



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

IVÂNIA MARIA DOS SANTOS

**CONHECIMENTO E ATITUDE DE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS EM
UMA UNIDADE DE AMBULATÓRIO ESPECIALIZADA**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

IVÂNIA MARIA DOS SANTOS

**CONHECIMENTO E ATITUDES DE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS EM
UMA UNIDADE DE AMBULATÓRIO ESPECIALIZADA**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Valesca Patriota
Coorientador: Isabella Almeida

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

IVÂNIA MARIA DOS SANTOS

**CONHECIMENTO E ATITUDES DE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS EM
UMA UNIDADE DE AMBULATÓRIO ESPECIALIZADA**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 06/11/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Paula Caroline Valença Silva
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. Eliane Rolim de Holanda
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Vanessa Karla Santos de Souza
Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Objetivo: caracterizar os usuários com diabetes mellitus segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas e avaliar o conhecimento e atitude em relação à doença. **Método:** estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado com 173 usuários com DM cadastrados em um serviço de atenção a saúde, localizado em Pernambuco, Brasil. Foram utilizados um roteiro sistematizado para obter as variáveis sociodemográficas e clínicas; Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) para avaliação do conhecimento e o Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19), para avaliação da atitude. **Resultados:** a população caracterizou-se por adultos e idosos, predominantemente do sexo feminino, casada, aposentada, com renda de até um salário mínimo. Quanto ao conhecimento 65,3% dos usuários apresentou escores inferiores a oito pontos e, em relação às atitudes constatou-se que a maioria (98,3%) dos usuários apresentou escores inferiores a 70 pontos, indicando dificuldades no enfrentamento da doença. **Conclusão:** Esses dados apontam para a necessidade de implantação de programas de educação em saúde e planejamento de intervenções adequadas que facilitem a compreensão das informações oferecidas.

Descritores: Diabetes Mellitus; Conhecimento; Atitude Frente à Saúde; Pesquisa em enfermagem; Atenção Primária à saúde; Autocuidado.

ABSTRACT

Objective: to characterize users with diabetes mellitus according to sociodemographic and clinical variables and evaluate the knowledge and attitude to the disease. **Method:** a cross-sectional study of a quantitative approach, carried out with 173 users with registered DM in a health service, located in Pernambuco, Brazil. We used a systematic roadmap for sociodemographic and clinical variables; Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN) for evaluation of the knowledge and Attitude Diabetes Questionnaire (ATT-19), for evaluation of the attitude. **Results:** the population was characterized by adults and the elderly, predominantly female, married, retired, with income of up to one minimum wage. As it known 65.3% of users showed lower scores eight points and, in relation to attitudes found that most (98.3%) of users presented scores of less than 70 points, indicating difficulties in coping with the disease. **Conclusion:** These data points to the need for implementation of health education programmes and planning appropriate interventions that facilitate the understanding of the information offered.

Keywords: Diabetes Mellitus; Knowledge; Front attitude to health; Nursing Research; Primary health care; Self-care.

SUMÁRIO

ARTIGO	6
INTRODUÇÃO	7
MÉTODOS	9
RESULTADOS.....	12
DISCUSSÃO	18
CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	30

ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **REUOL**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

Conhecimento e Atitudes de Usuários com Diabetes Mellitus em uma Unidade de Ambulatório Especializada

Ivânia Maria dos Santos¹, Isabella Joyce Silva de Almeida², Valesca Patriota de Souza³.

¹Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: ivania_vani@hotmail.com

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/UFPE). Universidade Federal de Pernambuco. Recife (PE). E-mail: isabellajsa@gmail.com

³Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente do Núcleo de Enfermagem na Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: valesca_patriota@hotmail.com

*Autor responsável pela troca de correspondência: Valesca Patriota de Souza, Rua do Alto do Reservatório, S/N, Bela Vista. Vitória de Santo Antão, 55608-680, PE. Brasil.

Resumo:

Objetivo: caracterizar os usuários com diabetes mellitus segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas e avaliar o conhecimento e atitude em relação à doença. **Método:** estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado com 173 usuários com DM cadastrados em um serviço de atenção a saúde, localizado em Pernambuco, Brasil. Foram utilizados roteiro sistematizado para obter as variáveis sociodemográficas e clínicas; Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) para

avaliação do conhecimento e o Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19), para avaliação da atitude. **Resultados:** a população caracterizou-se por adultos e idosos, predominantemente do sexo feminino, casada, aposentada, com renda de até um salário mínimo. Quanto ao conhecimento 65,3% dos usuários apresentam escores inferiores a oito pontos e, em relação às atitudes constatou-se que a maioria (98,3%) dos usuários apresentou escores inferiores a 70 pontos, indicando dificuldades no enfrentamento da doença. **Conclusão:** Esses dados apontam para a necessidade de implantação de programas de educação em saúde e planejamento de intervenções adequadas que facilitem a compreensão das informações oferecidas.

Descritores: Diabetes Mellitus; Conhecimento; Atitude Frente à Saúde; Pesquisa em enfermagem; Atenção Primária à saúde; Autocuidado.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Knowledge; Attitude to Health; Nursing Research; Primary Health Care; Self Care.

Descriptores: Diabetes Mellitus; Conocimiento; Actitud Frente a la Salud; Investigación em Enfermería; Atención Primaria de Salud; Autocuidado.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) está entre as doenças crônicas que apresentam elevados índices de morbimortalidade e vem se destacando como sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, em virtude do aumento da sua prevalência, comprometimento da qualidade de vida dos indivíduos, bem como altos custos com tratamentos e complicações, gerando significativos danos econômicos e sociais.¹⁻²

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2016) “Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035”. O DM apresenta-se com um quadro de hiperglicemia, conseqüente de falhas na secreção e/ou na ação da insulina, sendo classificado segundo a sua etiologia em DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Há ainda duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída.³

O impacto do DM está especialmente relacionado ao surgimento de complicações limitantes, que interferem na realização das atividades diárias, e assim, compromete a qualidade de vida dos indivíduos. Pois quando o DM não é tratado adequadamente, os sintomas podem se agravar e, assim, contribuir para a manifestação de outras doenças, como problemas cardíacos, visuais, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, lesões de difícil cicatrização, dentre outras complicações.⁴⁻⁵

