaid sample. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 2023.

WAGNER, E. H. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*, v. 320, p. 569-572, 2000.

WELCH, G. et al. Responsiveness of the problem areas in diabetes (B-PAID) questionnaire. *Diabetic Medicine*, v. 20, n. 1, p. 69-72, 2006.

WILHELMS, B. M.; ZEFERINO, A. L. A.; VOELZ, E. B. Prevalência de sintomas neuropáticos em pacientes diabéticos. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 104, n. 3, e234727, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health literacy: solid facts*. Geneva: WHO, 2013.

ZWAR, N. A. et al. Do multidisciplinary care plans result in better care for type 2 diabetes? *Australian Family Physician*, v. 36, p. 85-89, 2007.

APÊNDICE I - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado/a para participar como voluntário da pesquisa intitulada: O desenvolvimento da neuropatia periférica na DM2 e suas relações com o itinerário terapêutico, depressão, ansiedade, autocuidado e comunicação em saúde, que pretende analisar as relações que se estabelecem entre o itinerário terapêutico, autocuidado e comunicação no desenvolvimento de neuropatia periférica em indivíduos com o DM2, vinculado ao Programa de pós graduação - mestrado e doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. O pesquisador responsável por esta pesquisa é Stefani Gabriela da Silva dos Santos, que poderá ser contatada a qualquer tempo através do número (55)991773809 e do e-mail stefanigssantos@gmail.com.

Sua participação é possível pois você atende aos critérios de inclusão previstos na pesquisa, os quais são indivíduos diagnosticados com DM2 com neuropatia periférica, na faixa etária de 30 e 80 anos, que fazem seu tratamento ou realizam curativo em lesão devido neuropatia periférica, no Centro Clínico (CECLIN) vinculado a Universidade de Caxias do Sul. Sua participação consiste na participação de três encontros dos grupos focais, que serão desenvolvidos a partir de questões disparadoras e entrevistas semiestruturadas, assim como responderão o Inventário de Ansiedade de Beck e o Inventário de Depressão de Beck. Ademais, serão também aplicados o Questionário de Atividades de Autocuidado e o questionário Problemas Areas in Diabetes. O desenvolvimento de todos esses procedimentos será no Centro Clínico de Caxias do Sul, com a duração de cerca de 1h30min.

Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como mobilização de emoções, constrangimentos, entre outras emoções. Os riscos/desconfortos, se ocorrerem, serão minimizados da seguinte forma: toda a abordagem será realizada por um profissional da psicologia, em um espaço privativo e que preserve a identidade e dignidade do participante. Por outro lado, a sua participação trará benefícios, como uma melhora nos ambientes de saúde para pessoas que vivenciam um processo de adoecimento, assim como, um avanço científico para os profissionais de saúde, sustentando melhores cuidados a partir da leitura acerca do processo de vivência do usuário com neuropatia periférica. Os encontros realizados no âmbito desta pesquisa poderão ser gravados em áudio, com a finalidade exclusiva de registrar com precisão os relatos e informações compartilhadas durante sua participação. As gravações são um recurso metodológico importante para garantir a fidelidade dos dados e auxiliar na análise do conteúdo obtido.

Rúbrica pesquisador _____ Rúbrica participante _____

As gravações serão feitas apenas com sua autorização prévia, e você poderá solicitar a interrupção da gravação a qualquer momento, sem prejuízo para sua participação na pesquisa. Todos os arquivos serão armazenados de forma segura, protegidos por senha e acessíveis somente ao pesquisador responsável e, se necessário, à equipe diretamente envolvida na análise dos dados, todos comprometidos com o sigilo e a confidencialidade das informações. As gravações serão utilizadas somente para fins acadêmicos, e qualquer trecho transcrito em publicações ou trabalhos acadêmicos será devidamente anonimizado, de forma a garantir que você não possa ser identificado.

O pesquisador responsável compromete-se a informar sobre o que diz o artigo 9º da Resolução CNS 510/16: São direitos dos participantes: decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública. Assim, deve haver a manifestação explícita do participante, caso deseje que sua identidade seja divulgada. Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza. Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados através de uma reunião conjunta com o Centro Clínico e os demais participantes da pesquisa. E se caso desejar, mediante solicitação a pesquisadora poderá apresentar de forma individual em local, data e horário a combinar os resultados do estudo.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ RG ou CPF _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo; ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,

Rúbrica pesquisador _____ Rúbrica participante _____

f) de que se existirem gastos para minha participação nesta pesquisa, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

g) terei acesso ao registro do TCLE sempre que solicitado.

h) que o documento em questão será guardado por 5 anos, armazenados em arquivos físicos em local fechado. O acesso aos dados será restrito aos membros da equipe de pesquisa, que estão comprometidos com a confidencialidade das informações. O descarte dos dados será realizado de forma a garantir a segurança e a privacidade dos participantes, sendo o descarte feito por meio de tritamento.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o participante da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do seguinte endereço: Av. Independência, 2293, Bloco 13 - Sala 1306; ou pelo telefone (51) 3717-7680; ou pelo e-mail cep@unisc.br. Assim como, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos UCS (CEP/UCS) é um colegiado criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, podendo igualmente ser consultado, para fins de esclarecimento através do seguinte endereço: Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 1130, Bloco S, Sala 405, Campus-sede da UCS, Caxias do Sul, RS. Telefone: 3218-2829. Horário: das 08h às 11h30 e das 13h30 às 18h. E-mail: cep-ucs@ucs.br.

Local:

Data:

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do responsável pela
apresentação deste Termo de
Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO I - Parecer consubstanciado do CEP da UNISC

UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O DESENVOLVIMENTO DA NEUROPATIA PERIFÉRICA NA DIABETES MELLITUS TIPO 2 E SUAS RELAÇÕES COM O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, AUTOCUIDADO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Pesquisador: Stefani Gabriela da Silva dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86174224.3.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.448.800

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de resposta ao parecer Pendente número: 7.400.236 emitido pelo CEP em 20/02/2025.

Protocolo de Pesquisa intitulado O DESENVOLVIMENTO DA NEUROPATIA PERIFÉRICA NA DIABETES MELLITUS TIPO 2 E SUAS RELAÇÕES COM O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, AUTOCUIDADO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE. Desenvolvido pela pesquisadora Stefani Gabriela da Silva dos Santos, orientado pela prof.^a a Dr.^a Andréia Rosane de Moura Valim. O Diabetes Mellitus tipo 2 é o mais comum dos tipos de diabetes, sendo que 90% das pessoas diagnosticadas têm este tipo de diabetes. A Organização Pan-Americana de Saúde divulgou, em 2022, no Panorama da Diabetes nas Américas, que há cerca de 62 milhões de pessoas que vivem com DM2 A neuropatia diabética periférica é a complicação crônica mais prevalente do DM2, afetando diretamente o sistema nervoso e apresenta inúmeras manifestações clínicas. Simultaneamente, em uma próxima fase da neuropatia periférica diabética, pode ocorrer a redução da sensibilidade dos membros periféricos, e este sintoma está ligado diretamente ao desenvolvimento de úlceras no pé e ao risco de amputação. Analisar as relações que se estabelecem entre o itinerário terapêutico, depressão, ansiedade,

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br

UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 7.448.800

autocuidado e comunicação no desenvolvimento de neuropatia periférica em indivíduos com o DM2. O estudo será de cunho quali-quantitativo, observacional, transversal, analítico e descritivo. As coletas de dados do estudo serão desenvolvidas através do atendimento individual com cada paciente, encontros de grupos focais e a aplicação do Inventário de Ansiedade de BECK (BAI), Inventário de Depressão de BECK (BDI), Questionário de atividades de autocuidado com Diabetes (QAD) e o questionário Problem Areas in Diabetes Questionnaire (PAID). Espera-se com este estudo identificar clínica e epidemiologicamente os indivíduos com neuropatia periférica no Centro Clínico - Caxias do Sul.

Informações coletadas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2440535.pdf disponibilizado em 12/03/2025.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as relações que se estabelecem entre o itinerário terapêutico, depressão, ansiedade, autocuidado e comunicação no desenvolvimento de neuropatia periférica em indivíduos com o DM2.

Objetivo Secundário:

Caracterizar clínica e epidemiologicamente os indivíduos com DM2;

Avaliar a relação entre o itinerário terapêutico e as complicações da DM2;

Identificar se a depressão apresenta associação com o autocuidado e o desenvolvimento de neuropatia periférica;

Evidenciar a relação entre a prática de autocuidado e o aparecimento da neuropatia periférica; Analisar os índices de ansiedade e a relação com o autocuidado em pacientes com neuropatia periférica;

Analisar como a comunicação dos profissionais de saúde para a prevenção da neuropatia periférica é percebida pelos pacientes com DM2.

Informações coletadas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2440535.pdf disponibilizado em 12/03/2025.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 7.448.800

Os possíveis riscos encontrados podem ser desconfortos emocionais, como mobilização de emoções, constrangimentos, entre outras emoções.

Benefícios:

Espera-se com este estudo identificar clínica e epidemiologicamente os indivíduos com neuropatia periférica no Centro Clínico - Caxias do Sul. Assim como, analisar os índices de ansiedade e a relação com o autocuidado em pacientes com neuropatia periférica, além de avaliar a relação entre o itinerário terapêutico e as complicações da DM2. O estudo poderá contribuir para a estruturação de formatos de cuidados em saúde subjetivados e abrangentes para todos os tipos de usuários, até mesmo para aqueles que sofrem de algum adoecimento psíquico. O estudo será também apresentado para a gestão e profissionais do Centro Clínico da UCS, para ampliar formatos de cuidados em saúde que atendam às reais necessidades de usuários que possuem neuropatia periférica. A pesquisa vai propiciar a articulação do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGPS) com outra realidade regional e instituição de saúde, colaborando para a ampliação da área de estudo do programa de mestrado.

Informações coletadas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2440535.pdf disponibilizado em 12/03/2025.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O público-alvo para este estudo serão indivíduos diagnosticados com DM2 com neuropatia periférica, na faixa etária de 30 a 80 anos, que fazem seu tratamento ou realizam curativo em lesão devido à neuropatia periférica, no Centro Clínico (CECLIN), vinculado a Universidade de Caxias do Sul (UCS). A amostra será recrutada de forma não probabilística e por conveniência a partir de convite aos pacientes. Como critérios de exclusão serão utilizados a perda cognitiva e/ou dificuldade de comunicação, bem como usuário com alto nível de dependência, precisando de acompanhamento a todo momento, não conseguindo dessa forma permanecer apenas com demais usuários e profissionais.

Informações coletadas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2440535.pdf disponibilizado em 12/03/2025.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Recomendações:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 7.448.800

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de resposta ao parecer Pendente número: 7.400.236 emitido pelo CEP em 20/02/2025. Pesquisadora atendeu as adequações solicitadas.

