



FACULDADE DE PINDAMONHANGABA

Janaina Araújo Nogueira Zambrini

ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE DIABÉTICO

Pindamonhangaba - SP

2010



Janaina Araújo Nogueira Zambrini

ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE DIABÉTICO

TCC apresentado como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel pelo Curso de Farmácia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Naira Correia Cusma Pelogia

**Pindamonhangaba - SP
2010**

Dedico este trabalho a
DEUS, por todos os
ensinamentos.

A meu marido e minha filha,
Alexandro e Giovana

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Pindamonhangaba pela concessão de bolsa de estudo e de vários acordos que permitiu que eu atingisse meu objetivo.

À Prof^a. Dr^a. Naira Correia Cusma Pelogia por acreditar em mim e pela maneira com que me orientou .

À todos os professores que contribuíram com seus ensinamentos para a minha formação profissional.

À José Aristides Borges a quem sempre me ensinou e me incentivou.

À minha mãe Rosalina de Araújo que sempre me ajudou, permitindo que eu concluísse o curso.

Aos voluntários da pesquisa que permitiram participar confiando no meu trabalho.

“ É impossível avaliar a força que possuímos
sem medir o tamanho dos obstáculos
que podemos vencer, nem o valor de
uma ação sem sabermos o sacrifício
que ela comporta.”

SUMÁRIO

<u>AGRADECIMENTOS</u>	<u>4</u>
<u>SUMÁRIO.....</u>	<u>6</u>
<u>Resumo</u>	<u>6</u>
<u>.....</u>	<u>12</u>
<u>Apêndice B- Instrumento de coleta de dados.....</u>	<u>25</u>
<u>17.Quais as principais dificuldades que você encontra hoje como um Diabético?.....</u>	<u>27</u>
<u>(Marque uma ou mais alternativas):.....</u>	<u>27</u>

Observação: este trabalho está formatado nas normas da Revista de Saúde Pública da USP-Sp, e será enviado para publicação após as considerações da banca examinadora. As normas da revista encontram-se anexadas no final do artigo.

Resumo

Este estudo tem por objetivo evidenciar a importância da atenção farmacêutica em drogaria, aos portadores de diabetes melitus tipo II. O critério de

seleção foi através das necessidades dos pacientes em controlar e manter os índices glicêmicos normais, e na disposição para mudanças. Trata-se de estudo qualitativo feito em duas etapas, na primeira fase o instrumento utilizado foi um questionário elaborado pelo próprio autor, abordando varias questões de qualidade de vida, e aspecto psicológico em na segunda fase analisando a glicemia capilar por um período de três meses. Os dados obtidos foram analisados e transcrito nos resultados, que se segue: 95% são considerados obeso ou sobre peso, 95% não tem acompanhamento médico especializado, 75% não freqüentam oftalmologista anualmente, 60% não praticam atividade física, 40% considerados hipertensos, e 70% relatam muita dificuldade na dieta alimentar. Dos pesquisados 58,35% dos obtiveram queda nos níveis de glicemica. E como conclusão; destaca-se o quanto é valido a Atenção Farmacêutica no tratamento do Diabete Melitus tipo II proporcionando adesão ao tratamento por meio de educação em saúde.

Palavras chave: Diabetes. Atenção farmacêutica. Controle glicêmico.

Introdução

O Diabetes Mellitus tipo II (DM) é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia, que ocorre por defeitos na ação e/ou secreção de insulina e está associada ao surgimento de complicações crônicas microvasculares (nefropatia, retinopatia) e macrovasculares (doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral e doença macrovascular periférica), além de neuropatia diabética. Entre as pessoas com mais de 65 anos de idade 8,6% são portadores de Diabetes Mellitus tipo II (REIS) ².