Essa condição crônica impõe ao indivíduo mudanças nos padrões de comportamento diário, como a prática de atividade física e mudanças no plano alimentar, além de comprometimento com a terapêutica medicamentosa e controle glicêmico. O que muitas vezes implicam em dificuldades para aderir ao tratamento, resultando em baixas taxas de adesão ao plano terapêutico, principalmente por requerer autocuidado em longo prazo.⁶⁻⁷

Portanto, para o autogerenciamento do DM é importante que os indivíduos dominem um conjunto de informações necessárias para administrar sua condição de saúde, como conhecimento sobre a doença, o tratamento e as complicações. Logo, somente o conhecimento não é suficiente para promover a mudança de

comportamentos, é importante que os indivíduos também dominem habilidades necessárias para o manejo da doença.⁸⁻⁹

O desenvolvimento destas capacidades é proporcionado pela educação em saúde, que é uma parte fundamental do cuidado integral ao paciente com DM, sendo evidenciada como o meio de capacitação das pessoas para realizar o controle da sua doença. A educação em saúde é uma estratégia de baixo custo que favorece a aquisição de conhecimento, a adesão de atitudes positivas frente à doença, o controle metabólico e a redução das complicações agudas e crônicas, resultando na melhora da qualidade de vida.¹⁰⁻¹¹

Sendo assim, os profissionais de saúde tem um papel importante na conscientização e promoção do autocuidado às pessoas com DM e seus familiares, através do fornecimento de informações que possibilitem ao usuário lidar com situações do dia a dia, advindas da doença.¹²

Desta forma, considera-se que a educação para o automanejo do DM objetiva alcançar a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e que esses programas podem agregar valores positivos para a aquisição de conhecimento e habilidades, refletindo-se, conseqüentemente, na qualidade de vida.¹⁰

Este estudo tem por objetivo caracterizar os usuários com diabetes mellitus segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas e avaliar o conhecimento e atitude em relação à doença.

MÉTODOS

Estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado no próprio domicílio dos usuários cadastrados, no ano 2016, no Centro de Diagnósticos do Coração e Controle do Diabetes, localizado no município de Vitória de Santo Antão,

Pernambuco, Brasil. Essa unidade foi eleita pela sua área de abrangência e número de usuários com DM.

A população cadastrada com DM na unidade no ano 2016 correspondeu a 367 usuários, foi feito o cálculo amostral para população finita e variável qualitativa com 95% de confiança que resultou numa amostra de 188 usuários. Esses usuários foram selecionados através de sorteio aleatório realizado pela pesquisadora.

Durante a coleta de dados ocorreram 15 perdas, no qual 3 usuários haviam falecido, 4 não residiam mais no mesmo endereço e 8 não aceitaram participar da pesquisa, resultando numa amostra final de 173 usuários que atenderam aos critérios de inclusão: usuários com idade igual ou superior a 18 anos assistidos na unidade em 2016; e os critérios de exclusão: usuários com déficit cognitivo inviabilizando o preenchimento do questionário.

Para a coleta de dados foi utilizado roteiro sistematizado para obter as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, número de membros na família; e variáveis clínicas: diagnóstico, tempo de doença e tipo de tratamento. Para a coleta dos dados referentes ao conhecimento e atitudes foram utilizados os questionários *Diabetes Knowledge Questionnaire* (DKN-A) e *Diabetes Attitude Questionnaire* (ATT-19). Esses instrumentos foram traduzidos para a língua portuguesa e validados no Brasil.¹³

O DKN-A é um questionário com 15 itens de múltipla escolha acerca de diferentes tópicos relacionados ao conhecimento geral do Diabetes mellitus. Contém cinco amplas categorias: a) fisiologia básica, incluindo a ação da insulina, b) hipoglicemia, c) grupos de alimentos e suas substituições, d) gerenciamento de Diabetes mellitus na intercorrência de alguma outra doença, e) princípios gerais

dos cuidados da doença. A escala de medida é de 0-15 e cada item é medido com escore um para resposta correta e zero para incorreta. Os itens de 1 a 12 requerem uma única resposta correta. Para os itens de 13 a 15 algumas respostas são corretas e todas devem ser conferidas para obter o escore um. Um escore maior que oito indica conhecimento sobre o Diabetes mellitus.¹³

O ATT-19 é um questionário sobre a medida de ajustamento psicológico para Diabetes *mellitus*, desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais sobre a doença. Consiste em 19 itens que incluem seis fatores: a) estresse associado a Diabetes *mellitus*, b) receptividade ao tratamento, c) confiança no tratamento, d) eficácia pessoal, e) percepção sobre a saúde, f) aceitação social. Cada resposta é medida pela escala de Likert de cinco pontos (discordo totalmente - escore 1; até concordo totalmente - escore 5). O valor total da taxa-escore varia de 19 a 95 pontos. Um escore maior que 70 pontos indica a atitude positiva sobre a doença.¹³

A pesquisadora, inicialmente, realizou o levantamento dos usuários e seus respectivos endereços e telefones. De posse dessas informações, dirigiu-se ao próprio domicílio dos usuários para convidá-lo a participar da pesquisa, esclarecendo a natureza e os objetivos do estudo e, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo usuário, iniciou-se a entrevista. Foram aplicados os instrumentos referentes aos dados sociodemográficos e clínicos, seguidos dos questionários DKN-A e ATT-19.

Os dados foram coletados no mês de setembro de 2017. O tempo de cada entrevista foi de aproximadamente 25 minutos. Os questionários DKN-A e ATT-19 são autoaplicáveis, no entanto, os usuários apresentaram dificuldades no

preenchimento e por isso o processo de coleta contou com o auxílio da pesquisadora.

Para análise, foi elaborado um banco de dados no Programa *Excel* 2010. Os dados foram transportados para o Programa SPSS 13.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança; Os resultados estão apresentados em forma de tabela e gráficos com suas respectivas frequências absoluta e relativa; As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão; Para verificar a existência de associação foi utilizado o Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de *Fisher* para as variáveis categóricas; e o Teste de Normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* para variáveis quantitativas; e para a Comparação com dois grupos: *Mann-Whitney* (Não Normal).

Conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto, recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) sob o CAAE: nº71473517.2.0000.5208, nº do parecer: 2.264.434.¹⁴

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição das frequências das variáveis sociodemográficas e clínicas dos usuários com DM da unidade estudada.