Protocolo de Pesquisa APROVADO e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Considerações Finais a critério do CEP:

PROTOCOLO APROVADO e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Alerta-se o pesquisador responsável para a necessidade de realizar e encaminhar ao CEP-UNISC, via Plataforma Brasil, os Relatórios Parciais de Acompanhamento da Pesquisa e o Relatório Final de Acompanhamento da Pesquisa. Os formulários para os relatórios estão disponíveis no link do CEP-UNISC (<https://www.unisc.br/pt/pesquisa/comite-de-etica>), aba Documentação, Arquivo Modelo de Relatório Parcial ou Final de Pesquisa. É o mesmo formulário para ambos os relatórios (as marcações no próprio formulário é que diferem, a depender da natureza do projeto).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2440535.pdf	12/03/2025 11:18:26		Aceito
Cronograma	Cronogramaprojeto.pdf	11/03/2025 08:50:39	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Orçamento	orcamentofinal.pdf	11/03/2025 08:39:18	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinal.pdf	11/03/2025 08:36:15	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Outros	cartadeaceite.pdf	11/03/2025 08:34:44	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	13/12/2024 16:24:58	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	26/11/2024 09:26:18	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br

UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 7.448.800

Ausência	TCLE.pdf	26/11/2024 09:26:18	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Parecer_comite.pdf	26/11/2024 09:23:15	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

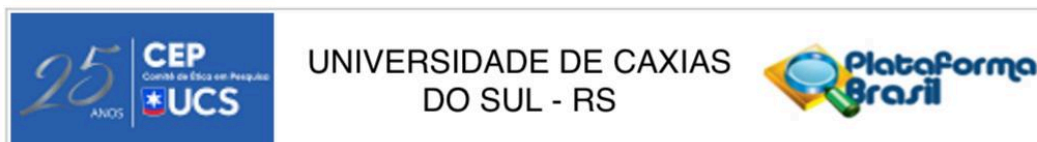
Não

SANTA CRUZ DO SUL, 18 de Março de 2025

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

ANEXO II: Parecer consubstanciado do CEP da UCS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O DESENVOLVIMENTO DA NEUROPATIA PERIFÉRICA NA DIABETES MELLITUS TIPO 2 E SUAS RELAÇÕES COM O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, AUTOCUIDADO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Pesquisador: Stefani Gabriela da Silva dos Santos

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 86174224.3.3001.5341

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.662.169

Apresentação do Projeto:

Extraído de PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2519570.pdf

A Organização Pan-Americana de Saúde divulgou, em 2022, no Panorama da Diabetes nas Américas, que há cerca de 62 milhões de pessoas que vivem com DM2. Possivelmente, esse pode ser um número muito maior, uma vez que cerca de 40% das pessoas não possuem o conhecimento de ter a doença, e alertam que, caso as tendências atuais permaneçam, a população com DM2 poderá chegar a 109 milhões até 2040 (PAHO, 2022). Em 2021, a IDF evidenciou que cerca de um em cada 10 adultos vivem com diabetes, chegando a 537 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos com o diagnóstico e que um em cada dois adultos que vivem com diabetes entre 20 e 79 anos desconhecem seu diagnóstico, totalizando cerca de 237,7 milhões de pessoas (IDF, 2021). A DM2 resulta em inúmeras complicações e impactos, atuando diretamente nas esferas física, psicológica e social dos sujeitos com esse diagnóstico e sua rede de apoio. Sua complexidade demanda uma reestruturação de vida e identidade, bem como faz com que seja necessário adaptações às limitações, frustrações e perdas (Diaz et al., 2016). O diagnóstico de uma doença crônica faz com que os pacientes possam vivenciar a negação, revolta, barganha, depressão, após, atingir a fase de aceitação da doença (Marques et al., 2012). A complexidade do manejo com a doença e até mesmo a necessidade do controle

Endereço: Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 1130, Petrópolis, Campus-sede, Bloco S, sala 405
Bairro: PETROPOLIS **CEP:** 95.070-560
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3218-2829 **E-mail:** cep-ucs@ucs.br



UNIVERSIDADE DE CAXIAS
DO SUL - RS



Continuação do Parecer: 7.662.169

glicêmico, podem chegar a desenvolver resistência psicológica à insulina, medo de hipoglicemia, problemas interpessoais, anseios com a alimentação e alimentação desorganizada (Jones et al., 2015). O Itinerário terapêutico (IT) é formado por um conjunto de ações, planos e modelos voltados para o tratamento de uma doença. No desenvolvimento deste roteiro são despertados fatores subjetivos, assim como aspectos sociais, históricos e culturais da pessoa adoecida e de suas trocas com os espaços onde vive e com pessoas que compartilham a vida. As escolhas terapêuticas e os caminhos trilhados dizem, portanto, da experiência vivida pela pessoa e da forma como ela se relaciona com a doença (Muhl, 2020, pag. 200). público-alvo para este estudo serão indivíduos diagnosticados com DM2 com neuropatia periférica, na faixa etária de 30 a 80 anos, que fazem seu tratamento ou realizam curativo em lesão devido à neuropatia periférica, no Centro Clínico (CECLIN), vinculado a Universidade de Caxias do Sul (UCS). O estudo será de cunho qualiquantitativo, observacional, transversal, analítico e descritivo (Hulley et al., 2008; Ragel et al., 2018). Esta pesquisa será estruturada em dois eixos, o primeiro será constituído por uma pesquisa participativa (Giatti et al, 2021), desenvolvida através de grupos focais e roda de conversa, juntamente com a aplicação do Inventário de Ansiedade de BECK (BAI), Inventário de Depressão de BECK (BDI), Questionário de atividades de autocuidado com Diabetes (QAD) e o questionário Problem Areas in Diabetes Questionnaire (PAID). Espera-se com este estudo identificar clínica e epidemiologicamente os indivíduos com neuropatia periférica no Centro Clínico - Caxias do Sul. Assim como, analisar os índices de ansiedade e a relação com o autocuidado em pacientes com neuropatia periférica, além de avaliar a relação entre o itinerário terapêutico e as complicações da DM2. O estudo poderá contribuir para a estruturação de formatos de cuidados em saúde subjetivados e abrangentes para todos os tipos de usuários, até mesmo para aqueles que sofrem de algum adoecimento psíquico.

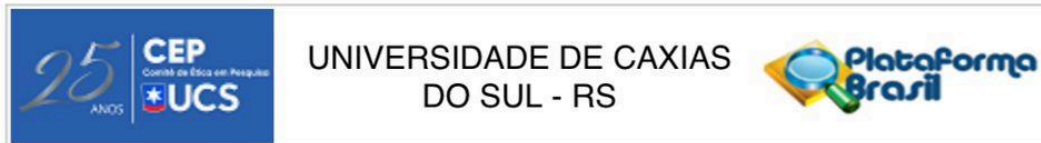
Objetivo da Pesquisa:

Extraído de PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2519570.pdf

Objetivo Primário:

Analisar as relações que se estabelecem entre o itinerário terapêutico, depressão, ansiedade, autocuidado e comunicação no desenvolvimento de neuropatia periférica em indivíduos com o DM2.

Endereço: Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 1130, Petrópolis, Campus-sede, Bloco S, sala 405
Bairro: PETROPOLIS **CEP:** 95.070-560
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3218-2829 **E-mail:** cep-ucs@ucs.br



Continuação do Parecer: 7.662.169

Objetivo Secundário:

Caracterizar clínica e epidemiologicamente os indivíduos com DM2;
 Avaliar a relação entre o itinerário terapêutico e as complicações da DM2; Identificar se a depressão apresenta associação com o autocuidado e o desenvolvimento de neuropatia periférica;
 Evidenciar a relação entre a prática de autocuidado e o aparecimento da neuropatia periférica; Analisar os índices de ansiedade e a relação com o autocuidado em pacientes com neuropatia periférica;
 Analisar como a comunicação dos profissionais de saúde para a prevenção da neuropatia periférica é percebida pelos pacientes com DM2.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Extraído de PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2519570.pdf

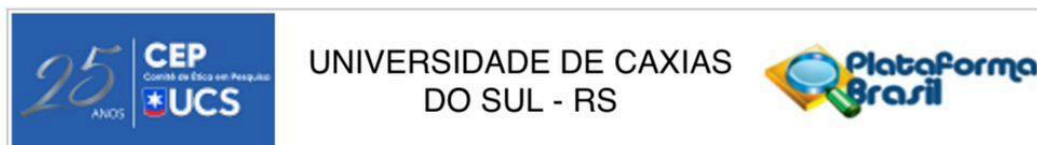
Riscos:

Os possíveis riscos encontrados podem ser desconfortos emocionais, como mobilização de emoções, constrangimentos, entre outras emoções.

Benefícios:

Espera-se com este estudo identificar clínica e epidemiologicamente os indivíduos com neuropatia periférica no Centro Clínico - Caxias do Sul. Assim como, analisar os índices de ansiedade e a relação com o autocuidado em pacientes com neuropatia periférica, além de avaliar a relação entre o itinerário terapêutico e as complicações da DM2. O estudo poderá contribuir para a estruturação de formatos de cuidados em saúde subjetivados e abrangentes para todos os tipos de usuários, até mesmo para aqueles que sofrem de algum adoecimento psíquico. O estudo será também apresentado para a gestão e profissionais do Centro Clínico da UCS, para ampliar formatos de cuidados em saúde que atendam às reais necessidades de usuários que possuem neuropatia periférica. A pesquisa vai propiciar a articulação do Programa de PósGraduação em Promoção da Saúde (PPGPS) com outra realidade regional e instituição de saúde, colaborando para a ampliação da área de estudo do programa de mestrado.

Endereço: Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 1130, Petrópolis, Campus-sede, Bloco S, sala 405
Bairro: PETROPOLIS **CEP:** 95.070-560
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3218-2829 **E-mail:** cep-ucs@ucs.br



Continuação do Parecer: 7.662.169

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências mencionadas nos pareceres anteriores foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerações sobre a gravação dos encontros foram inseridas no TCLE e nos riscos no projeto de pesquisa anexado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul aprova o projeto.

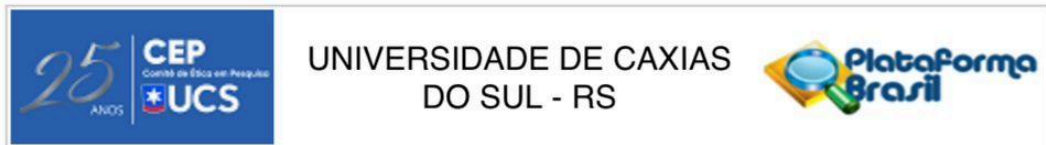
O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração deve ser, imediatamente, informada ao CEP-UCS, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parciais e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar, fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Emendas devem ser apresentadas em documento postado na opção OUTROS, com o nome Justificativa da Emenda.

