



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

JULIANA DE OLIVEIRA PIMENTEL

**AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS INSERIDOS EM UM
PROGRAMA DE AUTOMONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR NO
DOMICÍLIO**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

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

JULIANA DE OLIVEIRA PIMENTEL

**AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS INSERIDOS EM UM
PROGRAMA DE AUTOMONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR NO
DOMICÍLIO**

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

Orientador: Valesca Patriota de Souza

Coorientador: Augusto Cesar Barreto Neto

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

JULIANA DE OLIVEIRA PIMENTEL

AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS INSERIDOS EM UM
PROGRAMA DE AUTOMONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR NO DOMICÍLIO

TCC apresentado ao Curso de
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^a. Dra. Paula Carolina Valença
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Viviane Rolim de Holanda
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. MSc. Isabella Joyce Silva de Almeida
Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Objetivo: Avaliar as atividades de autocuidado de usuários com diabetes mellitus inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Material e método:** Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no domicílio de usuários com diabetes mellitus que realizam a automonitorização da glicemia capilar, totalizando uma amostra de 279 usuários. Na avaliação das atividades de autocuidado utilizou-se o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) – Brasil, e para coleta dos dados sociodemográficos foi aplicado um roteiro sistematizado. A análise de dados das variáveis foi por meio do Statistical Package for Social Scicenses (SPSS – Versão 13.0). **Resultados:** Identificaram-se 61,6% dos usuários do sexo feminino, com idade média de 58 anos (DP = 12,29) e 65,9% referiram 9 anos ou menos de estudo. Entre os usuários com diabetes mellitus inseridos no Programa de automonitorização da glicemia capilar que fizeram parte da amostra, 74,2% eram acompanhados pela Unidade Básica de Saúde, no entanto relataram a ausência de um programa específico para o acompanhamento das atividades de autocuidado. Em relação as variáveis específicas do autocuidado, os dados revelaram que as dimensões alimentação específica, atividade física e monitorização glicêmica demonstram comportamento de autocuidado não desejável, enquanto adesão medicamentosa apresentou o melhor comportamento de autocuidado desejável ($p < 0,05$). **Conclusão:** Portanto, fazem-se necessário que o acompanhamento desses usuários com diabetes mellitus que realizam a automonitorização glicêmica no domicílio seja acrescido de práticas educativas contínuas e estratégias inovadoras que estimulem a participação efetiva desses usuários nas atividades de autocuidado.

Descritores: Diabetes mellitus; Autocuidado; Automonitorização da glicemia.

SUMÁRIO

ARTIGO	6
INTRODUÇÃO	6
MATERIAIS E MÉTODOS	18
CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	31
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	36

ARTIGO

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

Introdução

O diabetes mellitus (DM) é um problema de saúde pública de grande magnitude, em função da maior prevalência e morbimortalidade, cujo acometimento populacional independe da condição socioeconômica, idade e localização geográfica¹⁻². Comportamentos e fatores como: mau hábito alimentar, inatividade física, obesidade, tabagismo, envelhecimento populacional e a progressiva urbanização tem contribuído na expansão da doença e aumento da mortalidade, além de gerar altos custos no controle e tratamento de suas complicações³.

O DM é um distúrbio metabólico de múltiplas etiologias, ocasionado por defeitos na ação e/ou secreção de insulina que determina um quadro crônico de hiperglicemia⁴. Conforme sua etiologia o DM é classificado em vários tipos específicos, sendo o tipo 2 o mais comum, representando de 90% a 95% dos casos, atingindo, geralmente, indivíduos com idade avançada, obesos e sedentários⁵.

O Brasil, país em progressivo desenvolvimento, com a quinta maior população do mundo, ocupa a quarta posição entre os países com maior número de diabéticos, cerca de 11,9 milhões em 2014, dentro da faixa etária de 20 a 79 anos, podendo alcançar 19,2 milhões até 2035³⁻⁴. A crescente proporção da DM associada ao longo prazo de duração da doença, sem um controle glicêmico adequado, apresenta entre as principais complicações, a retinopatia diabética, doença vascular periférica, nefropatia e as cardiopatias⁶. Tais complicações reduz a

qualidade de vida, limitam o desempenho social e profissional do indivíduo acometido, além de gerar altos encargos para o serviço público de saúde⁷.

No cenário mundial o principal obstáculo na prevenção das complicações agudas e crônicas é a dificuldade de adesão ao tratamento, em especial, nos países em desenvolvimento, onde a adesão pode ser menor que 50%⁷⁻⁸. O tratamento para o DM está fundamentado na terapia nutricional, atividade física regular, esquemas terapêuticos farmacológicos, automonitoramento glicêmico e educação em saúde². Diante desse contexto, onde o indivíduo acometido é responsável por mais de 95% da terapêutica estabelecida, é fundamental reconhecer o papel central do indivíduo no gerenciamento de sua doença e na prática das atividades de autocuidado⁹⁻¹⁰.

O autocuidado refere-se ao comportamento aprendido e desenvolvido pelo próprio indivíduo, em função da manutenção da vida, saúde e bem-estar¹¹. Segundo Orem, o ser humano é um ser funcional, com potencial para desenvolver habilidades intelectuais e práticas, integrado com o todo e motivado a atingir o autocuidado¹¹. Logo, as atividades de autocuidado, assim como as intervenções de enfermagem devem está associadas à educação para promoção da autonomia do indivíduo e concomitantemente melhor adesão ao tratamento¹².