Tabela 1 - Características da população estudada conforme variáveis sociodemográficas e clínicas. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2017. (n=173)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	52	30,1
Feminino	121	69,9

Estado Civil

Solteiro (a)	34	19,7
Casado (a)	87	50,3
Divorciado (a)	9	5,2
Mora com companheiro (a)	3	1,7
Viúvo (a)	40	23,1

Escolaridade

Não estudou/analfabeto funcional	30	17,3
Ensino fundamental incompleto	104	60,2
Ensino fundamental completo	7	4,0
Ensino médio incompleto	4	2,3
Ensino médio completo	21	12,1
Ensino superior incompleto	1	0,6
Ensino superior completo	6	3,5

Ocupação

Desempregado	7	4,0
Do lar	47	27,2
Estudante	1	0,6
Aposentado	94	54,3
Trabalhador assalariado	10	5,8
Empregado doméstico	1	0,6
Produtor rural	4	2,3
Profissional liberal autônomo	3	1,7
Empresário	1	0,6
Funcionário público	3	1,7
Outro	2	1,2

Renda

Até 1 SM*	121	69,9
Mais de 1 SM	52	30,1
Tipo de diabetes		
Tipo 1	24	13,9
Tipo 2	39	22,5
Não sabe informar	110	63,6
Tratamento atual		
Antidiabético Oral	126	72,8
Insulina	97	56,1
Dieta	131	75,7
Exercício Físico	52	30,1

	Média ± DP	Mínimo – Máximo
Idade (anos completos)	59,41 ± 12,38	18,0 – 85,0
Número de membros da família	2,98 ± 1,44	1,0 – 9,0
Tempo da doença	10,93 ± 8,55	1,0 – 40,0

* SM vigente – R\$ 937,00, a partir de 1º de Janeiro de 2017 (IBGE 2017).

Em relação aos escores de conhecimento e atitudes, a maioria dos usuários atingiram pontuações menor ou igual a oito para o questionário DKN-A, o que indica um resultado insatisfatório para o conhecimento da doença, assim como obtiveram escore menor ou igual a 70 para o questionário ATT-19, indicando baixa prontidão para o manejo da doença.

Na figura 1, verifica-se os escores obtidos em relação ao conhecimento dos usuários com DM quando da aplicação do questionário DKN-A.

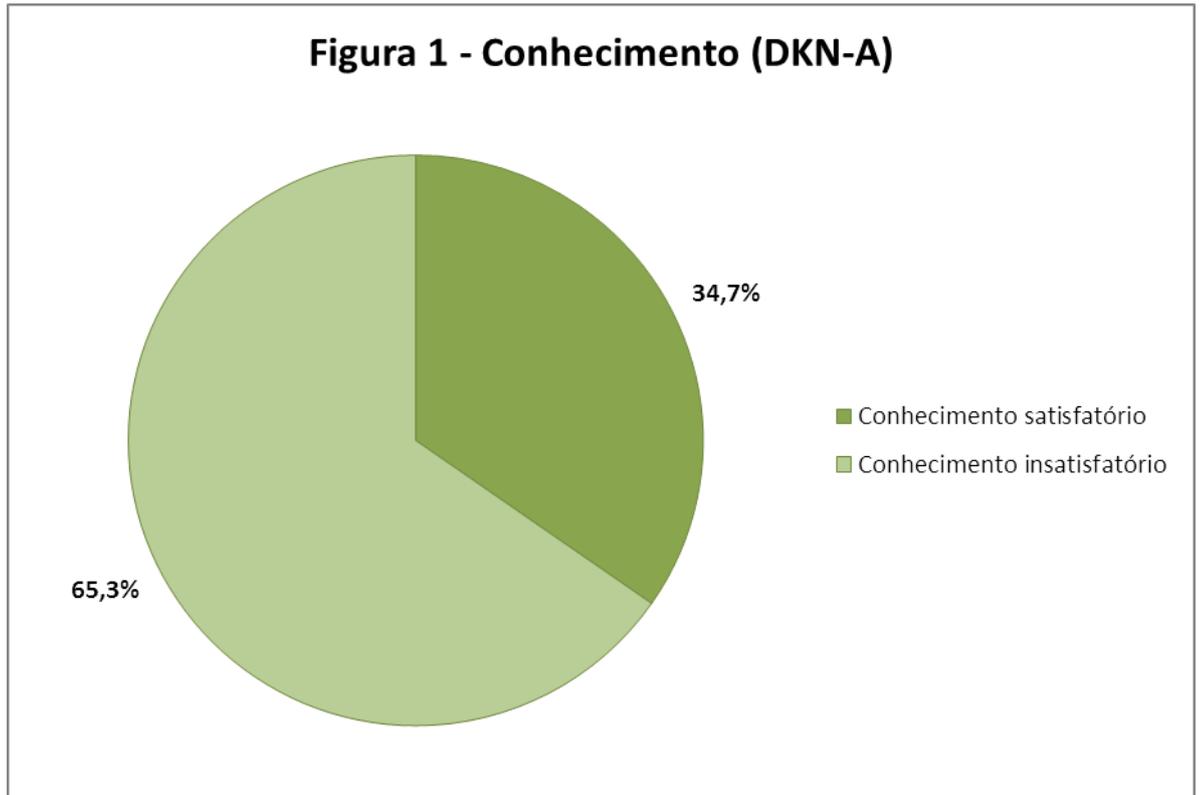


Figura 1 – Escores obtidos no questionário DKN-A em relação ao conhecimento da doença pelos usuários com DM, atendidos na unidade estudada. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2017. (n=173).

Na figura 2, verifica-se os escores obtidos em relação à atitude dos usuários com DM, quando da aplicação do questionário ATT-19.