Endereço: Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 1130, Petrópolis, Campus-sede, Bloco S, sala 405
Bairro: PETROPOLIS **CEP:** 95.070-560
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3218-2829 **E-mail:** cep-ucs@ucs.br



Continuação do Parecer: 7.662.169

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento da pesquisa por meio de relatórios parciais e finais. Os relatórios devem contemplar o andamento, alterações no protocolo de cancelamento, encerramento, publicações decorrentes da pesquisa e outras informações pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2519570.pdf	23/06/2025 17:04:33		Aceito
Cronograma	Cronograma1806.pdf	18/06/2025 14:40:13	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisacorrido1806.pdf	18/06/2025 14:36:43	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Outros	Riscos1206.pdf	12/06/2025 09:20:20	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Outros	Cartapararespostadependencia1206.pdf	12/06/2025 09:14:58	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoCorrigido1206.pdf	12/06/2025 09:13:06	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Cronograma	Cronogramapb1206.pdf	12/06/2025 09:12:57	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Cronograma	Cronograma1206.pdf	12/06/2025 09:12:34	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Outros	Riscos__assinado.pdf	19/05/2025 11:07:21	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Outros	anexo_10_UCS.pdf	19/05/2025 11:06:50	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_de_pesquisa_cepUCS_.pdf	19/05/2025 11:06:08	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	05/05/2025 10:00:42	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Outros	Termodeanuenciacorrigido.pdf	05/05/2025 09:58:16	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Outros	Termodeconfidencialidadecorrigido.pdf	05/05/2025 09:57:45	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade_ucs.pdf	31/03/2025 15:06:04	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.pdf	24/03/2025 11:07:28	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito

Endereço: Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 1130, Petrópolis, Campus-sede, Bloco S, sala 405
Bairro: PETROPOLIS **CEP:** 95.070-560
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3218-2829 **E-mail:** cep-ucs@ucs.br



Continuação do Parecer: 7.662.169

Outros	Instrumentos_de_pesquisa_UCS.pdf	24/03/2025 11:04:55	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Orçamento	Orcamento_UCS.pdf	24/03/2025 11:04:18	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinal.pdf	11/03/2025 08:36:15	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
Outros	cartadeaceite.pdf	11/03/2025 08:34:44	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/11/2024 09:26:18	Stefani Gabriela da Silva dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAXIAS DO SUL, 24 de Junho de 2025

Assinado por:
Margareth Rodrigues de Carvalho Borella
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 1130, Petrópolis, Campus-sede, Bloco S, sala 405
Bairro: PETROPOLIS **CEP:** 95.070-560
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3218-2829 **E-mail:** cep-ucs@ucs.br

ANEXO III - Dados clínicos e epidemiológicos

NOME: _____

IDADE: _____

GENERO: _____

SEXO: _____

ESTADO CÍVIL: _____

ESCOLARIDADE: _____

QUANTO TEMPO DE DIAGNÓSTICO: () 6 meses ou menos () de 01 à 05 anos () de 05 à 10 anos () mais de 10 anos.

QUAIS COMPLICAÇÕES POSSUI DA DM2: () retinopatia diabética () nefropatia diabética

QUAIS MEDICAÇÕES FAZ USO:

HÁ QUANTO TEMPO VIVE COM A NEUROPATIA PERIFÉRICA: () 6 meses ou menos () de 01 à 03 anos () de 03 à 05 anos () de 05 à 10 anos () mais de 10 anos.

HISTÓRICO DE AMPUTAÇÕES: () Sim () Não QUANTAS: () uma () duas () três () mais de três

ANEXO IV - Inventário de Ansiedade de BECK - BAI



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO V - Inventário de Depressão de BECK - BDI



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.

Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.

BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

ANEXO VI - Questionário de atividades de autocuidado com a diabetes - QAD

(As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente)

1. ALIMENTAÇÃO GERAL	Nº de dias
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7
1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.3 Em quantos dos últimos sete dias comeu doces?	0 1 2 3 4 5 6 7
3. ATIVIDADE FÍSICA	
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)?	0 1 2 3 4 5 6 7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?	0 1 2 3 4 5 6 7
4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA	
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	0 1 2 3 4 5 6 7
5. CUIDADO COM OS PÉS	
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7

5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?	0 1 2 3 4 5 6 7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?	0 1 2 3 4 5 6 7
6. MEDICAÇÃO	
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos da diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina e comprimidos):	0 1 2 3 4 5 6 7
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?	0 1 2 3 4 5 6 7
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7
7. TABAGISMO	
7.1 Você fumou um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos sete dias? () Não () Sim	
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____	
7.3 Quando fumou o seu último cigarro? () Nunca fumou () Há mais de dois anos atrás () Quatro a doze meses atrás () Um a três meses atrás () No último mês () Hoje	

ANEXO VII - B-PAID - (Versão brasileira da escala PAID - Problemas Areas in Diabetes).

Instruções: A partir de sua própria perspectiva, em que grau as seguintes questões relacionadas ao diabetes são um problema comum para você? Por favor, circule o número que indica a melhor resposta para você em cada questão

1. A falta de metas claras e concretas no cuidado do seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
2. Sentir-se desencorajado com o seu tratamento do diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
3. Sentir medo quando pensa em viver com diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
4. Enfrentar situações sociais desconfortáveis relacionadas aos cuidados com seu diabetes (por exemplo pessoas falando para você o que você deve comer):				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
5. Ter sentimentos de privação a respeito da comida e refeições:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
6. Ficar deprimido quando pensa em ter que viver com diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
7. Não saber se seu humor ou sentimentos estão relacionados com o seu diabetes:				

Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
8. Sentir que o seu diabetes é um peso para você:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
9. Preocupar-se com episódios de glicose baixa:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
10. Ficar brabo /irritado quando pensa em viver com diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
11. Preocupar-se com a comida e o que comer:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
12. Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
13. Sentir-se culpado(a) ou ansioso(a) quando você deixa de cuidar do seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
14. Não aceitar seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério

0	1	2	3	4
15. Sentir-se insatisfeito com o médico que cuida o seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
16. Sentir que o diabetes está tomando muito de sua energia mental e física diariamente:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
17. Sentir-se sozinho com seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
18. Sentir que seus amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
19. Lidar com as complicações do diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4
20. Sentir-se esgotado com o esforço constante que é necessário para cuidar do seu diabetes:				
Não é um problema	É um pequeno problema	É um problema moderado	É quase um problema sério	É um problema sério
0	1	2	3	4

ANEXO VIII - Questões disparadoras para entrevista semiestruturada

1. Como foi o caminho até o diagnóstico da neuropatia periférica e de que forma as explicações dos profissionais influenciaram esse processo?
2. Quais informações sobre a neuropatia você recebeu ao longo do seu tratamento e como elas ajudaram (ou não) na sua tomada de decisão?
3. De que maneira a forma como o médico, enfermeiro ou outro profissional se comunica impacta sua motivação para seguir o tratamento?
4. Você sente que consegue esclarecer suas dúvidas durante as consultas? Como isso afeta o seu percurso de cuidado?
5. Houve momentos em que orientação pouco clara mudou ou dificultou seu itinerário terapêutico?
6. Quais tipos de comunicação (conversa, folhetos, vídeos, aplicativos) mais facilitaram seu entendimento sobre os cuidados com a neuropatia?
7. Como sua rotina (trabalho, família, deslocamento, custos) influencia o acesso aos serviços de saúde e o modo como você busca informações?
8. Você já recebeu orientações contraditórias durante sua jornada de cuidado? O que isso gerou para você?
9. Quais profissionais ou serviços foram mais importantes em sua caminhada e como a comunicação deles contribuiu para isso?
10. De que forma suas emoções — como ansiedade, medo ou tristeza — influenciam a maneira como você interpreta orientações e decide quando buscar atendimento?
11. O que mais facilitou ou dificultou sua compreensão sobre a evolução da neuropatia ao longo do seu tratamento?
12. Que mudanças na comunicação com a equipe de saúde poderiam tornar seu caminho terapêutico mais claro e acolhedor?

ANEXO IX – Normas da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

LINK: <https://ress.iec.gov.br/p/page/2/instrucoes>

Instruções aos autores

A Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do SUS (RESS) publica artigos científicos no campo da saúde coletiva, incluindo epidemiologia, ciências sociais e humanas na saúde, gestão e planejamento, e que apresentem evidências relevantes para o SUS

Tipos de documentos aceitos

A RESS acolhe manuscritos nas modalidades descritas abaixo. Os manuscritos devem ser submetidos em português e podem ter sido publicados como preprints, depositados em servidores confiáveis.

1. **Artigo original** – produto com dados não publicados de pesquisa. Essa modalidade inclui também relatos de experiência, investigação de eventos ou surtos e perfil de bases brasileiras.
2. **Nota de pesquisa** – relato conciso de resultados de pesquisa original.
3. **Revisão** – síntese da literatura científica, que pode ser sistemática, narrativa ou outros tipos de revisão.
4. **Artigo de opinião** – comentário sucinto sobre temas específicos no âmbito da saúde coletiva, a partir de evidências científicas e que expresse a opinião qualificada dos autores; deve ser elaborado por especialista, a convite dos editores.
5. **Debate** – artigo teórico elaborado por especialista, a convite dos editores, que receberá comentários e/ou críticas, por meio de réplicas, assinadas por especialistas, também convidados.
6. **Carta** – comentários e/ou críticas breves, vinculados a artigo publicado na revista, que poderão ser publicadas por decisão dos editores e acompanhadas por carta de resposta dos autores do artigo comentado.
7. **Série metodológica** – descrição de procedimentos metodológicos, incluindo métodos inovadores e aprimoramento de métodos existentes que sejam relevantes para o SUS, publicada em série de manuscritos, a convite dos editores.
8. **Diretriz** – guia ou diretriz para orientar condutas no âmbito do SUS.

As modalidades a convite e carta somente podem ser submetidas mediante convite emitido por meio do sistema ScholarOne, pois tais modalidades não ficam abertas no sistema. Em caso de dúvidas no processo de submissão, a secretaria da revista deve ser acionada.

Além das modalidades acima, submetidas pela comunidade científica, os editores são responsáveis pela elaboração de Editoriais (limite: 1.500 palavras) e Entrevistas (limite: 3.500 palavras) com personalidades ou autoridades. As características das modalidades acolhidas pela RESS estão sumarizadas abaixo. Em casos justificados e em manuscritos com citações

restritas a artigos científicos, poderão ser aceitas referências acima do limite, a depender da decisão dos editores.

Características das modalidades acolhidas

Modalidade	Número de palavras	Número de tabelas e figuras	Número de referências	Resumo
Artigo original	3.500	Até 5	Até 30	Sim
Nota de pesquisa	1.500	Até 3	Até 20	Sim
Revisão	3.500	Até 5	Sem limite	Sim
Artigo de opinião	1.500	Até 3	Até 20	Não
Debate	3.500 (1.500 cada réplica ou tréplica)		Até 30	Não
Carta	400	Até 5	Até 5	Não
Série metodológica	1.500	Até 3	Até 20	Não
Diretriz	3.500	Até 5	Sem limite	Sim

Contribuição dos autores

Os autores devem atender aos critérios de autoria em consonância com as deliberações do ICMJE, a saber:

- Concepção ou delineamento do estudo, ou coleta, análise e interpretação dos dados;
- Redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito;
- Aprovação final da versão a ser publicada; e
- Responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Todos aqueles designados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria. Demais casos devem ser reconhecidos nos Agradecimentos, com o termo de anuência a ser encaminhado no sistema de submissão.

A RESS adota o sistema de especificação Contributor Roles Taxonomy (CRediT, disponível em: <https://credit.niso.org>) que define 14 papéis ou funções de autoria:

Conceituação: Ideias; formulação ou evolução de metas e objetivos de pesquisa relevantes.

Curadoria de dados: Atividades de gerenciamento para comentar dados (produzir metadados), limpar dados e manter dados de pesquisa (incluindo código de software, onde for necessário, para interpretar os dados propriamente ditos) para uso inicial e posterior reutilização.

Análise formal: Aplicação de técnicas estatísticas, matemáticas, computacionais ou outras técnicas formais para analisar ou sintetizar dados de estudo.

Aquisição de financiamento: Aquisição do apoio financeiro para o projeto que deu origem a esta publicação.

Investigação: Condução de processo de pesquisa e investigação, especificamente realizando os experimentos, ou coleta de dados/evidências.

Metodologia: Desenvolvimento ou concepção de metodologia; criação de modelos.

Administração de projetos: Responsável pela gestão e coordenação do planeamento e execução da atividade de pesquisa.