A Automonitorização da Glicemia Capilar (AMGC) é parte integrante do conjunto de intervenções do DM e ferramenta essencial para o direcionamento de ações, que permitem ao indivíduo avaliar o seguimento individual das metas estabelecidas no tratamento¹³. Conforme a Lei Federal Brasileira nº 11.347, de 2006, todos os indivíduos com diabetes, cadastrados no Sistema Único de Saúde, têm direito a distribuição gratuita de materiais destinados a automonitorização da glicemia capilar¹⁴. No entanto, para consumação dessa política pública,

os usuários devem estar cadastrados no Programa de AMGC no domicílio, que tem como finalidade a automonitorização domiciliar, considerando a adesão às orientações sobre a terapêutica instituída^{4,15}.

Para que o programa de AMGC no domicílio seja eficaz e proporcione resultados favoráveis o usuário participante desse projeto deve associar seu tratamento à educação continuada, para aquisição de conhecimentos e habilidades básicas para realização das atividades de autocuidado, especialmente, para a prática da automonitorização glicêmica¹⁶⁻¹⁷. A integração da educação continuada com o procedimento da AMGC proporciona otimizar a terapêutica estabelecida e combater a inércia clínica, por meio de estímulos as ações de autocuidado, considerando a viabilidade e a autonomia de cada usuário. Dessa forma, esta estratégia passa a ser considerada efetiva a partir do momento que resulta em mudanças e/ou aquisições de comportamentos⁴.

Considerando a complexidade do DM e a importância das atividades de autocuidado para o controle glicêmico efetivo dos usuários que estão inserido no programa AMGC no domicílio, estudos dessa natureza podem fornecer subsídios importantes para direcionar atividades de cuidados e planejar ações de saúde determinantes no controle da doença e redução dos agravos. Nessa direção, o presente estudo teve como objetivo avaliar as atividades de autocuidado de usuários com DM inseridos em um programa de AMGC no domicílio.

Método

Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no domicílio de usuários com diabetes mellitus que realizam a automonitorização da glicemia capilar

cadastrados no período de 2011 a 2016 na Secretária Municipal de Saúde no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

A amostra do estudo foi obtida pelo sorteio aleatório dos participantes do estudo. Para isto, foi realizado previamente um cálculo amostral, considerando como variável de desfecho o autocuidado dos usuários com diabetes mellitus que realizam a automonitorização da glicemia capilar no domicílio, constituindo uma amostra inicial de 297 usuários. A amostragem teve como critérios de seleção dos participantes: usuários com diabetes mellitus tipo 1 e 2, cadastrados no programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio, com idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de exclusão foram usuários cadastrados com dados insuficientes para localização ou com déficit cognitivo inviabilizando o preenchimento do questionário. Destaca-se que 6 usuários foram excluídos por estarem localizados em endereços desatualizados, 8 usuários haviam falecidos e 4 usuários se recusaram a participar da pesquisa. Portanto, participaram do estudo 279 usuários, considerando intervalo de confiança de 95% e o erro amostral de 5%.

A coleta de dados ocorreu em Setembro de 2017, mediante a entrevista individualizada, conduzida por uma equipe previamente treinada onde foi estabelecido um procedimento operacional padrão para coleta de dados no domicílio do usuário, no intuito de uniformizar a arrecadação desses dados, o tempo estimado de cada entrevista foi entre 10 a 15 minutos.

Inicialmente foi aplicado um roteiro sistematizado para obter as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, ocupação e clínicas: diagnóstico, tempo de doença, consulta médica, tipo de tratamento, medicação e instituição de medicamento. Esse instrumento contém 12 questões fechadas e semi-abertas. Para coleta de dados referente ao autocuidado foi utilizado o Questionário de Atividades de Autocuidado

com o Diabetes, versão traduzida, adaptada e validada para a cultura brasileira a partir do The Summary of Diabetes Self Care Activities Measure (SDSCA). O questionário de atividades de autocuidado com diabetes (QAD) foi construído para avaliar de maneira sistematizada a aderência às atividades de autocuidado no paciente diabético. O QAD investiga as atividades realizadas pelos usuários com diabetes mellitus e sua concordância com a prescrição médica ou profissional de saúde¹⁸.

A versão brasileira possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado para com o diabetes, incluindo-se alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés, uso do medicamento e três itens para a avaliação do tabagismo, totalizando-se 17 itens¹⁸.

A análise da aderência aos itens do questionário são parametrizados em dias da semana, de zero a sete, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. Na dimensão alimentação específica, quando se questiona sobre o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, os valores são invertidos, conforme preconizado no instrumento original¹⁸. A avaliação do tabagismo é codificada, considerando-se a proporção de fumantes, a média de cigarros consumidos e a última vez que fumou. Um valor médio de aderência é gerado para cada item do autocuidado realizado durante a semana anterior, obtendo-se a aderência a determinado cuidado¹⁸.