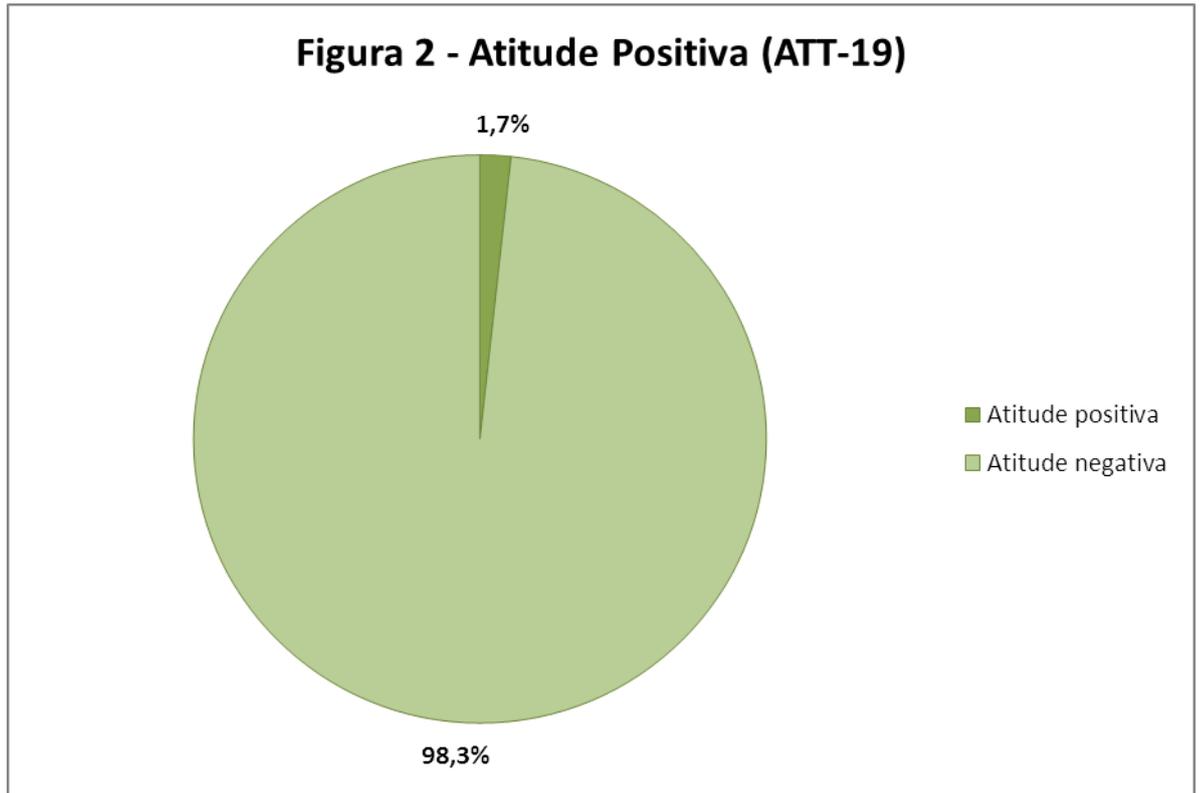


Figura 2 – Escores obtidos no questionário ATT-19 em relação às atitudes de enfrentamento da doença pelos usuários com DM, atendidos na unidade estudada. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2017. (n=173).

A Tabela 2 apresenta a relação entre os escores do conhecimento (DKN-A) segundo as variáveis: sexo, estado civil, escolaridade, renda, tipo de diabetes, tratamento atual e tempo de doença dos usuários com DM.

Tabela 2 - Relação entre os escores do conhecimento (DKN-A), segundo as variáveis: sexo, estado civil, escolaridade, renda, tipo de diabetes, tratamento atual e tempo de doença dos usuários com DM, atendidos na unidade estudada. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. 2017. (n=173).

Variáveis	Total DKN-A COD (Conhecimento DM)		p-valor
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
Sexo			
Masculino	19 (36,5)	33 (63,5)	0,737 *

Feminino	41 (33,9)	80 (66,1)	
Estado Civil			
Solteiro (a)	16 (47,1)	18 (52,9)	0,383 **
Casado (a)	28 (32,2)	59 (67,8)	
Divorciado (a)	4 (44,4)	5 (55,6)	
Mora com companheiro (a)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Viúvo (a)	11 (27,5)	29 (72,5)	
Escolaridade			
Não estudou/analfabeto funcional	6 (20,0)	24 (80,0)	< 0,001 **
Ensino fundamental incompleto	28 (26,9)	76 (73,1)	
Ensino fundamental completo	4 (57,1)	3 (42,9)	
Ensino médio incompleto	3 (75,0)	1 (25,0)	
Ensino médio completo	13 (61,9)	8 (38,1)	
Ensino superior incompleto	1 (100,0)	0 (0,0)	
Ensino superior completo	5 (83,3)	1 (16,7)	
Renda			
Até 1 SM	35 (28,9)	86 (71,1)	0,015 *
Mais de 1 SM	25 (48,1)	27 (51,9)	
Tipo de diabetes			
Tipo 1	13 (54,2)	11 (45,8)	0,008 *
Tipo 2	18 (46,2)	21 (53,8)	
Não sabe informar	29 (26,4)	81 (73,6)	
Tratamento atual			
Antidiabético Oral	42 (33,3)	84 (66,7)	0,542 *
Insulina	40 (41,2)	57 (58,8)	0,041 *
Dieta	43 (32,8)	88 (67,2)	0,365 *
Exercício Físico	21 (40,4)	31 (59,6)	0,302 *

	Média ± DP	Média ± DP	
Tempo da doença	10,23 ± 8,92	10,77 ± 8,38	0,835 ***

(*) Teste Qui-Quadrado (**) Teste Exato de Fisher (***) Teste de Mann-Whitney

No Teste Qui-Quadrado para os escores de conhecimento, conforme as variáveis: renda, tipo de diabetes e tratamento atual, obteve-se o p-valor 0,015, 0,008 e 0,041, respectivamente; e no Teste Exato de Fisher conforme a variável escolaridade obteve-se o p-valor < 0,001, portanto de significância estatística em ambos.

Observa-se que houve diferença estatisticamente significativas nas variáveis escolaridade, renda, tipo de diabetes e tratamento atual em relação ao conhecimento do DM.

DISCUSSÃO

O conhecimento e a atitude para o automanejo do DM são fatores relevantes para o controle ideal da doença, pois a partir da compreensão do plano de cuidados, o indivíduo é capaz de assumir um comprometimento terapêutico e, assim obter resultados positivos no controle glicêmico.^{9,15}

Para a aquisição desses conhecimentos e habilidades é indispensável que os usuários estejam envolvidos no processo de educação em saúde. A educação para o automanejo do DM é o processo de ensinar o usuário a administrar a sua doença.⁹

Os programas de educação em saúde para as pessoas com diabetes mellitus agregam estratégias para solucionar problemas e agravos decorrentes da doença,

capaz de proporcionar uma melhora do conhecimento, contribuindo para a mudança de comportamento.