Recursos: Fornecimento de materiais de estudo, reagentes, materiais, pacientes, amostras de laboratório, animais, instrumentação, recursos de computação ou outros instrumentos de análise.

Programas de computador: Programação, desenvolvimento de software; concepção de programas de computador; implementação do código de computador e algoritmos de suporte; teste de componentes de código existentes.

Supervisão: Responsabilidade de supervisão e liderança para o planeamento e execução da atividade de pesquisa, incluindo orientação para além da equipe principal.

Validação: Verificação, seja como parte da atividade ou separadamente, da replicação/reprodutibilidade geral dos resultados/experimentos e outros resultados de pesquisa.

Visualização: Preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado, especificamente visualização/apresentação de dados.

Escrita – rascunho original: Preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado, especificamente redação da versão inicial (incluindo tradução substantiva).

Escrita – revisão e edição: Preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado por parte do grupo de pesquisa original, especificamente revisão crítica, comentário ou revisão – incluindo etapas de pré- ou pós-publicação.

Preparação do manuscrito

Após observar se a pesquisa se alinha ao escopo da RESS, os autores devem escolher a modalidade e adequar o manuscrito dentro da estrutura permitida.

Os manuscritos devem ser redigidos em língua portuguesa, em espaço simples, fonte Times New Roman 12, no formato DOC ou DOCX (documento do Word).

Na elaboração dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelas Recomendações do ICMJE.

Para permitir a transparência do projeto e análise, a estrutura do manuscrito deve estar em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento.

A relação completa dos guias encontra-se no site da *Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research (EQUATOR)*, disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>). A seguir, são relacionados os principais guias pertinentes ao escopo da RESS.

- **Estudos observacionais:** *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*, versões em inglês e português e suas extensões;
- **Revisões sistemáticas:** *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*, versões em inglês e português;
- **Estudos de bases secundárias:** *REporting of Studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD)*;
- **Estimativas em saúde:** *Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting (GATHER)*, versões em inglês e português.
- **Ensaio clínico:** *CONsolidated Standards Of Reporting Trials (CONSORT)*.

Demais delineamentos devem seguir o guia de redação recomendado pela rede EQUATOR.

Formato de envio dos artigos

Os manuscritos devem ser submetidos à RESS por meio do Sistema ScholarOne, em documento único contendo:

- **Modalidade:** identificar o tipo de manuscrito (ex.: artigo original, revisão);
- **Título:** informar o tema principal, delineamento, local e ano(s) da pesquisa, em consonância com o guia de redação aplicável. Títulos devem ser diretos, objetivos e sem siglas. A pontuação aceita no título são dois pontos (:), para indicar após o tema principal o delineamento, local e ano(s);
- **Resumo:** redigido em parágrafo único com até 250 palavras, e estruturado em: objetivo, métodos, resultados e conclusão;
- **Palavras-chave:** cinco, selecionadas a partir da lista Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>), preferencialmente idênticas ao descritor principal DeCS. Em casos excepcionais poderão ser incluídos termos livres na ausência de termos apropriados à temática do estudo;
- **Aspectos éticos:** quadro contendo (i) o nome do comitê de ética em pesquisa que aprovou o estudo, (ii) número do parecer, (iii) data de aprovação, (iv) número do certificado de apresentação de apreciação ética, (v) registro de consentimento livre e esclarecido. Estudos sem apreciação ética devem justificar sucintamente o motivo.
- **Corpo do manuscrito:** estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão para as modalidades Artigo original, Nota de pesquisa e Revisão. Demais modalidades podem ser ou não estruturadas, a critério dos autores e editores. Para estruturar a redação de cada seção, os guias de redação de cada delineamento devem ser seguidos; recomenda-se que a seção de métodos inclua os tópicos indicados em cada guia, na

ordem preconizada. Observar também as Orientações para preparação do texto, adiante;

- **Disponibilidade dos dados:** o item é obrigatório e deve trazer a declaração sobre o acesso aos dados do manuscrito (banco de dados gerados pelos autores para análise, códigos, métodos e outros materiais resultantes da pesquisa objeto do manuscrito); deve-se informar o repositório e referenciamento, preferencialmente por meio de link do [SciELO Data](#), [OSF](#) ou outro que gere DOI, com a devida citação no texto para que o leitor possa obter esses dados. Caso os dados não possam ficar disponíveis, é necessário justificar;
- **Registro do protocolo:** para revisões sistemáticas e ensaios clínicos, fornecer nome do repositório e número de registro;
- **Uso de inteligência artificial generativa:** declarar o uso de tecnologias assistidas por inteligência artificial na elaboração do manuscrito e assegurar a acurácia nas citações e originalidade do conteúdo.
- **Referências:** seguir o formato [ICMJE](#) e [Manual de citações e referências na área da medicina](#) da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (estilo Vancouver [Square Brackets], com DOI).
- **Tabelas e figuras:** observar o guia de redação do delineamento para priorizar as informações que devem ser apresentadas em tabelas e figuras. As ilustrações devem ser incluídas ao final do texto, após as referências, devem ser citadas no texto e enumeradas sequencialmente. As orientações constantes no tópico Ativos digitais, a seguir, devem ser observadas para construção das ilustrações.

Os seguintes dados deverão ser inseridos diretamente no sistema de submissão e não devem constar no manuscrito para permitir avaliação cega. Após aprovação, os dados serão extraídos diretamente do sistema, motivo pelo qual se orienta o cadastramento com atenção:

- Nome e ORCID iD;
- Afiliação;
- Créditos de autoria de acordo com o sistema de especificação CRediT;
- Financiamento;
- Agradecimentos (conforme Termo de anuência preenchido e assinado pelas pessoas a serem mencionadas);
- Conflito de interesses.

Ativos digitais

São aceitas tabelas e figuras, observando o limite da modalidade e as instruções abaixo. Poderão ser encaminhadas até duas tabelas e figuras suplementares em arquivo único, citadas no texto e em ordem sequencial, no formato: “Figura suplementar n”; “Tabela suplementar n”. O material suplementar deve seguir as mesmas instruções para elaboração de ilustrações, assegurando a precisão na sua preparação e revisão, pois tal recurso não é diagramado. Em casos justificados, poderão ser aceitos tabelas ou figuras suplementares acima do limite, a depender da decisão dos editores.

Títulos de tabelas e figuras devem ser claros, informativos e apresentar o conteúdo da tabela ou figura. Informar o local, ano(s) e total de participantes incluídos na ilustração. Separar termos por vírgula e não incluir ponto no final dos títulos.

Títulos devem ser autossuficientes para a ilustração, dispensando consultar o texto. Siglas essenciais para compreensão da ilustração devem constar preferencialmente no título, conforme exemplo: “Tabela 3. Razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas e intervalos de confiança de 95% (IC95%) do [desfecho] pelas variáveis do estudo. Local, ano (n=xx)”.

Não incluir detalhes metodológicos ou tipo de ilustração (ex.: gráfico de fluxo; mapa) no título das tabelas e figuras.

Os nomes das unidades federativas (UF) devem ser grafados por extenso. Não utilizar a palavra “município” antes do nome de cidades ou “estado” antes da UF, a exceção de cidades e estados com nomes idênticos (ex.: “município do Rio de Janeiro”, “estado de São Paulo”).

Notas de rodapé devem ser utilizadas para esclarecer resultado apresentado, identificadas por letras do alfabeto minúsculas e sobrescritas, em ordem sequencial e separadas por ponto e vírgula. A autoria das tabelas e figuras deve ser dos autores, dispensando tal indicação em nota de rodapé, semelhante à fonte dos dados e demais detalhes metodológicos, que devem constar nos métodos.

Tabelas

Apresente informações relevantes e suficientes; evite tabelas longas ou complexas. O título, a tabela e suas notas devem caber em duas páginas A4, no máximo, com margens mínimas de 1,5 cm, em modo retrato ou paisagem. A fonte padrão é Times New Roman, tamanho mínimo 10pt, com espaçamento simples. Utilize a opção “Repetir linhas de cabeçalho” do Word, sem quebrar manualmente as tabelas com duas páginas. Linhas e colunas de tabelas devem ser criadas com recurso de tabela, sem uso de espaço ou quebra de parágrafos.

Títulos e notas de rodapé devem ficar fora das linhas de grade das tabelas. Evite mesclar linhas ou colunas da tabela, o que impacta na diagramação. Utilize os mesmos termos do manuscrito nas colunas e linhas da tabela e mantenha o formato das tabelas idêntico ao apresentar a mesma informação de grupos ou análises diferentes. Verifique se o dado em cada célula é consistente entre colunas e linhas. Inclua colunas ou linhas com estatísticas descritivas ou inferenciais, medidas de associação e intervalos de confiança, quando apropriado. Apresente dados que se complementam em coluna única, como frequência absoluta e relativa: “| N (%) |” e medida de associação e de dispersão: “| RP (IC95%) |”. Evite colunas com recíproco de dado já apresentado (informação redundante), por exemplo: somente uma coluna com a distribuição absoluta e relativa da doença, sem necessidade de outra coluna com a distribuição entre saudáveis.

Mantenha a consistência ao alinhar dados, símbolos e texto. Crie cabeçalhos curtos, autoexplicativos e com unidade de medida, se aplicável. Todos os dados das células devem ter a mesma natureza do que foi informado no cabeçalho da tabela. Não é permitido, por exemplo, em uma tabela cujo cabeçalho informa contagens, incluir média e desvio padrão. Especifique as estatísticas relatadas nos cabeçalhos (ex.: “Média±DP”, “Mediana (IIQ)”, “n (%)”) e informe as unidades de medida nas colunas, quando aplicável, sem repetir as unidades em cada célula (ex.: %). Informe a unidade na linha da variável (ex.: “Renda (salários mínimos)”; “Faixa etária (anos)”) e remova repetições nas categorias da variável. Utilize hífen (“-”) para intervalos numéricos das categorias (ex.: 0-4) e assegure compatibilidade entre as categorizações apresentadas nas tabelas e aquelas informadas nos métodos, com consistência em todo o texto. Variáveis ou categorias de referência nas investigações de associações devem ser indicadas na célula da tabela por “1,00”.

A organização dos dados é uma boa prática. Alinhe os dados numéricos à direita e os de texto à esquerda nas células. Organize linhas e colunas de forma lógica e intuitiva, aplicando hierarquia para organizar as variáveis. Agrupe variáveis semelhantes e ordene colunas e linhas de forma lógica (ex.: ordem alfabética, cronológica, crescente ou decrescente).

A precisão dos dados também é importante. Apresente-os com o número correto de dígitos significativos (observar padrão de casas decimais nas Orientações para preparação do texto, adiante), agrupando variáveis categóricas conforme pertinente à distribuição para evitar excesso de linhas. Dê preferência à mediana e quartis para descrever variáveis contínuas, exceto para dados normalmente distribuídos. Colunas ou linhas com valores constantes, sem variação, devem ser excluídas e informadas diretamente no texto (ex.: “Todas as participantes foram consultadas por médico no último ano”). Em amostras inferiores a 100, apresente somente números absolutos, sem porcentagens.

Revise a tabela cuidadosamente para garantir a clareza, consistência e adequação da formatação. Mantenha a formatação e a apresentação dos dados coerentes, preferencialmente na mesma ordem de apresentação das variáveis, em todas as tabelas do manuscrito. Assegure que os dados apresentados na tabela são relevantes; nem todos os dados disponíveis na saída (*output*) do programa estatístico são pertinentes a uma tabela de artigo científico. A consulta de manuscritos prévios que empregaram abordagem analítica semelhante é recomendável.