Após a coleta dos dados, foi construído um banco de dados em planilha do programa Excel for Windows-2010 e analisados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS – versão 13.0). Considerando que a escala é do tipo Likert de sete pontos, tendo em vista a amplitude de respostas, considerou-se média superior a 4 para comportamento de autocuidado desejável. Essa escolha foi adotada também para os itens

cujos valores são invertidos e está relacionado ao número de dias da semana em que a atividades de autocuidado foi desempenhada. As variáveis contínuas estão tabeladas em valores de média e desvio-padrão; as variáveis numéricas estão representadas pela medida de tendência central e medida de dispersão. Os resultados estão apresentados em forma de tabelas com suas respectivas frequências absoluta e relativa. Todas as conclusões foram tiradas considerando um nível de significância de 95%.

Conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados e o projeto com número do CAAE: 71260517.5.0000.5208 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)¹⁹.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis demográficas e socioeconômicas dos usuários que participaram do estudo. Dos 279 participantes avaliados, houve um predomínio do sexo feminino com (61,6%) na faixa etária de 18 a 91 anos, com média de 58 anos (DP = 12,29) e 65,7% referiram 9 anos ou menos de estudo.

Destacam-se também as maiores frequências para as categorias: casado (a) (51,2%), aposentado (a) (51,3%) e para a condição financeira da família de até 2 salários mínimos (92,1%).

Tabela 1 – Características da população estudada conforme variáveis demográficas e socioeconômicas. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2017. (n=279)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	172	61,6

Masculino	107	38,4
Escolaridade		
Analfabeto	29	10,4
Ensino Fundamental incompleto	144	51,6
Ensino Fundamental completo	24	8,6
Ensino Médio incompleto	13	4,7
Ensino Médio completo	37	13,3
Ensino Superior incompleto	5	1,8
Ensino Superior Completo	11	3,9
Alfabetizado sem ter frequentado à escola	16	5,7
Estado civil		
Solteiro (a)	37	13,3
Casado (a)	143	51,2
Mora com companheiro (a)	15	5,4
Separado (a)	28	10,0
Viúvo (a)	56	20,1
Renda Familiar		
Até 2 salários mínimos	257	92,1
3 a 6 salários mínimos	19	6,8
Mais de 7 salários mínimos	3	1,1
Ocupação		
Desempregado	39	14,0
Do lar	60	21,5
Estudante	2	0,7

Aposentado	143	51,3
Trabalhador assalariado	15	5,4
Produtor rural	5	1,8
Profissional Liberal Autônomo	11	3,9
Funcionário Público	4	1,4
	Média ± DP	Mínimo – Máximo
Idade (anos completos)	58,4 ± 12,3	18,0 – 91,0

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: DP – Desvio padrão

A Tabela 2 demonstra as características dos usuários quanto as variáveis clínicas. No que se refere ao tempo médio de diagnóstico do DM nos usuários que realizam a AMGC, foi acima dos 10 anos, com tempo máximo de 50 anos. Em relação à classificação de diabetes, a maioria (55,2%) não sabia informar o tipo da doença, no entanto para os que sabiam houve um predomínio para o Diabetes mellitus tipo 2.

Quanto ao tratamento medicamento, o uso de antidiabéticos orais e insulina, correspondem a 72% e 68,1%, respectivamente. Referente ao tratamento não-medicamentoso, a menor frequência (33%) foi associada a prática de atividade física e no que se refere ao acompanhamento dos usuários que realizam a AMGC, a maioria (74,2%) era acompanhada pela Unidade Básica de Saúde, com tempo médio da última consulta médica de 5,72 (DP = 9,25) meses. No entanto, os usuários inseridos no programa de AMGC que fizeram parte da amostra relataram a inexistência de um programa de educação em saúde voltado para o acompanhamento específico das atividades de autocuidado.

Tabela 2 – Características da população estudada conforme variáveis clínicas e relacionadas. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2017. (n=279)

Variáveis	N	%
Tipo de Diabetes		
Tipo 1	27	9,7
Tipo 2	98	35,1
Não sabe informar	154	55,2
Tratamento atual*		
Antidiabético Oral**	201	72,0
Insulina**	190	68,1
Dieta**	179	64,2
Exercício Físico**	92	33,0
Medicação*		
Farmácia Particular**	93	33,3
Farmácia do Convênio**	5	1,8
Farmácia Popular**	136	48,7
UBS / SUS**	159	57,0
Instituição de saúde para acompanhamento*		
Unidade Básica de Saúde**	207	74,2
Unidade Básica Distrital de Saúde**	4	1,4
Ambulatório**	2	0,7
Conveniada**	2	0,7
Consultório particular**	27	9,7
Estratégia de Saúde da Família**	2	0,7
	Média ± DP	Mínimo – Máximo

Tempo da doença	12,1 ± 9,3	1,0 – 50,0
Última consulta médica (meses)	5,7 ± 9,3	1,0 – 60,0

Fonte: Dados da pesquisa

*Usuário pode escolher mais de uma alternativa

**Em cada item o n=279

Legenda: DP – Desvio padrão

A Tabela 3 demonstra a avaliação dos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD)¹⁸. Ao considerar a extensão das respostas, por se tratar de uma Escala Likert de 7 pontos, os valores de 0 a 4 indicam comportamento de autocuidado não desejáveis e de 5 a 7, desejáveis, com exceção para os itens com valores reversos²⁰.