Os dados do presente estudo mostram que a maioria das pessoas diagnosticadas com DM são do sexo feminino, o que se assemelha a outros estudos da literatura como, um estudo desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Região Leste de Belo Horizonte (MG) em uma amostra de 151 pessoas com DM, observou que 76,8% era do sexo feminino.⁷

A maior prevalência de DM na população feminina pode ser explicada pelo fator cultural, no qual os horários em que são realizadas as entrevistas, o homem estaria em horário de trabalho, e tal viés talvez possa justificar a maior demanda e utilização dos serviços de saúde pelas mulheres.¹⁶

Cabe considerar que de maneira geral, as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens, desta maneira esse índice mais elevado pode estar associado a essa realidade. Além disso, se faz necessário implementar ações a fim de estimular a participação do sexo masculino nas unidades de saúde.¹

Quanto ao estado civil, a maioria dos usuários são casados, seguido de viúvos, solteiros e divorciado. Pessoas casadas, portanto, tendem a apresentar melhor aderência ao tratamento, uma vez que há uma estrutura de amparo associada ao lado emocional do paciente.¹⁷ Enquanto que a condição de morar sozinho é um forte indicador para a não adesão à terapêutica, mostrando a importância do apoio familiar.¹⁸

Em relação à escolaridade, houve predominância de usuários que tinham até o ensino fundamental incompleto, o que indica baixo grau de instrução, esses dados concordam com uma pesquisa que foi realizada no município de Bebedouro, SP, com 44 usuários, no qual foi visto que 81,8% apresentavam baixo grau de

escolaridade, com até oito anos de estudo.⁹ A baixa escolaridade pode levar ao usuário a não aderir ao tratamento estabelecido, devido à dificuldade em ler e entender a conduta terapêutica, aumentando, assim os riscos a saúde.⁸

No presente estudo, obteve-se predomínio de aposentados, assim como apresenta um estudo elaborado numa Unidade Básica Distrital de Saúde de uma cidade no interior Paulista, Brasil, realizado com 123 indivíduos, onde foi visto que 52,03% eram aposentados.⁸ Esse fato pode se apresentar como uma oportunidade para os usuários modificarem a dinâmica de vida, adotando práticas mais saudáveis como, a realização de caminhadas, o que contribui para o controle da doença.¹⁹

Quanto a renda familiar, a maioria dos usuários recebem até 1 salário mínimo. Estudo realizado em um Serviço de Atenção Básica em Saúde do município de João Pessoa/PB, com 30 usuários, mostrou que 11 (37%) dos usuários dispõem apenas de um salário mínimo.²⁰ Considerando o custo do tratamento do DM, o que comumente inclui a utilização de materiais e medicamentos, percebe-se que principalmente para as famílias de baixa renda, esse fato pode contribuir para a não adesão ao tratamento, aumentando o risco de complicações do DM, o que necessariamente aumenta os custos.

Deve-se considerar que fatores ligados à baixa renda, condições de vida instáveis, duração do tratamento e alto custo de medicações podem afetar negativamente a adesão ao tratamento do DM, pois o usuário precisa retirar mensalmente determinada quantia do seu orçamento para poder cuidar da doença, o que gera impactos tanto financeiros como pessoais e desperta percepção negativa relacionada à doença.

No que se refere à idade dos usuários, obteve-se uma média de 59,41 anos. Estudo realizado com usuários com DM, no município de Viçosa/MG em quatro

Estratégia de Saúde da Família (ESF), mostrou uma idade média de 62,4 anos.²¹ Devido à transição demográfica, caracterizada pelo declínio das taxas de fertilidade e de mortalidade, tem aumentado a prevalência de indivíduos com 50 anos ou mais de idade. Com esse aumento da população idosa, o número de casos de doenças não transmissíveis tem se tornado cada dia mais frequente, indicando mudanças na organização do sistema de saúde.²²

Em relação ao tipo do diabetes, a maioria dos usuários referiram não saber informar, assim como em um estudo realizado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, com 357 usuários, mostrou que 53,2% não sabiam informar qual o tipo de DM.²³ Esta condição indica uma deficiência de conhecimento sobre a doença. Assim sendo, um dos fatores que precisam ser considerados na assistência a saúde é a promoção do conhecimento, considerando que os usuários são responsáveis pelo seu próprio cuidado e bem-estar.²⁴

Quanto ao tempo da doença, os usuários com DM apresentaram uma média de 10,93 anos. Um estudo realizado em Minas Gerais, Brasil, com 1.320 usuários, observou que a presença de complicações do DM pode estar associada ao tempo de duração da doença, no qual os usuários com diagnóstico a mais de 10 anos, apresentaram um percentual de complicações de 32,2% e os usuários com menos de 5 anos de diagnóstico apresentaram um percentual de 12,1% para complicações relacionadas ao DM.⁵

O que indica que as complicações do DM aumentam ao longo dos anos e o tempo de duração da doença também não garante que o usuário tenha conhecimento sobre a doença, nem melhor prontidão para o autocuidado. Diante disso, é importante ressaltar que o estímulo ao autocuidado por parte dos profissionais de saúde para o indivíduo diabético e família precisa ser contínuo,

visto que é difícil modificar o estilo de vida e, mais ainda, manter essas modificações continuamente.

Em relação ao tratamento, a maioria dos usuários desse estudo fazem uso de medicamentos oral, insulina e referiram seguir a dieta recomenda, porém só 30,1% dos usuários relataram realizar exercício físico, resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado no município Viçosa/MG, onde os dados referiram que apenas 20% dos indivíduos relataram praticar exercícios regularmente.²¹

A prática de exercício físico juntamente com a adoção de hábitos alimentares saudáveis corresponde a uma estratégia de intervenção não medicamentosa capaz de gerar efeitos positivos tanto na prevenção do DM como na redução do aparecimento de complicações relacionadas à doença.²¹

Ao analisar os escores obtidos em relação ao conhecimento, obteve-se que a maioria dos usuários apresentou escores inferiores a oito pontos, o que indica um conhecimento insatisfatório sobre a doença. Concordando com um estudo realizado em Ribeirão Preto, SP, com 79 usuários, apresentou que 64,6% dos indivíduos também alcançaram escores inferior a oito pontos, indicando baixo conhecimento sobre a doença.²⁵