Figuras

Certifique-se de que todas as imagens, gráficos, figuras e mapas sejam nítidos, legíveis, inclusive seu texto, tenham escalas compatíveis e sejam de alta qualidade, com legibilidade e tamanho de fonte adequados para publicação. Não faça *prints* ou transforme materiais gráficos ou vetoriais em imagem. Figuras compostas por formas (ex.: fluxogramas, ciclos, processos etc.) devem ser enviadas como elementos do Word, com texto editável e sem converter à imagem.

Recomenda-se não incluir fotos como figuras, mas sim materiais gráficos com resultados da pesquisa, conforme pertinente. No caso de o artigo conter fotografias com

peçoas, é necessário que os autores apresentem declaração de cessão de direitos de imagem e assegurem a impossibilidade de identificação de peçoas na imagem.

Em caso de aceite, as figuras devem ser encaminhadas em arquivos separados para diagramação. Gráficos, mapas e demais figuras devem ser enviados no formato PDF, SVG e EPS, exportadas em um dos formatos diretamente do software utilizado na sua criação. Gráficos criados em Excel podem ser enviados no formato XLSX. Em caso de fotos, a resolução mínima é de 300 dpi, no formato JPEG. O título, a figura e sua legenda devem caber em uma página A4, no máximo, em modo retrato ou paisagem, com margens de 1,5 cm em todos os lados.

Todos os símbolos, setas, números ou letras usados nas figuras devem ser identificados e explicados claramente na legenda, que deve ser concisa e com detalhes suficientes para a compreensão da figura. Siglas e abreviações devem ser explicadas preferencialmente no título da figura.

Para figuras compostas (mosaicos), identifique cada parte com letras maiúsculas e descreva-as na legenda, em texto completo de sentido (ex.: “Consumo de medicamentos em homens (A) e mulheres (B)”). Preferencialmente empregue a mesma escala nas figuras que compõem o mosaico. Minimize o número de elementos dentro do campo de dados e certifique-se de que todos estejam claramente identificados.

Identifique cada eixo claramente com o nome da variável, as unidades em que a variável é plotada e quaisquer multiplicadores associados às unidades. Indique claramente o ponto zero dos eixos X e Y do gráfico, especialmente se um ou ambos os eixos não começarem em zero. Organize as escalas para que os valores do eixo Y aumentem de baixo para cima e os valores do eixo X da esquerda para a direita. Ajuste as escalas para maximizar o uso do campo de dados. Inclua apenas divisões e rótulos essenciais, lógicos e geralmente equidistantes nas escalas. Minimize as divisões desnecessárias e as marcas de escala sem rótulo.

Evite usar apresentações 3D, a menos que uma terceira dimensão seja essencial para a representação dos dados. Ao interpretar gráficos com dois eixos verticais diferentes, observe claramente as diferentes escalas e destaque se as diferenças ou semelhanças visuais refletem com precisão as relações entre os dados. Certifique-se de que os dados sejam visualmente distintos e claramente identificáveis.

Ao inserir mapas, apresente a escala com a relação entre as distâncias no mapa e as distâncias reais e orientação cartográfica, inclua a indicação do Norte (N) e legenda com todos os símbolos, cores e informações representadas. Utilize gradiente de cor padronizado para indicar densidade em todos os mapas do manuscrito, evitando induzir erros ao mudar o significado de cores a cada mapa. Caso sejam incluídos mosaicos de mapas, apresente legenda única, comum a todos os mapas.

Orientações para preparação do texto

Como revista do SUS, a RESS reconhece a importância da clareza e precisão na comunicação científica. O texto deve ser livre de termos estigmatizantes ou despersonalizantes; adotar terminologia adequada e atual, com emprego de termos como “pessoas escravizadas” ao invés de “escravos”, ou “pessoas com obesidade” ao invés de “obesos”.

Estrangeirismos, mesmo que usuais, devem ser evitados, optando por termo no vernáculo (ex.: empregue “dados faltantes” ao invés de “*missing*”; e “pareamento [determinístico ou probabilístico] dos dados” ao invés de “*linkage*”).

Priorize frases curtas e diretas, com apenas uma ideia principal em cada uma. Limite o uso de apostos: explique termos complexos com objetividade, sem excesso de informações entre vírgulas. Se a frase ocupar muitas linhas, revise-a e busque maneiras de torná-la mais concisa: divida em frases menores ou elimine palavras desnecessárias.

Evite construções complexas, hiperbólica ou exageros – evidencie a relevância por meio de dados factuais e remova advérbios e adjetivos. Remova artigos indefinidos para indicar situações definidas (ex.: “um aumento”, “uma diminuição”).

As sentenças devem ter sentido completo, com emprego de conector textual adequado (preposição, conjunção etc.) ao invés de símbolos ou pontuações. Não usar texto telegráfico ou tentar induzir sentido: apresentar construções com uso de palavras para traduzir o sentido desejado.

Opte por voz ativa e declarações diretas e positivas em vez de voz passiva e construções negativas ou indiretas (ex.: empregue “é comum” em vez de “não é incomum”; ou “é permitido” em vez de “não é proibido”). Esforce-se para uma comunicação clara que transmita informações compreensíveis.

Seja particularmente cuidadoso com a denominação das variáveis. Utilize terminologia adequada ao padrão técnico-científico e dentro da norma culta. Desfechos negativos requerem especial atenção: denominar uma variável como “negligência no exame do pé” seria mais adequado do que as opções “não teve o pé examinado” ou “nenhum exame do pé”. A clareza e simplicidade da comunicação devem nortear a padronização adotada.

Certifique-se de que a estrutura da frase faça sentido lógico semanticamente, evitando construções inconsistentes ou paradoxais, como “presença de ausência” (ex.: optar por “a negligência foi maior em idosos” ao invés de “a presença de negligência foi maior em idosos”).

As ideias devem fluir de forma lógica e sequencial ao longo dos parágrafos, com coesão textual. Conjunções de início de frase que pretendem trazer essa conexão devem ser evitadas, como por exemplo, “Além de”, “No entanto”, “Nesse sentido”, “No que se refere à”, “Contudo”.

Na apresentação ou discussão dos resultados, evite anunciar o tema no início da frase. Vá direto ao ponto: prefira “As mulheres foram maioria” a “Em relação ao sexo, as mulheres foram maioria”. Evite uso de “respectivo” ou “respectivamente”, seja na comparação com a literatura ou apresentação de resultados – trazer os dados para próximo da sua correspondência, o que torna o texto mais claro para os leitores.

No texto dos resultados, não faça inferências, interpretações ou comparações com a literatura. Tanto no texto completo quanto no resumo, cada afirmação apresentada nos resultados deve ser acompanhada por dado numérico que a apoie, indicando a ilustração pertinente. Apresentar resultados exatos e não aproximados, sem uso de construções como “cerca de”, “aproximadamente” etc. Evite texto pouco específico como “foi associado” ou “encontrou-se associação”, informar a direção da associação por meio de texto informativo, como “o desfecho foi maior em crianças”, apresentando imediatamente a medida de associação e intervalo de confiança, sem interpretações como “foi duas vezes maior”.

Nas seções de revisão de literatura (introdução e discussão), o foco deve ser os dados científicos. Evitar destacar organismos, autores ou nomes de relatórios, cujas informações encontram-se nas referências. Construções como “outros autores”, “outros estudos”, “a literatura aponta” etc. devem ser evitadas: apresentar o dado com clareza e citar a referência próximo à afirmação. Afirmações categóricas sobre ausência de estudos prévios devem ser evitadas em delineamentos que não sejam revisões sistemáticas da literatura.

Siglas ou acrônimos só devem ser empregados se forem consagrados na literatura e em casos que o uso contribui para clareza da comunicação. Mesmo se tratando de jargão da área, os autores devem dar preferência por expressões que comuniquem com clareza e objetividade ao leitor de qualquer área. O texto deve ser livre de termos compostos que não adicionam informação (ex.: “diabetes mellitus” ao invés de “diabetes”, “hipertensão arterial sistêmica” ao invés de “hipertensão”), minimizando necessidade de siglas. Siglas para substituir termos únicos (ex.: “TB” ao invés de “tuberculose”) igualmente devem ser excluídas, bem como as siglas não utilizadas ou pouco frequentes no texto. As siglas indispensáveis ao texto devem ser explicadas na primeira menção no resumo, texto completo e cada tabela ou figura (preferencialmente no título), por meio do termo por extenso, seguido da sigla entre parênteses.

Para indicar a sigla de razão de chances, o seguinte padrão deve ser empregado: “razão de chances (*odds ratio*, OR)”. A medida de associação de tempo para evento *hazard ratio* deve ser grafada em inglês e em itálico, com indicação na primeira menção da seguinte forma: “*hazard ratio* (HR)”.

As regras de ortografia devem ser seguidas na construção do texto: o uso de maiúsculas somente deve ocorrer em casos previstos na língua portuguesa, como início de frases, cidades, países etc. Caso haja necessidade de utilizar parênteses dentro de trecho entre parênteses, deve ser empregados colchetes, conforme exemplo: “(negros [pretos e pardos])”.

Utilizar ponto como separador de milhar e vírgula para frações. Padronizar o número de casas decimais nos métodos, resultado e ilustrações: percentual 1 casa decimal, medida de associação: 2 casas decimais, p-valor: 3 casas decimais; apresentar p-valor exato com 3 casas decimais; ocorrências “0,000” devem ser grafadas como “<0,001”. Na introdução e na discussão, por se tratar de comparação com dados externos à pesquisa, apresentar dados sem casas decimais, preferencialmente.

Não incluir espaço antes e após sinais (=, <, >, ≤, ≥ etc.). Apresentar medidas de frequência ou associação e de dispersão no padrão: indicar a sigla da medida sem sinal de igual ou dois pontos, com espaço entre a sigla e o número: “RP 1,52”. Separar intervalos por ponto e vírgula, e com espaço entre a pontuação e numeral subsequente: “(IC95% 1,14; 2,23)”. Caso ambas as medidas sejam apresentadas entre parênteses, incluir ponto e vírgula para separar as medidas: “(RP 1,52; IC95% 1,14; 2,23)”.

Citações e referências

A RESS segue o estilo Vancouver [Square Brackets], com DOI (formato ICMJE e Manual de citações e referências na área da medicina da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos) para formatação e citação das referências no manuscrito, na qual:

As referências devem ser citadas em sistema numérico, segundo a ordem de citação no texto, com os números entre colchetes, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, e antes da pontuação do texto, separados entre si por vírgulas; se números sequenciais, separados por hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação; exemplo: [7,10-16]. A lista de referências deve conter todas as referências listadas na ordem de citação no texto.

Para referência com mais de seis autores, listar os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.” para os demais. Títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada, de acordo com o estilo usado no Index Medicus ou no Portal de Revistas Científicas de Saúde. Títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso.

Recomenda-se fortemente o uso de gerenciador de referências bibliográficas, como EndNote, Mendeley e Zotero, o que minimiza erros de referência e facilita o processo de ajuste do manuscrito pelos autores, etapa em que inserções e exclusões de referências são usuais e podem inserir erros no manuscrito caso sejam realizados manualmente. O estilo Vancouver está disponível em todos esses softwares.