Na dimensão Alimentação Geral, os usuários com Diabetes Mellitus inserido no programa de AMGC que participaram da pesquisa apresentaram comportamento de autocuidado desejável em “seguir uma dieta saudável”. Já em relação às recomendações dos profissionais de saúde quanto a “seguir a orientação alimentar” a média de dias por semana diminuiu, de forma que o comportamento foi considerado não desejável.

Em relação à Alimentação Específica, houve uma semelhança para as médias dos itens “ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais” e “ingerir carne vermelha e/ou derivados do leite integral” indicando comportamentos de autocuidado não desejáveis. Quando questionados sobre o consumo de doces evidenciou-se que a grande maioria (94,6%) apresentou comportamento de autocuidado desejável.

Na dimensão Atividade Física, não houve diferença significativa entre os dois itens avaliados e as médias indicaram um déficit na realização desse comportamento de autocuidado, durante os últimos sete dias. Esta realidade também foi observada para dimensão Monitorização da Glicemia, onde as médias dos itens avaliados corresponderem a 1,9 (DP =

2,3) e 1,6 (DP = 2,3) dias por semana, respectivamente. Com as médias abaixo de 4, as duas dimensões evidenciaram comportamento de autocuidado não desejável.

Para as dimensões Cuidado com os pés e Medicação, todos os itens avaliados apresentaram uma média de escore superior a 4, atribuindo a essas dimensões a denominação para comportamentos de autocuidado desejáveis. No entanto, cabe ressaltar que alguns usuários inseridos no programa de AMGC no domicílio, que fizeram parte da amostra do estudo relataram com relação ao esquema terapêutico que pararam o uso de insulina por conta própria, seguindo apenas com os antidiabéticos orais.

Tabela 3 – Atividades de autocuidado de usuários com DM inseridos em um programa de AMGC no domicílio, avaliados pelo QAD. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2017. (n=279)

QAD	Frequência (dias da semana)		Média ± DP
	0 a 4	5 a 7	
	n (%)	n (%)	
Alimentação Geral			
1. Seguir uma dieta saudável (D)	86 (30,8)	193 (69,2)	5,0 ± 2,8
2. Seguir a orientação alimentar (D)	173 (62,0)	106 (38,0)	2,8 ± 3,3
Alimentação Específica			
3. Ingerir cinco ou mais porções de frutas/e ou vegetais (ND)*****	136 (48,7)	143 (51,3)	3,9 ± 3,1
4. Ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral (ND)****	166 (59,5)	113 (40,5)	3,5 ± 2,5
5. Ingerir doces (ND)*****	15 (5,4)	264 (94,6)	6,4 ± 1,2
Atividade Física			
6. Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos	214 (76,7)	65 (23,3)	2,1 ± 2,6

(D)

7. Realizar exercício físico específico (D)	246 (88,2)	33 (11,8)	1,1 ± 2,1
---	------------	-----------	-----------

Monitorização da glicemia

8. Avaliar o açúcar no sangue (D)	238 (85,3)	41 (14,7)	1,9 ± 2,3
-----------------------------------	------------	-----------	-----------

9. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado (D)	243 (87,1)	36 (12,9)	1,6 ± 2,3
---	------------	-----------	-----------

Cuidado com os pés

10. Examinar os pés (D)	90 (32,3)	189 (67,7)	4,8 ± 3,2
-------------------------	-----------	------------	-----------

11. Examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los (D)	92 (33,0)	187 (67,0)	4,8 ± 3,2
--	-----------	------------	-----------

12. Secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés (D)	74 (26,5)	205 (73,5)	5,2 ± 3,0
---	-----------	------------	-----------

Medicação

13. Tomar os medicamentos conforme recomendado (D)*	15 (5,5)	258 (94,5)	6,6 ± 1,2
---	----------	------------	-----------

14. Tomar injeções de insulina conforme recomendado (D)**	15 (7,9)	175 (92,1)	6,5 ± 1,4
---	----------	------------	-----------

15. Tomar o número indicado de comprimidos de diabetes (D)***	10 (5,0)	191 (95,0)	6,6 ± 1,3
---	----------	------------	-----------

Fonte: Dados da pesquisa

*6 usuários não faziam nenhum tratamento medicamentoso **83 não faziam uso de insulina

72 não faziam uso de antidiabéticos orais *Escore reverso

Legenda: DP – Desvio padrão; D - desejável; ND - não desejável

A Tabela 4 apresenta a avaliação dos itens do QAD relacionados ao tabagismo. Com relação aos hábitos tabágicos dos usuários inseridos no programa de AMGC que fizeram parte da amostra do estudo, a grande maioria (91%) dos usuários afirmaram não ter fumado nos últimos sete dias, no entanto, aproximadamente metade da amostra estudada (50,1%) nunca haviam fumado e 38% foram considerados ex-tabagistas.

Tabela 4 – Hábitos tabágicos da amostra estudada, conforme itens do QAD. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2017. (n=279)

Variáveis	n	%
Fumou nos últimos sete dias		
Sim	25	9,0
Não	254	91,0
Quando fumou o último cigarro		
Nunca fumou	140	50,1
Há mais de dois anos atrás	106	38,0
Um a dois anos atrás	1	0,4
Quatro a doze meses atrás	3	1,1
Um a três meses atrás	1	0,4
No último mês	7	2,5
Hoje	21	7,5

Fonte: Dados da pesquisa

Discussão

A AMGC é um procedimento essencial no controle metabólico para minimizar as complicações consideradas preveníveis, dessa forma para que isso ocorra é necessário a integração de um programa de educação em saúde de forma contínua, direcionado para os cuidados específicos dos usuários que realizam a AMGC no domicílio, possibilitando uma assistência estruturada e integral para o desenvolvimento efetivo das atividades de autocuidado^{13,16}. É perceptível que a ausência de uma intervenção educativa associada ao programa de AMGC interfere na adesão aos comportamentos de autocuidado e principalmente no uso adequado dos insumos que são disponibilizados para verificação dos valores glicêmicos.