Atingir e manter as concentrações plasmáticas de glicose o mais próximo possível da normalidade é crucial para prevenir e/ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do DM. A obtenção de um controle glicêmico intensificado, associada ao controle dos lipídeos séricos e da pressão arterial e à manutenção de um peso corporal adequado, é um dos principais focos no manejo dietoterápico desses pacientes (SILVA) ¹

Assim a detecção precoce e oferta de assistência e acompanhamentos adequados aos portadores de diabetes melitos são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desse agravo, prevenindo as complicações, reduzindo o número de internações associados as doenças crônicas. (KNUTH) ³

Esse acompanhamento depende de várias atitudes que a pessoa deve incorporar à sua rotina, entre elas, a monitorização diária da glicemia, alimentação adequada, prática de exercícios físicos, uso adequado do medicamento oral.

Sabe-se que a educação em saúde é um dos pontos fundamentais no tratamento do diabetes, sendo também necessária a motivação do indivíduo para a aquisição de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das habilidades nas mudanças de hábitos. (XAVIER) ⁴

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, em 2001, um plano de reorganização da Atenção à Saúde, através de Portaria 393/ GM de 29/03/2001. Este Plano tinha como estratégia aumentar a prevenção, o diagnóstico e o controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melitus , com objetivo de reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, gastos desnecessários com tratamento por complicações evitáveis, aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular. Em 2002, por meio da Portaria GM nº 371/02, surgiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica, denominado de Hiperdia. O programa é parte complementar do Plano Nacional de Reorganização da Atenção primária e define como responsabilidade do Gestor Federal a aquisição e fornecimento aos municípios dos medicamentos selecionados para o tratamento de forma a contemplar todos os usuários cadastrados.(BEZERRA) ⁵

Para tanto, conhecer as características dos usuários que freqüentam os serviços de saúde é o primeiro passo para se traçar estratégias de ação que melhorem o atendimento a esta população e reduza a morbimortalidade. É importante conhecer a origem dos usuários, o ambiente no qual vivem, a escolaridade, os hábitos de vida e os fatores de risco para adequar o serviço oferecido às suas necessidades (BEZERRA) ⁵

Estratégias como o serviço de Atenção Farmacêutica, podem contribuir para redução da morbimortalidade dos usuários portadores de Diabetes Melitus. Segundo Hepler & Strand (1990), a Atenção Farmacêutica é a “provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar os resultados concretos que melhore a qualidade de vida do paciente”. Desta forma, esta prática farmacêutica desloca a centralidade da terapêutica do medicamento

para o ser humano, considerando suas necessidades relacionadas aos medicamentos (BEZERRA) ⁵

Diante deste contexto, foi realizado um levantamento das características dos usuários em drogaria, buscando conhecer o nível de compreensão da doença e o grau de adesão ao tratamento farmacológico. A partir deste levantamento, procura-se evidenciar a importância de se implantar um serviço de Atenção Farmacêutica para os diabéticos em Drogarias, demonstrando que com acesso a informação e orientação continuada o paciente diabético consegue abaixar o índice de taxa de açúcar no sangue, obtendo uma melhor qualidade de vida.

Metodologia

Foi utilizada a abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados foi feita em duas etapas: a primeira durante a execução de entrevistas individuais, semi-estruturadas com intenção de aprofundar na compreensão do processo do viver com diabetes, e a segunda através de análise da medida da glicemia, em um período de três meses, através do sangue capilar com o uso de fitas reagentes, um método rápido e fácil, analisando-se mensalmente e gratuitamente a glicemia de cada voluntário.

O estudo foi constituído de 20 pacientes portadores de DM, onde todos os participaram voluntariamente e assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. Os dados foram levantados através de entrevistas por meio de formulários – Apêndice B.

O critério de seleção foi feito através da necessidade dos pacientes, visto que os escolhidos demonstraram dificuldades em controlar a diabetes e todos demonstraram boa vontade e disposição para mudanças. São clientes da drogaria, e são considerados de renda baixa que dependem do difícil acesso ao sistema único de saúde.