O formato para citar artigos científicos segue o padrão:

Autor(es). Título. Nome abreviado do periódico. Ano;Volume(Número):Página. (com a página final abreviada [ex.: 123-5] ou página eletrônica [e-page]). Link do DOI

Abaixo seguem exemplos de tipos de documentos na norma.

Artigo científico

Com número de página inicial e final

Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun* 2020;163:51-9. <https://doi.org/10.1016/j.sc.2020.00372>.

Com número de artigo (epage)

Van der Geer J, Handgraaf T, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *Heliyon*. 2022;19:e00205. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e00205>

Livro

Billoski TV. *Introduction to Paleontology*. 6th ed. New York: Institutional Press; 1992. 212 p.

Capítulo de livro

Schwartz MT, Billoski TV. Greenhouse hypothesis: effect on dinosaur extinction. In: Jones BT, Lovecraft NV, editors. *Extinction*. New York: Barnes and Ellis; 1990. p. 175-89.

Site

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <https://www.nap.edu/catalog/10149/improving-palliative-care-for-cancer>.

Banco de dados

Kraemer MUG, Sinka ME, Duda KA, Mylne A, Shearer FM, Brady OJ et. al. The global compendium of *Aedes aegypti* and *Ae. albopictus* occurrence [dataset]. 2015 Jun 30 [cited 2015 Oct 23]. Dryad Digital Repository. Available from: <https://datadryad.org/stash/dataset/doi:10.5061/dryad.47v3c> Referenced in doi: 10.7554/eLife.08347

Além de observar o estilo de citação e referenciamento, os autores devem observar critérios para seleção das referências. As referências citadas indicam atualização e conexão com investigações relevantes dos autores e seu texto. Recomenda-se citar pesquisas científicas relevantes (metodologicamente bem conduzidas, que foram avaliadas na íntegra pelos autores), atualizadas (até 5 anos), e acessíveis (artigos publicados em periódicos indexados, evitar sites e relatórios que podem se tornar indisponíveis).

A boa prática na revisão da literatura e construção do texto veta a prática de citação de citação (*apud*), que frequentemente ocorre ao citar informações presentes na introdução ou discussão da publicação. Tal procedimento configura citação indireta e introduz erros factuais no texto.

Documentos suplementares

Na submissão do manuscrito, os autores devem encaminhar os seguintes arquivos pelo Sistema ScholarOne:

1. Formulário de Conformidade com a Ciência Aberta, que deve ser enviado como arquivo destinado à revisão/“file FOR review”.
2. Termo de anuência das pessoas que serão citadas em agradecimentos, que deve ser enviado como arquivo não destinado à revisão “*file NOT for review*”.

Declaração de financiamento

Informar fontes de apoio para o trabalho, incluindo nomes de patrocinadores e, número de processo no sistema ScholarOne.

Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo-se cidade, estado e país de origem desses fornecedores.

Informações adicionais

A celeridade na divulgação científica é um princípio ético e de integridade em pesquisa respeitado pela RESS. Todas as atividades editoriais são orientadas por tais princípios – inclusive as presentes instruções –, com objetivo de aprimorar o manuscrito candidato à publicação em tempo de processamento que favoreça os autores e o esforço empreendido na submissão.

Contribuições da comunidade são acolhidas por meio do e-mail revista.svs@saude.gov.br, onde podem ser encaminhadas críticas, sugestões de aprimoramento e elogios.

Após a aprovação, o manuscrito segue para a produção editorial, constituída das seguintes etapas:

- 1) Revisão de linguagem: revisão e edição para clareza, gramática e estilo;
- 2) Normalização das referências bibliográficas;
- 3) Tradução do texto completo do manuscrito para o inglês e do resumo para espanhol;
- 4) Diagramação do texto, tabelas e figuras;
- 5) Revisão final;
- 6) Controle de qualidade;

7) Prova do prelo, encaminhada ao autor principal por e-mail, em formato PDF, para revisão e aprovação final para publicação do manuscrito; e

8) Editoração (marcação em XML) e publicação eletrônica.

Os autores poderão entrar em contato com a secretaria executiva da RESS por meio dos contatos abaixo, em caso de dúvidas sobre as instruções ou solicitação de informação sobre o andamento do manuscrito, que fica também disponível no Sistema ScholarOne.

Contato

Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do SUS (RESS)

Coordenação Geral de Editoração Técnico-Científica em Vigilância em Saúde, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde

SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D (Edifício PO700) CEP: 70719-040 Brasília/DF – Brasil

Telefone: (+55 61) 3315-3464

E-mail: revista.saude@saude.gov.br

ANEXO X - Normas da Revista Psicologia e Saúde

Diretrizes para Autores

A Revista Psicologia e Saúde não cobra nenhuma taxa relativa ao processo editorial.

Para informação: a revista não mais publica Relatos de Experiência e Revisões Sistemáticas, Integrativas, de Escopo, Narrativas, Bibliográficas etc.

Na seção “Comentários ao Editor”, indicar dois potenciais revisores(as) doutores(as), para seu artigo. Deve ser indicado nome completo, instituição e e-mail de contato.

Condições preliminares para submissão de manuscrito

A contribuição deve ser original e inédita e não estar sendo avaliada para publicação por outra revista.

Os arquivos para submissão deverão estar em formato Microsoft Word (.doc).

Deverão atender a um dos eixos temáticos da revista: (1) Avaliação e Assistência em Saúde ou (2) Políticas Públicas, Cultura e Produções Sociais – sendo especificado na seção “Comentários ao Editor”.

São dois arquivos obrigatórios: folha de rosto identificada e manuscrito, além do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (se for o caso).

- A folha de rosto identificada e o parecer do CEP deverão ser submetidos como documento suplementar: *“Os documentos suplementares devem ser enviados no passo 02 da submissão, item ‘transferência do manuscrito’. Nesta tela haverá uma aba no canto superior direito indicando ‘enviar arquivo’. O manuscrito e os documentos suplementares devem ser enviados nesta etapa de submissão. O sistema permite o envio de um arquivo por vez, portanto, cada arquivo deve ser enviado separadamente.”*
- Cópia de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se for o caso).

Os textos poderão ser redigidos em português brasileiro, português europeu, espanhol e inglês. Todos os tipos de contribuição, à exceção de resenhas, devem conter título, palavras-chave e resumo em três idiomas. Um necessariamente no idioma original, outro em português brasileiro e o terceiro em inglês ou espanhol, a depender do original. Se o idioma de submissão for o português brasileiro, o segundo resumo será em inglês, e o terceiro, em espanhol.

Folha de rosto identificada:

Título do manuscrito: limite de 15 palavras, centralizado, nos três idiomas, sendo um na língua nativa, outro em inglês e o terceiro em espanhol.

Nomes de todos(as) os(as) autores(as), sendo que deve apresentar ao menos um(a) com o título de doutor(a), obrigatoriamente.

Breve descrição sobre as atividades atuais dos(as) autores(as) e sua formação; especificar as exatas contribuições de cada autor(a) no manuscrito e formação deles(as); ORCID dos(as) autores(as) devem estar ativos.

Agradecimentos e informações complementares, quando for o caso, como, por exemplo, fomento de pesquisa ou bolsa de estudo, devem ser inseridos ao final.

Manuscrito:

Deve se encaixar em um dos tipos de contribuição publicados pela Revista Psicologia e Saúde e observar:

- As normas da APA, *American Psychological Association: Publication Manual of the American Psychological Association*(2020, 7ª edição). A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA. Para um guia rápido em português, consulte Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA.
- Margens: 2,5 cm em todos os lados – a folha deve ser do tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm).

- Numeração da página: canto direito de cada página a partir da folha de rosto sem identificação (nesta, fica oculto).
- A seguinte sequência: folha de rosto sem identificação; resumos; corpo do texto; referências e anexos/notas de rodapé (se houver) – iniciando cada um desses itens numa página.
- Limite de páginas do manuscrito: 25 páginas.

Folha de rosto sem identificação: deve seguir a formatação (modelo) da folha de rosto identificada, excluindo-se os nomes e dados dos(as) autores(as).

Resumo: espaçamento duplo em todo o texto e alinhamento à esquerda; fonte Times New Roman; tamanho 12; parágrafo único sem recuo.

- Assim como o título, deve estar nos três idiomas selecionados nos resumos, sendo o primeiro no idioma original.
- Deve ser estruturado indicando: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão – limite de 200 palavras. Seguido das palavras-chave.
- Os resumos nos outros dois idiomas devem ser fiéis ao resumo em idioma nativo, porém não uma tradução “literal”; ou seja, as traduções devem preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical das línguas. Ao fim do resumo, listar no mínimo três e no máximo cinco palavras-chave; recomenda-se a utilização da Terminologia em Psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde para a definição das palavras-chave. A Revista Psicologia e Saúde tem como procedimento padrão fazer a revisão final dos resumos, reservando-se o direito de corrigi-los, se necessário.
- Palavras-chave: três a cinco palavras escritas em letra minúscula e separadas por vírgula. Deve vir logo abaixo de cada Resumo nos três idiomas selecionados.

Corpo do Texto: alinhamento à esquerda e espaçamento duplo entre linhas. Fonte Times New Roman, tamanho 12; recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25 cm.

- Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página.
- Caso haja subdivisões no texto, recomendam-se no máximo três níveis de intertítulos:

- Os títulos das seções (nível 1, por exemplo: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão) devem estar centralizados em negrito e com a primeira letra de cada palavra maiúscula;
 - Os títulos das subseções (nível 2, por exemplo, em Método: Objetivos, Instrumentos etc.) devem estar em negrito, primeira letra de cada palavra maiúscula e alinhamento à esquerda;
 - Os títulos das subseções (nível 3) devem estar em itálico e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula.
- As citações diretas e indiretas devem seguir as normas da APA 7ª edição.
 - Figuras, tabelas e gráficos devem ser inseridos no corpo do texto, no local em que devem aparecer, seguindo a formatação para cada um:
 - Tabelas e gráficos: devem ser elaboradas em Word (.doc) ou Excel. No caso de apresentações gráficas de tabelas, use preferencialmente colunas, evitando outras formas de apresentação, como pizza etc. Nessas apresentações, evite usar cores. Cada tabela começa em uma página separada (preferencialmente). A palavra “Tabela” ou “Gráfico” é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela/ao gráfico, ambos em negrito; dê um espaço duplo e digite o título da tabela/do gráfico à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo as primeiras letras das palavras em maiúsculas. Consultar o Manual da APA 7ª edição para abreviações que precisam ou não ser definidas.
 - Figuras: devem ser inseridas no corpo do texto, no local em que devem aparecer. A figura deve estar em boa qualidade (no mínimo 300 dpi), não deve exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. A palavra “Figura” é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura, ambos em negrito; dê um espaço duplo e digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo as primeiras letras das palavras em maiúsculo. Consultar o Manual da APA 7ª edição para abreviações que precisam ou não ser definidas.

Referências: devem seguir as normas da APA 7ª edição, manter o espaçamento duplo entre linhas, alinhamento à esquerda. Não deixe um espaço extra entre as citações e, na segunda linha da referência em diante, faça um recuo de 1,27 cm. Todos os endereços URL deverão estar ativos.

- Inicie uma nova página para a seção de Referências, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho, em negrito. Apenas as obras mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. A quantidade equivalente a 40% das referências utilizadas deve ser dos últimos cinco anos. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA. Em casos de referência a múltiplos estudos do mesmo autor, utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente desse autor. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.
- Desabilitar macros ativas (ex. Mendeley, Endnote etc.). Elas devem estar livres para a diagramação.