Vale ressaltar o quanto é importante para a aquisição de conhecimento o oferecimento de ações educativas nos serviços de saúde. As ações educativas são capazes de transmitir informações que ajudem o usuário na aquisição de práticas para o controle do diabetes e o seu autocuidado, além de sensibilizar o usuário sobre os fatores de risco. Mas também, é preciso considerar que nem sempre o conhecimento leva a mudança de atitude frente às situações advindas da doença.²⁵

Os escores obtidos em relação às atitudes constatou que a maioria dos usuários apresentaram escores inferiores a 70 pontos, indicando dificuldades no

enfrentamento da doença. Em concordância com o estudo realizado em Ribeirão Preto, SP, com 123 usuários, no qual obteve que 97,56% dos usuários apresentaram escores iguais ou menores que 70 pontos, indicando que ainda não alcançaram atitude positiva frente às modificações necessárias para obtenção de um bom controle metabólico.⁸

Portanto, o diabetes mellitus merece atenção especial entre as doenças crônicas não transmissíveis que os sistemas de saúde enfrentam atualmente. Sendo indispensáveis que os profissionais de saúde tomem iniciativas que incentivem práticas de promoção de saúde e hábitos de vida saudáveis. Essas práticas são capazes de gerar um impacto positivo na qualidade de vida desses indivíduos, podendo proporcionar melhora nas condições de saúde desta população.²⁶

A formação continuada para a autogestão da doença traz resultados positivos no controle glicêmico como na redução do risco de complicações.¹⁵ Assim, o contato desses usuários com os programas educativos podem proporcionar melhora do conhecimento, seguido de mudança de comportamento e, por conseguinte, melhora da qualidade de vida.

Os dados do presente estudo apontam para a necessidade de implantação de programas de educação em saúde, visando minimizar as dificuldades encontradas no dia a dia pelos usuários em relação ao conhecimento e atitudes a fim de obter um bom controle metabólico. Associado a isso, sugere-se a necessidade dos profissionais de saúde em conhecer a realidade de cada indivíduo, a fim de planejar intervenções adequadas que facilitem a compreensão das informações oferecidas, prestando um serviço de melhor qualidade à população.

CONCLUSÃO

O estudo atendeu aos objetivos propostos pela pesquisa, uma vez que conseguiu caracterizar os usuários cadastrados na unidade e identificar os escores de conhecimento e atitude. Identificou também que houve diferença estatisticamente significativas nas variáveis escolaridade, renda, tipo de diabetes e tratamento atual em relação ao conhecimento do DM.

Os resultados deste estudo apontaram que quanto ao conhecimento da doença, a maioria dos usuários apresentou escores insatisfatórios para a compreensão e adoção de práticas de autocuidado e, quanto aos escores de atitude, apresentaram escores menores que 70 pontos, quase em sua totalidade de usuários, indicando baixa prontidão para o enfrentamento da doença.

REFERÊNCIAS

1. Policarpo NS de, Moura JRA, Melo Júnior EB de, Almeida PC de, Macêdo SF de, Silva ARV da. Knowledge, attitudes and practices for the prevention of diabetic foot. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014 set;35(3):36-42. [cited 2017 Jan 13] Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/1983-1447-rgenf-35-03-00036.pdf>
2. Faria HTG, Zanetti ML, Santos MA dos, Teixeira CRS de. Patients' knowledge regarding medication therapy to treat diabetes: a challenge for health care services*. *Acta Paul Enferm* 2009;22(5):612-7. [cited 2017 Jan 30] Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/en_03.pdf
3. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) - Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
5. Cortez DN, Reis IA, Souza DAS, Macedo MML, Torres HC. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(3):250-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0250.pdf>
6. Fernandes BSM, Reis IA, Pagano AS, Cecilio SG, Torres HC de. Development, validation and cultural adaptation of the Compasso protocol: Adherence to self-care in diabetes. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(4):421-9. 421-9. Available

- from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/en_1982-0194-ape-29-04-0421.pdf
7. Maia MA, Reis IA, Torres HC de. Associação do tempo de contato no programa educativo em diabetes mellitus no conhecimento e habilidades de autocuidado*. Rev Esc Enferm USP · 2016;50(1):59-65. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0059.pdf
 8. Rodrigues FFL, Santos MA dos, Souza Teixeira CR de, Gonela JT, Zanetti ML. Relationship between knowledge, attitude, education and duration of disease in individuals with diabetes mellitus*. Acta Paul Enferm. 2012; 25(2):284-90. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/en_a20v25n2.pdf
 9. Seramin CM da, Danze L, Oliveira KCS de. Conhecimento e atitude: componentes para a educação em diabetes mellitus nas unidades básicas de saúde de Bebedouro, SP. Revista Fafibe On-Line – ano VI - n.6 – nov. 2013 – p. 130-139. Disponível em: http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revista_fafibeonline/sumario/28/11122013185648.pdf
 10. Brito GMG de, Gois CFL, Zanetti ML, Resende GGS, Silva JRS. Quality of life, knowledge and attitude after educational program for Diabetes. Acta Paul Enferm. 2016; 29(3):298-306. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n3/en_1982-0194-ape-29-03-0298.pdf
 11. Grillo MFF, Neumann CR, Scain SF, Roseno RF, Gross JL, Leitão CB. Effect of different types of self-management education in patients with diabetes. REV

- ASSOC MED BRAS. 2013;59(4):400-405. Available from:
http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n4/en_v59n4a21.pdf
12. Marques MB, Silva MJ da, Coutinho JFV, Oliveira Lopes MV de. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado*. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(2):415-20 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/20.pdf>
13. Torres HC, Hortale VA, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. Rev. Saúde Pública vol.39 n6 São Paulo Dec. 2005. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600006
14. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Diretrizes e Normas Regulamentadora de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012.
15. Cardoso AF, Queirós P, Ribeiro CF. Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes mellitus: revisão sistemática da literatura. Rev Port Saúde Pública. 2015; 33(2):246-255. Disponível em:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902515000322>
16. Silva DS, Laterza MC, Moreira OC, Carneiro Júnior MA, Amorim PRS. Prevalência de diabetes mellitus em indivíduos atendidos pela estratégia saúde da família no município de Ubá-MG. Rev Bras Ativ Fis e Saúde. Pelota/RS. 17 (3): 195-199. Jun/2012. Disponível em:
<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1858/1698>