Foram analisadas questões referentes a sexo, idade, medicamentos utilizados, acompanhamento médico, controle da glicemia, hábitos alimentares, exercícios, e questões relacionadas às dificuldades pessoais.

Os níveis glicêmicos foram analisados pela análise de variância para amostras independentes, seguida do teste de Bonferroni para determinar as diferenças entre o tempo de tratamento. O nível de significância de 5% ($p < 0,05$) foi adotado.

Foram adotados padrões de Índice de Massa Corporal obtidos na Sociedade Brasileira de Diabetes que se segue: cálculo: peso / altura X altura , se resultado abaixo de 18,5 paciente abaixo do peso, se resultado entre 18,5 e 25 paciente considerado no peso ideal, se resultado entre 25 e 30 paciente acima do peso, e se resultado acima de 30 paciente considerado sobre peso.

Resultados

No presente estudo foram entrevistados 20 clientes que apresentaram o seguinte perfil socioeconômico:

Parâmetro	Porcentagem
Idade	54,7%
Sexo feminino	60%
Ensino Médio	83%
Renda Familiar (3 salários mínimos)	80%

Dentre os entrevistados 60% não são hipertensos, dos 40% considerados hipertensos; 18% não sabem relatar o nome do medicamento que utilizam; sendo

que 65% utilizam medicamento diariamente e 27% utilizam o medicamento esporadicamente e ainda 8% não utilizam medicamento.

De todos os entrevistados 60% não praticam nenhum tipo de exercício físico e 40% praticam algum tipo de exercício pelo menos duas vezes na semana, e 85% deles não são fumantes.

A vida sedentária prevalece nos portadores de diabetes entrevistados; do total dos entrevistados; 65% estão acima do peso (Figura 01).

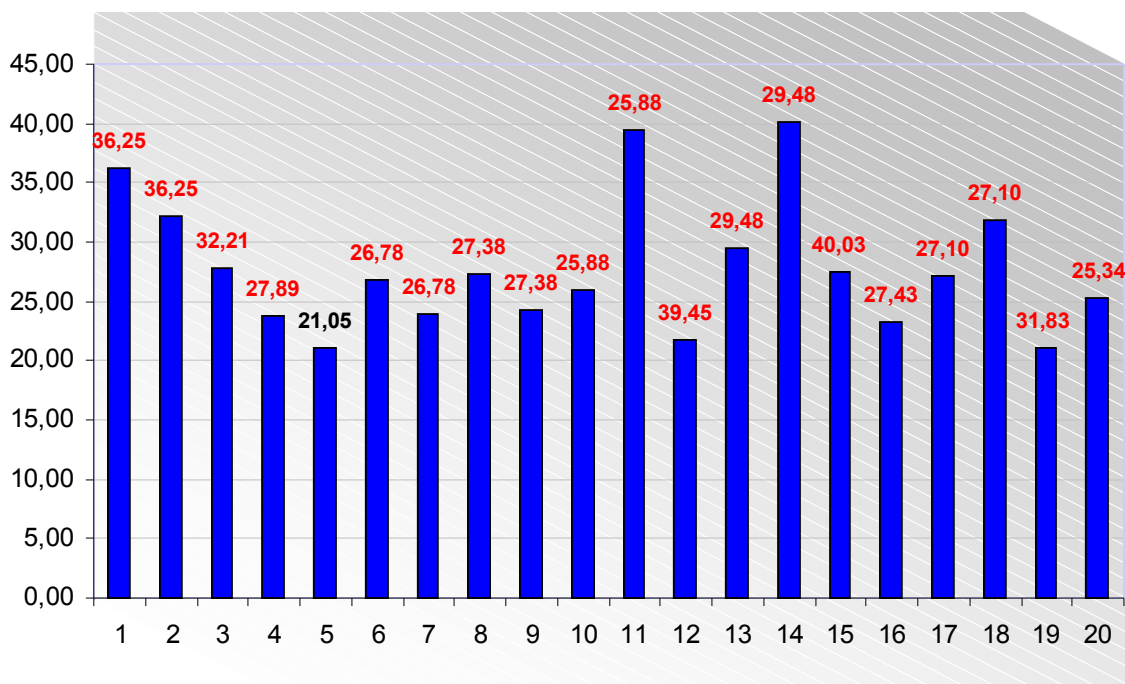


Figura 1- Valores individuais do IMC (índice de massa corpórea) dos entrevistados.