Notas de rodapé: evite, sempre que possível. Todavia, se não houver outra possibilidade, as notas de fim devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e apresentadas após as Referências. O título (Notas) aparece centralizado. Recue a primeira linha de cada nota de fim em 1,25 cm e numere-as conforme as respectivas indicações no texto, mantendo o espaço duplo entre as linhas.

Anexos: evite. Somente devem ser incluídos se contiverem informações consideradas indispensáveis. Os anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C e assim por diante), se forem mais de um. Os anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página, intituladas com a palavra “Anexo” seguida das respectivas letras correspondentes (apenas quando há mais de um anexo, pois basta a palavra “Anexo” quando há apenas um), em negrito. Cada anexo deve ser mencionado ao menos uma vez no corpo do texto, com a primeira letra maiúscula e seguido da letra que o identifique (também maiúscula).

Utilizando linguagem neutra

Conforme a norma vigente da língua portuguesa, o masculino pode indicar neutralidade do sujeito ou gênero não marcado. Mas sabemos que isso é contestável, e novas tendências têm surgido na escrita em busca de mais representatividade.

Assim, é de responsabilidade/autonomia dos(as) autores(as) a decisão pelo uso de linguagem neutra (e.g., uso de “e”, como em “todes”; uso de @; uso de X), mas recomendamos o uso do “e”, já que permite que softwares de leitura de documentos leiam

apropriadamente as palavras. Importante ressaltar: ao escolherem uma linguagem neutra, é indispensável que os(as) autores(as) a mantenham em todo o artigo, por questão de padronização.

Uso de IA generativa e IA-assistida por autores(as), editores(as) e revisores(as)

Esta política estabelece regras claras para o uso de IA generativa e IA-assistida por autores(as), editores(as) e revisores(as), alinhadas às diretrizes da Elsevier e do COPE, e em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

1) Escopo e princípios

Uso permitido e responsável. É permitido o uso de IA generativa (p.ex., ChatGPT, Gemini, Copilot) e de ferramentas IA-assistidas (p.ex., correção gramatical, verificação de referências), desde que: o uso seja declarado com transparência; não haja fabricação de dados, citações ou imagens; autoria e responsabilidade permaneçam humanas; e confidencialidade e proteção de dados sejam preservadas.

Harmonização normativa. Esta política não substitui as Diretrizes Éticas da Revista (fundamentadas no COPE) nem a legislação aplicável (LGPD — Lei nº 13.709/2018).

2) Diretrizes para autores(as)

2.1. Autoria, responsabilidade e integridade

IA não pode ser listada como autora, considerando que as pessoas autoras assumem responsabilidade integral por conteúdo, dados, imagens, análises e citações. Assim, os autores (as) devem garantir: 1. exatidão de fatos e referências; 2. ausência de plágio e de fabricação/falsificação de dados, tabelas, figuras e citações; e 3. Checagem crítica de vieses, erros e omissões potencialmente introduzidos por IA.

2.2. Usos proibidos

Não é permitido o uso para gerar Resultados, Discussão ou Conclusões sem validação humana rigorosa e sem declaração de uso de IA. Inventar dados, figuras, tabelas, citações ou DOIs. E inserir textos ou dados confidenciais (pessoais, clínicos ou sensíveis) em serviços de IA não conformes à LGPD. É proibido apresentar imagens/áudios gerados por IA como registros empíricos reais.

2.3. Relato obrigatório do uso de IA (texto unificado e objetivo)

Quando qualquer ferramenta de IA for utilizada para coleta de dados, análise, produção de gráficos/figuras ou redação com impacto científico, o uso deve ser declarado na Seção Método (descrevendo como integrou o procedimento) e em uma “Declaração de Uso de IA” posicionada imediatamente antes das Referências. A declaração deve informar: (i) a(s) ferramenta(s) e versão, (ii) a finalidade (p.ex., “análise de dados”, “geração de figura”, “refino de clareza do resumo”), (iii) o escopo (quais seções foram afetadas), (iv) a supervisão humana realizada e (v) a garantia de checagem de fatos e referências pelas pessoas autoras. A declaração não se aplica a ferramentas de checagem básicas de gramática/ortografia/referências; apenas para edição/correção de linguagem sem efeito no conteúdo científico ou metodológico.

3. Diretrizes para editores(as) e revisores(as)

Os manuscritos submetidos à Revista Psicologia e Saúde devem ser tratados como documentos estritamente confidenciais e, portanto, não podem ser enviados ou processados por ferramentas de inteligência artificial generativa externas. Da mesma forma, revisores(as) não devem inserir, total ou parcialmente, o conteúdo dos manuscritos em sistemas públicos de IA ou em plataformas sem acordo formal de confidencialidade, a fim de preservar o sigilo editorial e os direitos de privacidade das pessoas envolvidas. O uso de IA por editores(as) e revisores(as) é permitido apenas de forma limitada e transparente, restrito a aspectos linguísticos, como aprimoramento da clareza textual do parecer, desde que não haja inserção de conteúdo do manuscrito e que o uso seja comunicado ao editor(a) responsável, quando aplicável.

Observações durante a escrita do texto e exemplos de citação e referências

O uso de expressões que denotem posição no texto, como “a tabela acima” ou “a figura abaixo”, deve ser evitado. No processo de editoração, a localização destas pode ser alterada. As normas não incluem a denominação de quadros ou gráficos, apenas tabelas e figuras.

Sobre o uso de sublinhados, itálicos e negritos: use itálico para palavras ou expressões que constituam “estrangeirismos”, como *self*, *locus* etc., e sublinhado para outras palavras que deseje grifar. Reserve negritos para os títulos.

Indique sempre os(as) autores(as) e as datas de publicação de todos os estudos mencionados no corpo do texto. Todos os nomes de autores(as) cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Na seção de Referências, só descreva os(as) autores(as) citados no corpo do texto.

Exemplos de citações no corpo do texto:

Os exemplos descritos a seguir servem como base de apoio para a organização de seu artigo, todavia eles não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Desta feita, utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2020, 7ª edição) para verificar as normas para outras referências e tirar suas dúvidas.

Citação de artigo de autoria múltipla

- Artigo com dois(duas) autores(as): cite os dois nomes sempre que o artigo for referido.
- Artigo com três ou mais autores(as): cite o sobrenome do(a) primeiro(a) autor(a) seguido de “et al.” e da data, em todas as menções no texto.

Citações de obras antigas e reeditadas

- Utilize o seguinte formato: Autor(a) (data de publicação original/data de publicação consultada).

Citação secundária

- Trata-se da citação de um artigo discutido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: “Piaget (1932, como citado por Flavell, 1996) ...”. Na seção de referências, citar apenas a obra consultada (no caso, Flavell, 1996).

NOTA: Citações com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citações com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, com cada linha recuada 1,25 cm da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do(a) detentor(a) dos direitos autorais do trabalho

original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor(a) do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [*sic*], sublinhado e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (. . .). A inserção de material, tais como comentários ou observações, deve ser feita entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

Atenção: Não use os termos *apud*, *op. cit.*, *id.*, *ibidem* e outros. Eles não fazem parte das normas da APA.

Abreviações em latim: use as seguintes abreviações em latim apenas em texto entre parênteses; em texto sem parênteses, use a tradução em português desses termos: cf. = compare; i.e. = isto é ; e.g. = por exemplo; viz. = ou seja; etc. = e assim por diante; vs. = versus, contra.

Exemplos para organização das referências:

De 1 a 20 autores(as), todos(as) são citados(as) na referência; 21 ou mais autores(as), cite o nome dos(as) 19 primeiros(as), insira os 3 pontos com espaços (. . .) e adicione o nome do(a) último(a).

Autor Entidade

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Banco Central do Brasil. (2003). *Anuário de crédito rural*. <http://www.bcb.gov.br/htms/CreditoRural/2001/rel53211.pdf>

Artigo com DOI

Porto, L. A., Carvalho, F. M., Oliveira, N. F., Silvany, A. M. S. Neto, Araújo, T. M., Reis, E. J. F. B., & Delcor, N. S. (2006). Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais

do trabalho de professores. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 818–826.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000001>

Gurney, C., Roth, M., Garside, R. F., Kerr, T. A., & Schapira, K. (1972). Studies in the classification of affective disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 121(561), 162–166.
<https://doi.org/10.1192/bjp.121.2.162>

Artigos sem DOI

Tavares, J. P., Beck, C. L. C., Magnano, T. S. B. S., Greco, P. B. T., Prestes, F. C., & Silva, R. M. (2011). Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do Self Report Questionnaire. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1(1), 113–123.
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2091>

Thornicroft, G., & Maingay, S. (2002). The global response to mental illness: An enormous health burden is increasingly being recognised. *BMJ – British Medical Journal*, 325(7365), 608–609. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124145/>

Dissertação ou Tese

Dissertação/Tese obtida em uma base de dados institucional:

Santos, M. E. S. B. (2002). *Transtornos mentais comuns em pacientes com aids que fazem tratamento com anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil* (Dissertação de Mestrado).
<https://repositorio.usp.br/item/001283338>

Dissertação/Tese acessada na internet:

Alves, L. B. (2010). *Análise da sustentabilidade ambiental em estabelecimentos agrícolas em Goiás* (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Goiás, Goiás, Brasil).
http://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/330/1/Tese_Doutorado_Luiz_Batista_Alves.pdf

Livros

Toffler, A. (1994). *O choque do futuro* (5ª ed.). Record.

Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. Tavistock.

Freud, S. (1977). Histeria. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 1, pp. 77–102). Imago. (Trabalho original publicado em 1888).

Capítulo de livro

Vianna, C. P. (2013). A feminização do magistério na educação básica e os desafios para a prática e a identidade coletiva docente. In S. C. Yannoulas (Coord.), *Trabalhadoras: Análise da feminização das profissões e ocupações* (pp. 159–180). Editorial Abaré.

Wastson, M. W. (1994). Vector autoregressions and cointegration. In R. F. Engle, & D. L. McFadden (Ed.), *Handbook of Econometrics* (Vol. 4, Chap. 47, pp. 2843–2915). Elsevier.

*Para outros exemplos, consultar as normas técnicas da *American Psychological Association: Publication Manual of the American Psychological Association* (2020, 7ª edição).

Considerações importantes antes de finalizar a submissão:

1. O cadastro do(a) autor(a) está respondido com clareza e de forma completa?
2. O nome do(a) autor(a) foi removido em “Propriedades do documento”, opção do menu “Arquivo” do MS Word e em qualquer outra parte do manuscrito enviado à revista, a não ser na folha de rosto identificada (que deve ser submetida como documento suplementar)?
3. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista? Não sendo o caso, justificar na seção “Comentários ao Editor”.
4. Encaminhou a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), para estudos de experimentação humana e animal?
5. Foi informado o ORCID (<https://orcid.org/register>) de todos(as) os autores(as), no momento da submissão do artigo? Deve-se incluir o “s” ao final do “http” para que o ORCID seja aceito.
6. O(a) autor(a) informou o eixo temático ao qual o manuscrito será submetido na seção “Comentários ao Editor”?