De acordo com os resultados do estudo, a maior frequência do DM foi associada ao sexo feminino, corroborando com os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, que referiu o maior número de diagnósticos de DM para as mulheres²¹. A elevada prevalência do gênero feminino pode estar associada à maior procura pelos serviços de saúde por parte das mulheres, o que amplia as chances de diagnóstico precoce dessa população, enquanto os homens por fatores psicossociais e culturais restringem a busca pela assistência médica²².

Expressar a hegemonia feminina para a população com DM, demanda citar o avanço da maior idade, posto em evidência^{5,8,16} que essas duas características associadas ao DM evoluem concomitantemente na população diabética. O processo de transição demográfica evidencia o envelhecimento da população brasileira, com estimativas para alcançar 23,4% da população total do país em 2040²³. A prevalência da maior idade torna essa população mais vulnerável ao desenvolvimento das doenças crônicas, entre elas o Diabetes mellitus²⁴. Fatores como idade, experiência de vida e orientação sociocultural, podem intervir na adesão do usuário ao autocuidado²⁵. Assim, diante das características sociodemográficas da população estudada, torna-se necessário que o planejamento da assistência para os usuários que estão inseridos no programa AMGC seja estruturada considerando o acréscimo da expectativa de vida dessa população, de forma que as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento não interfiram no engajamento desses usuários que realizam a AMGC no domicílio nas atividades de autocuidado.

De acordo com a literatura²⁶⁻²⁷, para os usuários diagnosticados com DM, ter um cônjuge favorece a tomada de decisões e adaptação para às atividades de vida diária, que acrescentam no melhor controle metabólico e conseqüentemente prevenção das complicações crônicas da doença. Os resultados desse estudo revelam que a vida familiar dos usuários que realizam a AMGC pode influenciar positivamente na adesão ao autocuidado, dessa forma

convém que assistência prestada a essa população compreenda a importância da família no processo saúde-doença e estimule sua participação como componente de motivação no seguimento efetivo da terapêutica instituída aos usuários inseridos no programa de AMGC.

O menor nível educacional é uma condição determinante para o seguimento das atividades de autocuidado, pois podem dificultar a percepção dos usuários com DM sobre a terapêutica instituída para o controle da doença²⁴. Usuários com menos anos de estudo podem apresentar dificuldades para o acesso individual aos cuidados de saúde, assim como o uso adequado dos recursos que são disponibilizados pelos serviços públicos de saúde^{23,28-29}. A precariedade na formação escolar dos usuários que fizeram parte da amostra desse estudo e realizam a AMGC, pode justificar a baixa adesão desses usuários ao tratamento, no entanto essa característica sociodemográfica é um fator modulável, que pode ser incrementado por meio dos programas de educação em saúde, o que reflete a importância do suporte ao conhecimento para essa população.

Segundo Faria et al.³⁰, os usuários com DM tipo 2, que têm maior tempo de diagnóstico podem apresentar maior conhecimento sobre a doença, assim como melhor compreensão e manejo do esquema terapêutico, resultando na maior adesão ao tratamento. Teston et al.¹⁰, acrescenta ainda que usuários com tempo de diagnóstico de DM ≥ 10 anos, reconhecem o seu papel no controle da doença, mas não conseguem ter um comportamento pró-ativo e os que tem comportamento ativo para as práticas de autocuidado não são perseverantes ao longo do tempo e desistem por não verem resultados a curto prazo. Possivelmente, usuários inseridos no programa de AMGC que apresentam mais tempo de doença e baixa adesão ao tratamento podem ter passado por tentativas frustrantes de adaptação com as mudanças de vida diária e se sintam desmotivados pela ausência de resultados imediatos, ficando elucidada a importância

de um acompanhamento específico com profissionais de saúde que reconheçam as pequenas mudanças e estimulem esses usuários no alcance de resultados positivos.

Conforme o estudo de Dias et al.³¹, existe uma lacuna no conhecimento dos usuários com DM que dispõem de esquemas terapêuticos fundamentados na prática da AMGC a respeito de informações básicas sobre a doença, onde os usuários desconhecem qual o seu próprio tipo de diabetes e essa consequência pode estar associada a falta de informações ou palestras sobre DM, assim como a indisponibilidade de matérias informativos sobre diabetes e a implementação de um programa de educação específico para o DM. A conquista de conhecimentos significa ações transformadoras dessa realidade³².

A Sistematização e dificuldades de acesso aos serviços de saúde na UBS comprometem a adesão do usuário ao tratamento, por não priorizar o acompanhamento frequente desse usuário com DM que realiza as atividades de autocuidado e por restringir a assistência a dispensação de medicamentos e consultas não programadas¹⁰. Acrescenta-se ainda, que as ações direcionadas para essa população devem ir além do modelo tradicional de transmissão de informações, para garantindo a efetividade das intervenções¹⁰. É compreensível que a falta de estruturação na atenção básica desestime a busca dos usuários que realizam a AMGC, e esse fato é evidenciado no estudo através do tempo que é intercalado entre as consultas de rotina.