17. Oliveira MS dos S, Oliveira ICC de, Amorim MES, Otton R, Nogueira MF. Avaliação da adesão terapêutica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Rev Enferm UFPE online, Recife 8(6): 1692-701, Jun 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Ivania/Downloads/5376-57463-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Ivania/Downloads/5376-57463-1-PB%20(2).pdf)
18. Cintra FA, Guauriento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl.3): 3507-3515, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900025
19. Silva LMC da, Palha PF, Barbosa GR, Protti ST, Ramos A da S. Aposentados com diabetes tipo 2 na saúde da família em Ribeirão Preto, São Paulo-Brasil. Rev Esc Enferm USP, 2010; 44(2): 462-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200031&script=sci_abstract&tlng=pt
20. Oliveira PS, Bezerra EP, Andrade LL, Soares MJGO, Costa MML. Fatores de risco para complicações decorrentes do diabetes mellitus. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(8):5265-73, ago., 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Ivania/Downloads/11802-28117-1-PB.pdf>
21. Freitas EF de, Moreira OC, Oliveira CEP de, Doimo LA, Loch MR. Prevalência de diabetes mellitus e prática de exercício em indivíduos que procuraram atendimento na estratégia saúde da família de Viçosa/MG. Rev. educ. fis. UEM vol.26 n.4 Maringá Sept./Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-30832015000400549

22. Mendes ACG, Sá DA de, Miranda GMDM, Lyra TM, Tavares RAWT. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(5):955-964, mai, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/14.pdf>
23. Dias AFG, Vieira MF, Rezende MP, Oshima A, Muller MEW, Santos MEX, Serracarbassa, PD. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabetic. *Arq Bras Oftalmol.*[internet]. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492010000500005
24. Gregghi E de FM, Pascon DM. Conhecimento dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 inseridos no programa de saúde ao adulto. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2016; 18(4):204-9. Disponível em: [file:///C:/Users/Ivania/Downloads/23746-84456-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ivania/Downloads/23746-84456-1-PB%20(1).pdf)
25. Oliveira KCS de, Zanetti ML. Conhecimento e atitudes de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(4):826-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400010
26. Stopa SR, César CLG, Segri NJ, Goldbaum M, Guimarães VMV, Alves MCGP, et al. Diabetes Autorreferido em idosos: comparação das prevalências e medidas de controle. *Rev. Saúde Pública*. 2014. 48 (4): 554-562. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0554.pdf>.

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

REVISTA DE ENFERMAGEM UFPE ON LINE (REUOL)

Diretrizes para Autores

Estrutura dos artigos

FORMATO: Word.doc

TÍTULO (somente no idioma original)

AUTORES (1-8, explícitos no artigo e em METADADOS da submissão)

RESUMO (somente no idioma original)

DESCRITORES (Português/Inglês/Espanhol)

CREDENCIAIS DOS AUTORES (explícitas no artigo)

AUTOR RESPONSÁVEL PELA CORRESPONDÊNCIA (endereço completo)

Em todos os artigos usem os termos das seções **INTRODUÇÃO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, REFERÊNCIAS**. Os **AGRADECIMENTOS** e **FINANCIAMENTO** deverão constar antes das **REFERÊNCIAS**, se constarem no artigo.

Os requisitos mínimos para um manuscrito se qualificar para revisão são de que foi preparado seguindo rigorosamente as **NORMAS** de formatação, estrutura e estilo da Revista, em formato **WORD.doc**, escrito em um bom português e a coleta de dados não ter ocorrido há mais de 3 anos. Os manuscritos que não tenham cumprido estes requisitos são **RECUSADOS** e **ARQUIVADOS**.

Os seguintes documentos devem ser anexados na Reuol:

1. Artigos em uma das categorias **ORIGINAL, RELATO DE CASO CLÍNICO, RELATO DE EXPERIÊNCIA/ESTUDO DE CASO, NOTA PRÉVIA** - que envolvam **SERES HUMANOS**, anexar os documentos (a), exceto dados de domínio público, e (b); o de **REVISÃO SISTEMÁTICA (Metanálise)**, apenas o (b) e (c):

a) **CÓPIA DA APROVAÇÃO** do Projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos ().

b) **FORMULÁRIO** de declaração (download em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship_responsibility.doc)

c) **Checklist e fluxograma PRISMA:** envio obrigatório para as revisões sistemáticas e metanálises. Fazer o download dos dois documentos nos links disponíveis - PRISMA em MS Word ([checklist](#) e [fluxograma](#)); utilizá-los na preparação do artigo, preenchê-los; enviá-los durante a submissão.

◆ **LAYOUT DA PÁGINA:**

1) **PAPEL OFÍCIO** (21,59 x 35,56 cm)

2) **MARGENS DA PÁGINA:** de 2,0 cm em cada um dos lados

◆ **LETRA:** Trebuchet MS de 12-pontos

◆ **NÃO USAR:** rodapé, notas, espaçamento entre parágrafos, não separar nem numerar as seções e subseções do artigo

◆ **ESPAÇAMENTO DUPLO ENTRE LINHAS** em todo o ARTIGO

◆ **IDIOMAS:** Português e/ou Inglês e/ou Espanhol. Em se tratando de tradução* o artigo o ORIGINAL deve ser encaminhado também como documento suplementar ou em arquivo único (ORIGINAL + TRADUÇÃO). *Com o parecer de APROVADO, a LISTA com os nomes dos REVISORES/TRADUTORES é enviada após finalizado o processo de avaliação por pares.

◆ **TEXTO:** sequencial e justificado sem separar as seções (página inicial e as que se seguem).

◆ **NÚMERO DE PÁGINAS:**

1) **30 PÁGINAS** (excluindo-se página inicial, agradecimentos e referências);

2) **PÁGINAS NUMERADAS** no ângulo superior direito a partir da primeira página;

3) **MARGENS LATERAIS DO TEXTO:** 0,5 cm.

♦ **TÍTULO:** somente no idioma do artigo, com 12 ou menos palavras; **NÃO EMPREGAR: siglas e elementos institucional, do universo geográfico, de dimensão regional, nacional ou internacional.** Apresentar apenas os elementos do OBJETO DE ESTUDO ou dos DESCRITORES DeCS: <http://decs.bvs.br>

♦ **AUTORES:** 1-8 no máximo, explícitos no artigo.