O processo editorial só terá início se o encaminhamento do artigo obedecer às condições preliminares explicitadas acima. Como parte do processo de avaliação, os(as) autores(as) são obrigados(as) a verificar a conformidade da submissão em relação a todas as Diretrizes para Submissão à Revista. As submissões que não estiverem de acordo com as diretrizes serão rejeitadas e os(as) autores(as) avisados(as) da não conformidade; assim, poderão fazer a adequação pertinente e realizar nova submissão.

Também não será aceita a inclusão de outros(as) autores(as) após a submissão do artigo. Por isso, é importante que seja feita a conferência e o preenchimento correto dos metadados da submissão no momento do envio do artigo.

Avaliação

A primeira avaliação é feita pelo Conselho Editorial da Revista Psicologia e Saúde, verificando se o trabalho seguiu os itens elencados nas Diretrizes para Autores e Tipos de Contribuição. Ademais, o conteúdo do material será previamente analisado pelo Conselho Editorial que poderá arbitrar pela recusa do material sem análise de revisores *ad hoc*.

Se aprovado nesta etapa, o manuscrito será encaminhado a, pelo menos, dois consultores(as) *ad hoc*. Os(As) consultores(as) *ad hoc* são escolhidos(as) pelo Conselho Editorial, embora os(as) autores(as) possam sugerir possíveis consultores(as) pesquisadores(as) qualificados(as) afiliados(as) a instituições, que não as dos(as) autores(as) na carta de encaminhamento ou em “Comentários ao Editor”.

O tempo médio de um retorno sobre as avaliações dos artigos é de aproximadamente 9 (nove) meses a contar da submissão. Em caso de aceite, o prazo de publicação é de até 12 (doze) meses desde o aceite final do manuscrito.

Caso o texto seja rejeitado, os(as) autores(as) são encorajados(as) à nova submissão, depois de cuidadosa revisão, considerando os pareceres recebidos. Os manuscritos recomendados para publicação com restrições só serão publicados mediante alterações de acordo com as sugestões dos pareceristas. As sugestões de modificação do trabalho visam melhorar a clareza ou precisão do texto. Uma versão reformulada do texto deve ser apresentada para apreciação com as parcelas modificadas em destaque (em azul). Além disso, solicita-se aos(às) autores(as) uma carta ao Conselho Editorial, por meio eletrônico,

descrevendo as alterações atendidas e justificando as não realizadas. A decisão final sobre a publicação de um artigo submetido à Revista Psicologia e Saúde cabe ao Conselho Editorial.

Pequenas modificações no manuscrito poderão ser feitas pelo Conselho Editorial da Revista Psicologia e Saúde. Quando tal Conselho considerar necessárias modificações substanciais, o(a) autor(a) será notificado(a) e encarregado(a) de fazê-las, devolvendo o trabalho reformulado no prazo estipulado.

NOTA: Após a publicação do artigo, não será possível realizar alterações, salvo as situações em que houver erro na diagramação.

Todo original será submetido ao processo de opinião por pares (especialistas), preferencialmente duplo cego (*double-blind peer review*). Em todo processo de avaliação será garantido o anonimato. Os casos omissos serão resolvidos pela Equipe Editorial.

O Conselho Editorial avaliará os manuscritos submetidos tendo por base o formulário a seguir:

1. TÍTULOS

1. a) O título é adequado ao conteúdo do artigo?

- Sim
- Não

1. b) O título tem, no máximo, 15 palavras?

- Sim
- Não

1. c) O título aparece em três idiomas (Português, Inglês e Espanhol)?

- Sim
- Não
- Não se aplica

1. d) Os títulos em idioma estrangeiro condizem com o título em Português?

- Sim
- Não
- Não se aplica

Justificativa da avaliação e sugestões ao(s) título(s):

1. RESUMOS

1. a) O resumo é adequado ao conteúdo do artigo?

- Sim
- Não
- Não se aplica

1. b) O resumo tem, no máximo, 200 palavras? *

- Sim
- Não
- Não se aplica

1. c) O resumo aparece em três idiomas (Português, Inglês e Espanhol)?

- Sim
- Não
- Não se aplica

1. d) Os resumos em idioma estrangeiro condizem com o resumo em Português?

- Sim
- Não
- Não se aplica

1. e) O resumo está estruturado em Introdução, Método, Resultado, Discussão e Conclusão?

- Sim
- Não

1. f) Qualidade geral do Resumo (clareza, concisão e objetividade)

- Insatisfatório
- Satisfatório

Justificativa da avaliação e sugestões ao(s) resumo(s):

1. PALAVRAS-CHAVE

1. a) As Palavras-chave são adequadas ao conteúdo do artigo?

- Sim

- Não
 - Não se aplica
1. b) O artigo apresenta entre três e cinco palavras-chave?
- Sim
 - Não
 - Não se aplica
1. c) As palavras-chave aparecem em três idiomas (Português, Inglês e Espanhol)?
- Sim
 - Não
 - Não se aplica
1. d) As palavras-chave em idioma estrangeiro condizem com as apresentadas em Português?
- Sim
 - Não
 - Não se aplica

Justificativa da avaliação e sugestões às palavras-chave:

CONTEÚDO

1. a) Assinale a natureza do trabalho
- Estudo de Caso
 - Estudo Conceitual, Teórico ou Historiográfico
 - Pesquisa Aplicada
 - Pesquisa Básica
 - Relato de Experiência Profissional (desabilitado)
 - Resenha
 - Outros
1. b) O(s) objetivo(s) é(são) claro(s) e bem definido(s)?
- Sim
 - Não
 - Não se aplica
1. c) A relevância do tema está claramente apresentada e justificada?
- Sim

- Não
- 1. d) A revisão da literatura é adequada e suficiente à proposta?
 - Sim
 - Não
- 1. e) Há articulação entre a argumentação desenvolvida e o objetivo do trabalho?
 - Sim
 - Não

Justificativa da avaliação e sugestões ao conteúdo:

MÉTODO

1. a) Há descrição apropriada das fontes de dados (p.ex., participantes, fontes, documentos, etc.)?
 - Sim
 - Não
 - Não se aplica
1. b) Os procedimentos adotados estão descritos de forma clara?
 - Sim
 - Não
1. c) Os instrumentos, materiais e/ou técnicas utilizadas foram satisfatoriamente descritos?
 - Sim
 - Não
 - Não se aplica

Justificativa da avaliação e sugestões ao método:

RESULTADOS E/OU DISCUSSÃO

1. a) Os resultados estão claramente descritos?
 - Sim
 - Não
1. b) Os resultados condizem com os aspectos metodológicos adotados?
 - Sim

- Não
- 1. c) Os resultados são coerentes com o(s) objetivo(s) descrito(s)?
 - Sim
 - Não
- 1. d) Há contribuição original do(s) autor(es) de forma que o artigo não seja apenas uma simples compilação de ideias?
 - Sim
 - Não
- 1. e) A discussão relaciona os dados encontrados com a literatura da área?
 - Sim
 - Não

CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÕES

- 1. a) Elas são suficientes e adequadas ao trabalho apresentado?
 - Sim
 - Não
- 1. b) Relacionam aos resultados apresentados com o que foi desenvolvido, especialmente o(s) objetivo(s)?
 - Sim
 - Não
- 1. c) Apresenta as limitações do estudo e desdobramentos futuros, de forma crítica?
 - Sim
 - Não

PARECER FINAL

- Recomendado
- Recomendado com modificações
- Rejeitado/Recusado

Justificativa da avaliação final e comentários adicionais:

Obs.: Outros critérios das Diretrizes para Submissão como Formatação da Fonte/Tamanho, Alinhamento, Espaçamento, Margem, Número da Página, Formatação de Tabelas, Gráficos, Figuras, Formatação das Referências Bibliográficas etc., serão consideradas na primeira avaliação e se não estiverem adequadas às Diretrizes, o Manuscrito será rejeitado, sendo estimulada a ressubmissão, após nova verificação das diretrizes.

Ética e consentimento

A publicação de pesquisa envolvendo seres humanos só se dará mediante o cumprimento das exigências da Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial



(1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000) e da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente à ética na pesquisa com seres humanos. Os(As) autores(as) deverão, ainda, encaminhar cópia do parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa ao qual foi submetido.

Dossiê: Psicanálise e Saúde

O número temático “Psicanálise e Saúde” tem o objetivo de reunir contribuições inéditas de investigadores cujos temas de pesquisa abarquem discussões sobre a Psicanálise em interface com a saúde, promovendo o incremento da área. Este número especial está aberto a estudos que contemplem diversos campos, tais como clínica psicanalítica na saúde pública e saúde coletiva, políticas públicas, atuação em serviços e instituições de saúde

mental, saúde do trabalhador, prevenção e promoção da saúde na perspectiva psicanalítica, abordagens com perspectiva de gênero no entrecruzamento entre psicanálise e saúde, psicanálise nas abordagens de emergência ou urgência subjetiva nas práticas hospitalares e em outras instituições de saúde. Trabalhos interdisciplinares com outras disciplinas da saúde, como os relacionados à neurologia, à psiquiatria, à psico-oncologia, dentre outros. De igual modo, também se recebem artigos que abordem, pelo viés psicanalítico, questões sobre a atuação e a formação crítica na saúde e o ensino da psicanálise nos espaços de formação de saúde, como nos cursos de Psicologia.

Declaração de Direito Autoral

Os artigos publicados na Revista Psicologia e Saúde têm acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A Revista Psicologia e Saúde proporciona acesso público a todo seu conteúdo, seguindo o princípio de que tornar gratuito o acesso a pesquisas gera um maior intercâmbio global de conhecimento. Tal acesso está associado a um crescimento da leitura e citação do trabalho de um autor. Para mais informações sobre esta abordagem, visite *Public Knowledge Project* e *IBICT*, projeto que desenvolveu este sistema para melhorar a qualidade acadêmica e pública da pesquisa, distribuindo o OJS/SEER, assim como outros softwares de apoio ao sistema de publicação de acesso público a fontes acadêmicas.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A Revista Psicologia e Saúde proporciona acesso público a todo seu conteúdo, seguindo o princípio que tornar gratuito o acesso a pesquisas gera um maior intercâmbio global de conhecimento. Tal acesso está associado a um crescimento da leitura e citação do trabalho de um autor. Para mais informações sobre esta abordagem, visite Public Knowledge Project e IBICT, projeto que desenvolveu este sistema para melhorar a qualidade acadêmica e pública da pesquisa, distribuindo o OJS/SEER assim como outros softwares de apoio ao sistema de publicação de acesso público a fontes acadêmicas.

ANEXO - Comprovante submissão - Manuscrito 1 Epidemiologia e Serviços de Saúde Lar Autor

Confirmação de envio

 Imprimir

Obrigado pela sua contribuição.

Submetido a

Epidemiologia e Serviços de Saúde

ID do manuscrito

RESS-2026-0275

Título

Autocuidado e sofrimento emocional relacionado ao diabetes mellitus tipo 2 em pacientes com amputações: um estudo observacional transversal

Autores

da Silva dos Santos, Stefani

Linhares, Edna

Valim, Andrea Rosane de Moura

Data de envio

18 de fevereiro de 2026

Painel do autor





© Silverchair. Todos os direitos reservados.

ScholarOne e Manuscript Central são marcas registradas da ScholarOne, Inc.

[Cadastre-se para receber atualizações](#) | [⚙️ Requisitos do sistema](#) | [🔒 Declaração de Privacidade](#) | [↶](#)
[Termos de Uso](#) | [Configurações de Cookies](#) | [Acessibilidade](#)