Os resultados do estudo reforçam a importância da introdução de um programa de educação em saúde, específico para o acompanhamento desses usuários inseridos no programa de AMGC no domicílio. Sendo visto que a educação em saúde é necessária para que estes usuários que realizam AMGC possam dar continuidade para o autocuidado, uma vez que eles param o tratamento por conta própria, porque não entendem a importância das

práticas de autocuidado, não se sentem apoiados pelos serviços de saúde ou desconhecem técnicas que minimizam o desconforto da terapêutica instituída, como por exemplo, da aplicação de insulina.

Além dos dados mencionados de caracterização sociodemográfica e clínica, que reforçam a prática do autocuidado, a Teoria do Autocuidado de Orem, considera o indivíduo um ser capacitado a atingir o autocuidado, provido de habilidades intelectuais e práticas. Essa teoria refere autocuidado como ações desenvolvidas pelo próprio indivíduo em função da vida, da saúde e do bem-estar. A prática dessas atividades quando exercida de forma eficiente contribui para o desenvolvimento humano. Por outro lado, fatores condicionantes básicos, tais como idade, sexo, diagnóstico e tratamento, padrão de vida, educação, cultura, gênero, adequação e disponibilidade de recursos, dificultam o empoderamento dos usuários com DM inseridos no programa de AMGC para se autocuidar³³.

Dessa perspectiva destaca-se a importância de fortalecer as recomendações de autocuidado que são preconizadas pela literatura^{4,8,10,25,34}, por meio da educação direcionada para os cuidados com a doença, considerando o contexto de vida de cada usuário e as expectativas relacionadas ao manejo da doença. O planejamento do cuidado fundamentado em estratégias educativas fortalece a responsabilidade do indivíduo com sua própria saúde e o torna um participante ativo capaz de modular os estados biológicos através do comportamento humano.

Vieria et al.³⁵, concluiu que os usuários antes de serem diagnosticados com DM já tem hábitos de vida bastante consolidados o que dificulta a adoção de novos hábitos alimentares, especialmente por estarem ligados a fatores culturais e sociais do usuário. Além disso, estudos^{10,34,35,36} evidenciaram que quando os profissionais de saúde não consideram as

condições financeiras dos usuários ou estabelecem um regime alimentar muito difícil de ser seguido gera um empecilho para adoção de hábitos saudáveis. Um acompanhamento continuado favorece conhecer a realidade de vida do usuário que realiza a AMGC no domicílio e estabelece a formação de um vínculo, que permite tornar as orientações alimentares menos restritivas e estimula os cumprimentos das metas a serem atingidas.

Uma melhor condição socioeconômica, assim como o maior nível de escolaridade contribui para maior restrição de alimentos ricos em gorduras e favorece a o acesso a alimentos saudáveis e de boa qualidade³⁴. Recomendações referente às alimentações específicas para usuário com DM inseridos em um programa de AMGC são basilares, por apresentarem relação direta com os valores glicêmicos¹⁹. Melhores hábitos alimentares são evidenciados também quando os usuários com DM são abordados por uma equipe interdisciplinar, que auxilia na obtenção de resultados favoráveis ao controle glicêmico³⁵. Nesse contexto, a presença de um nutricionista que acompanhe os usuários inseridos no programa de AMGC é um componente essencial para construção de plano alimentar acessível a esses usuários e adepto a melhores comportamentos de saúde.

Veras et al.¹⁹, demonstrou que os usuários que realizam a AMGC não reconhecem os hábitos de atividade física como recurso terapêutico importante no prosseguimento do autocuidado e essa circunstância ocorre devido a falta de recomendações pelos profissionais de saúde sobre essa modalidade de tratamento. Gomides et al.³⁶, constataram que fatores como: desânimo, desconforto, desconhecimento e restrição médica são indicados pelos usuários como barreira para o desenvolvimento da atividade física.

A automonitorização dos valores glicêmicos é uma medida de autocuidado que deve ser exercida por todos os pacientes com DM, essencialmente, os que fazem uso de insulina e/ou

antidiabéticos orais³⁶. Para garantir a efetividade do procedimento da AMGC realizado pelos usuários inseridos em um programa de AMGC no domicílio devem ser consideradas as dificuldades enfrentadas por esses usuários durante a leitura e interpretação dos resultados da verificação glicêmica, assim como a capacitação dos profissionais de saúde para orientação adequada sobre a utilização dos recursos disponibilizados pelo programa¹⁹. É perceptível que a simples distribuição dos insumos para verificação glicêmica sem orientações apropriadas para direcionar os usuários durante a prática da AMGC desencoraja a prática efetiva dessa atividade. Cabe ressaltar também que o programa de AMGC na qual os usuários que fizeram parte da amostra não estão associados a um programa educativo para o acompanhamento desses usuários, portanto essa realidade possivelmente está atribuída à subutilização ou utilização de maneira inadequada dos recursos que são disponibilizados pelo programa de AMGC no domicílio.