Nome completo de cada um, separados por vírgulas, numerados sobrescritos. *Ex: Ednaldo Cavalcante de Araújo¹, Maria Prado²

♦ **RESUMO:** somente no idioma original, NÃO MAIS que 200 palavras. Deve-se iniciar e sequenciar o texto com letra minúscula após os seguintes termos: **Objetivo: Método: Resultados: Conclusão: **Descritores/Descriptors/Descriptors** (apresentar 6 (seis) com as iniciais em letra maiúscula (exceto os termos conectivos), separados por ponto e vírgula (;): *Devem ser extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](http://decs.bvs.br)" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), e/ou do *Medical Subject Headings (MESH)*: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>.

***MÉTODO** — qualitativo, quantitativo ou misto, tipo de estudo, população/amostra, instrumento de coleta/análise dos dados.

***MÉTODO** — **Revisão Sistemática de Literatura:** elaboração da pergunta de pesquisa; busca na literatura; seleção dos artigos; extração dos dados; avaliação da qualidade metodológica; síntese dos dados (metanálise); avaliação da qualidade das evidências; e aprimoramento, redação e publicação dos resultados.

* **MÉTODO** — **Revisão Integrativa de Literatura:** tipo de estudo; delimitação temporal; fonte de busca (bases de dados, bancos de dados, repositórios, coleções de bibliotecas virtuais); os procedimentos adotados para a análise crítica dos estudos; apresentação da revisão.

DESCREVER AS CREDENCIAIS DOS AUTORES

1) Formação, maior titulação, principal instituição a que pertence, cidade, estado (sigla), país e E-mail.

*Ex: ¹Enfermeiro, Professor Doutor, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/PPGENF/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: reuol.ufpe@gmail.com

*Autor responsável para troca de correspondência: nome completo, endereço completo (Rua; Av.; Bairro; Cidade; CEP, Estado (sigla); País

♦ **TEXTO:** manuscritos nas seções **Original, Relato de experiência/Estudo de caso, Estudo de caso clínico, Análise reflexiva, Informativo, Nota prévia, Revisões de literatura sistemática* e integrativa*** devem apresentar: INTRODUÇÃO, OBJETIVO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, AGRADECIMENTOS (opcional); FINANCIAMENTO (se tiver), REFERÊNCIAS (Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

*A categoria ABSTRACT terá estrutura igual ao texto extraído do estudo original, porém as **REFERÊNCIAS** são obrigatórias.

***Método** — qualitativo, quantitativo ou misto; tipo de estudo; população; amostra; critérios de inclusão/exclusão da amostra; o instrumento de coleta de dados; os procedimentos para a coleta e análise dos dados; citação da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa e número do **CAAE** – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

***Método** — **Revisão Sistemática de Literatura** — elaboração da pergunta de pesquisa; busca na literatura; seleção dos artigos; extração dos dados; avaliação da qualidade metodológica; síntese dos dados (metanálise); avaliação da qualidade das evidências; e aprimoramento, redação e publicação dos resultados.

***Método** — **Revisão Integrativa de Literatura** — elaboração da pergunta de pesquisa, delimitação temporal, instrumento de coleta de dados, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (instrumento usado), avaliação dos estudos incluídos na revisão (instrumento usado para avaliar o RIGOR METODOLÓGICO e VIÉS DOS ESTUDOS), classificação dos níveis de evidências dos artigos a serem analisados (CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE EVIDÊNCIA), processo de análise dos estudos/interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

♦ **TABELAS** (conjunto **TABELAS** + **FIGURAS** = 05): devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, elaboradas em cores (use as várias tonalidades de tabelas em cores verde oferecidas automaticamente pelo Office), inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 12 com a primeira letra em maiúscula. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

♦ **ILUSTRAÇÕES** (conjunto **FIGURAS** + **TABELAS** = 05): fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados **FIGURAS**, que devem ser elaboradas em cores (use as várias tonalidades do verde). O título deve ser grafado com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior. A numeração é consecutiva, com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser elaboradas nos Programas Word ou Excel permitindo acesso ao conteúdo e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc. Os dados devem estar explícitos (n e %). Enviar as planilhas do Excel quanto da submissão do artigo.

♦ **CITAÇÕES**: as citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas, sem a identificação do autor e ano, sem uso dos parênteses e colocado após o ponto final, quando convier (vide exemplo)*. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios, por vírgula.

*Ex: (1). deixá-lo sem o parêntese, sobrescrito e colocado após o ponto final. ¹

Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 1 cm, letra tamanho 12 e espaçamento 2,0 entre linhas (sem aspas e em itálico), seguindo a indicação de autor e data.

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses.

♦ **REFERÊNCIAS**: de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas — Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

♦ **NÚMERO DE REFERÊNCIAS:** 30 (trinta, no máximo, exceto para Revisões Integrativa e Sistemática/Metanálise), sendo 60% de produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 30% nos últimos 3 anos, 10% sem limite temporal.

NÃO USAR o *EndNote*, o software de geração automática de citações e referências bibliográficas.

- Citar 3 (três) referências estrangeiras.
- Não citar teses, dissertações, TCC. Livros e capítulos só devem ser citados os que fundamentam o método de pesquisa (exceto para Revisões Integrativa e Sistemática/Metanálise).
- Para os artigos disponibilizados em Português e Inglês, citar a versão em Inglês)
- Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.
- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.
- Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.
- Referenciar o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.
- Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros seguidos da expressão latina “et al”.
- Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos consultar: <http://www.revisoeserevisoes.pro.br/gramatica/abreviaturas-dos-meses/> (não considerar o ponto, conforme o Estilo Vancouver recomenda: Jan Feb Mar Apr May June July Aug Sept Oct Nov Dec

EXEMPLOS:

1. Santos Junior BJ dos, Silveira CLS, Araújo EC de. Work conditions and ergonomic factors of health risks to the Nursing team of the mobile emergency care/SAMU in Recife City. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Apr [cited 2010 Oct 12];4(1):145-52. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/746>
2. Rozenfeld M, Santos Junior BJ dos, Silveira CLS, Araújo EC de, Loyola Filho AI, Uchoa E, et al. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad saúde pública [Internet]. 2003 [cited 2012 May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>
3. Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); c1999 [updated 2001 Nov 20; cited 2002 Aug 12]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/archive//20061212/mesh/jablonski/syndrome_title.html