Estudos^{27,34,36} em que foram utilizados o QAD para avaliação do autocuidado com os pés relacionam a alta adesão de comportamentos necessários com os pés a orientações repassadas pelos profissionais de saúde para prevenção de complicações crônicas. Apesar dos altos scores apresentados para as atividades de cuidado com os pés, é necessário que as orientações repassadas a esses usuários que desenvolvem práticas de autocuidado, sejam reforçadas continuamente através de intervenções educativas.

Com relação à adesão medicamentosa, vários estudos^{19,27,34,36} apresentam que os usuários com DM consideram a adesão medicamentosa importante, mantendo a prática adequada do esquema terapêutico estabelecido. Esses dados corroboram com o presente estudo, onde a prática medicamentosa foi considerada pertinente aos usuários que realizam a AMGC no domicílio. No entanto, deve-se atentar para o número de usuários que não fazem o uso adequado de insulina, uma vez que esse resultado pode ser explicado pela falta de

habilidade, desconforto e medo durante a aplicação da insulina, dessa forma o reforço educativo pode se apresentar como meio estratégico para fortalecer o seguimento adequado do esquema terapêutico.

Segundo Gregghi e Pascon³⁷, é baixo o número de pacientes com DM considerados fumantes, no entanto os usuários que mantêm o hábito do tabagismo no seu dia a dia, podem está expostos a desenvolver um dos 20 tumores malignos associados ao tabagismo, incluindo o câncer de ovário e colón. Diante dessas estatísticas, apesar da pouca prevalência de fumantes entre os usuários inseridos no programa de AMGC no domicílio, as medidas e precauções para combate ao fumo entre esses usuários devem ser destacadas durante as orientações para o autocuidado e melhores condições de vida.

Para Corrêia et al.³⁸, a educação em saúde é um componente fundamental para o manejo e controle do DM. Souza et al.³⁴, acrescenta que os usuários com DM que realizam a AMGC podem ter adesão a uma atividade de autocuidado e outras não, ressaltando que essa realidade pode ser invertida através da educação que enfatiza o usuário como protagonista do seu próprio cuidado, contribuindo no melhor controle glicêmico.

Assim, conforme as atividades de autocuidado analisadas, algumas medidas consideradas essenciais para manutenção e controle da doença ficaram a desejar, por apresentar uma média abaixo da esperada se comportando como medidas de autocuidado não desejáveis. Todavia destacar-se que a amostra do estudo foi composta por usuários cadastrados em um Programa de AMGC no domicílio que não tinham o apoio de um grupo educativo para o acompanhamento das atividades de autocuidado que os mesmos desenvolviam, portanto, fica claro a necessidade de estratégias educativas para o

fortalecimento dessa política pública que objetiva a adesão para as práticas de autocuidado e o melhor controle glicêmico.

Como limitação do presente estudo destaca-se que no município em questão não consta um programa de educação que atente para os usuários inseridos no programa de AMGC no domicílio, gerando diferentes interpretações dos resultados por parte dessa população. Por outro lado, acrescenta-se a incipiência de estudos no contexto brasileiro que utilizam instrumento específico, para avaliação do autocuidado de usuários cadastrados em um programa de AMGC no domicílio. Sugere-se, contudo, o desenvolvimento de outros estudos que busquem avaliar o autocuidado em usuários cadastrados no referido Programa.

Conclusões

Os resultados demonstraram que entre as atividades de autocuidado desenvolvidas pelos usuários com DM que realizam AMGC, a alimentação específica, atividade física e monitorização glicêmica apresentaram um comportamento de autocuidado não desejável para os usuários cadastrados no programa de AMGC. Portanto, faz-se necessário que o acompanhamento desses usuários que realizam AMGC seja acrescido de práticas educativas contínuas e estratégias inovadoras que estimulem a participação efetiva desses usuários nas atividades de autocuidado.

Referências

1. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. *Rev Latino-Am Enferm.* 2017; 25:1-8.
2. Teixeira CRS, Zanetti ML, Landim CAP, Becker TAC, Santos ECB, Franco RC, et al. Automonitorização da glicemia capilar no domicílio: revisão integrativa da literatura. *Rev Eletr Enferm.* 2009;11(4):1006-17.
3. Costa AF, Flor LS, Campos MR, Oliveira AF, Costa MFS, Silva RS, et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33(2):1-14.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. São Paulo: *Sociedade Brasileira de Diabetes*; 2016.
5. Carvalho CV, Rocha LP, Carvalho DP, Silva BT, Oliveira SM, Silveira RB. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo II ao tratamento medicamentoso. *Rev Enferm UFPE.* 2017;11(9):3402-9.
6. Lopes IM, Apolinario PP, Lima MHM. Tradução e adaptação do “Perception of Severity of Chronic Illness” à cultura brasileira em adolescentes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(1):1-9.
7. Silva JV, Machado DR, Ribeiro AC, Coelho MCS. Avaliação das capacidades de autocuidado das pessoas portadoras de diabetes mellitus tipo 2 cadastradas em Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enferm Brasil.* 2016; 15(5):238-244.
8. Figueira ALG, Boas LCGV, Coelho ACM, Freitas MCF, Pace AE. Intervenções educativas para o conhecimento da doença, adesão ao tratamento e controle do diabetes mellitus. *Rev Latino-Am Enferm.* 2017; 25(1):1-8.
9. Oliveira PS, Costa MML, Ferreira JDL, Lima CLJ. Autocuidado em Diabetes Mellitus: estudo bibliométrico. *Rev Enfermería Global.* 2017; 16(1):653-669. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.249911>
10. Teston EF, Sales CA, Marcon SS. Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. *Rev Esc Anna Nery.* 2017; 21(2):1-8.
11. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice.* 6 th ed. St. Louis: Mosby, 2001.
12. Moura NS, Guedes MVC, Menezes LCG. Práticas de autocuidado de pessoas com diabetes e pés em risco. *Rev Enferm UFPE on line* [periódico da internet]. 2016 [acesso em 2017 out 23]; 10(6):2043-50. Disponível em: <https://www.researchgate.net>
13. Veras VS, Teixeira CRS, Santos MA, Torquato MTCG, Rodrigues FFL, Zanetti ML. Perfil glicêmico de pessoas com diabetes mellitus em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. *Rev Texto e Contexto Enferm.* 2014; 23(3):609-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002610012>
14. Resolução nº 11.347 do Ministério da Saúde, de 27 de setembro (BR)[internet]. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em

programas de educação para diabéticos. *Diário Oficial da União*. 28 set 2006.

15. Augusto MC, Nitsche MJT, Parada CMGL, Zanetti ML, Carvalhaes MABL. Avaliação do Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014; 22(5):801-9.

16. Ferro D, Veras VS, Rodrigues FFL, Martins TA, Teixeira CRS, Santos MA, et al. Satisfação do paciente em um programa educativo para automonitorização da glicemia capilar no domicílio. *Rev Eletr Enferm*. 2015; 17(1):37-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.25718>.

17. Pimazzoni NA, Rodbard D, Zanella MT, Rapid improvement of glycemic control in type 2 diabetes using weekly intensive multifactorial interventions: structured glucose monitoring, patient education, and adjustment of therapy – a randomized controlled trial. *Diabetes Technology & Therapeutics*. 2011; 13(10):997-1004. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182678/>>. (Acesso em: 13/05/2017).

18. Michels MJ, Coral HC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e valiação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2010; 54:644-51.

19. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Diretrizes e Normas Regulamentadora de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012.

20. Veras VS, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Pedersoli TAM, Zanetti ML. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014; 35(4):42-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/rgenf>

21. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(2):305-14.

22. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Rev Psicologia teoria e prática*. 2011; 13(3):152-166.

23. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Rev Interface*. 2017; 21(61):309-20.

24. Cortez DN, Reis IA, Souza DA, Macedo MM, Torres HC. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Rev Acta Paul Enferm*. 2015; 28(3):250-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500042>

25. Marques MB, Silva MJ, Coutinho JFV, Lopes MVO. Avaliação da competência de idoso diabético para o autocuidado. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2):415-20.

26. Cecilio HPM, Arruda GO, Teston EF, Santos AL, Marcon SS. Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. *Rev Acta Paul Enferm*. 2015; 28(2):113-9.

27. Neta DSR, Silva ARV, Silva GRF. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(1):111-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680115p>
28. Sacerdote C, Ricceri F, Rolandsson O, Baldi I, Chirlaque MD, Feskens E. Lower educational level is a predictor of incident type 2 diabetes in European countries: the EPIC-Inter Act study. *Int J Epidemiol.* 2012; 41(4):1162-73.
29. Santos ECB, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA. A efetivação dos direitos dos usuários de saúde com diabetes mellitus: co-responsabilidades entre poder público, profissionais de saúde e usuários. *Rev Texto Contexto enferm.* 2011; 20(3):461-70.
30. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damasceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Rev Acta Paul Enferm.* 2013; 26(3):231-7.
31. Dias AFG, Vieira MF, Rezende MP, Oshima A, Muller MEW, Santos MEX, et al. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética. *Arq Bras Oftalmol.* 2010; 73(5):414-8.
32. Barbosa L, Borges PCP, Lemos SS, Cesarino CB. Avaliação da intervenção educativa em grupo para diabéticos assistidos em um Centro de Saúde Escola. *Rev Enferm UERJ.* 2016; 24(2):1-5.
33. George JB. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. cap. 7. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
34. Souza JD, Baptista MHB, Gomides DS, Pace AE. Adesão ao cuidado em diabetes mellitus nos três níveis de atenção à saúde. *Rev Esc Anna Nery.* 2017; 21(4):1-8.
35. Vieira GLC, Cecílio SG, Torres HC. A percepção dos usuários com diabetes sobre a estratégia de educação em grupos na promoção do autocuidado. *Rev Esc Anna Nery.* 2017; 21(1):1-6.
36. Gomides DS, Villas-Boas LC, Coelho AC, Pace AE. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Rev Acta Paul Enferm.* 2013; 26(3):289-93.
37. Gregghi EFM, 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.

38. Corrêa k, Gouveia GR, Silva MAV, Possobon RF, Barbosa LFLN, Pereira AC, et al. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(3):921-30.

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

Revista Ciências e Saúde Coletiva

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar

10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien*

Saude Colet 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com

glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2^a ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS
INSERIDOS EM UM PROGRAMA DE AUTOMONITORIZAÇÃO
DA GLICEMIA CAPILAR NO DOMICÍLIO

Pesquisador: Valesca Patriota de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71260517.5.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.264.412