IMC	Considerações
Até 18,5	Abaixo do Peso
Entre 18,5 a 25	No Peso Ideal
Entre 25 a 30	Acima do Peso
Acima de 30	Sobre Peso

Do total dos entrevistados 95% não tem acompanhamento médico especializado (endocrinologista), 85% relataram não ter mudado de atitude com o diagnóstico de diabetes. O uso de medicamentos feito pelos entrevistados está ilustrado na figura 2.

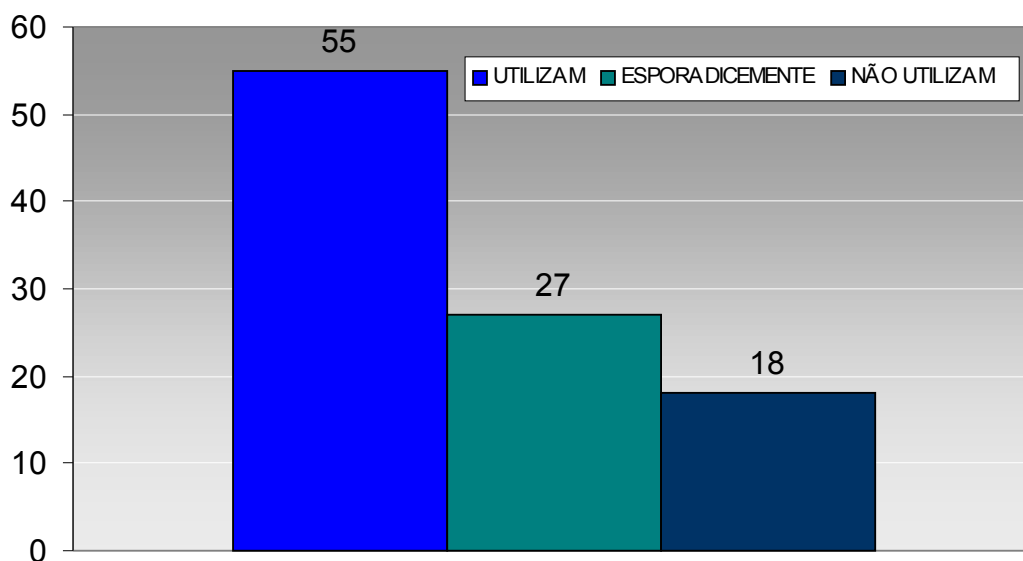


Figura 2- Uso de medicamentos entre os diabéticos participantes do estudo (n=20)

Os pacientes relatam que antes de participar da pesquisa faziam a medição da glicemia em períodos médio de 30 dias 15 % dos entrevistados, e no período médio de 60 dias; 40% dos entrevistados e ainda 40% relatam não fazer a medição da glicemia. O aspecto subjetivo, relacionado aos medos e preocupações, está assinalado na tabela 1

Parâmetro	Porcentagem
Medo do uso da insulina	50
Impotência sexual	15
Dificuldade na dieta alimentar	55
Falta do apoio familiar	70
Atitude Depressiva	40
Sensação de culpa	25
Falta de Informação	75
Não teve nenhuma mudança	40

Tabela 1- Parâmetros subjetivos, medos e preocupações, relatados pelos entrevistados, com relação ao diabetes e ao tratamento.

A alimentação dos entrevistados está demonstrada de forma resumida na figura 3. Dos entrevistados, 60% relataram fazer 4 (quatro) refeições ao dia, 35% fazem 3 (três) refeições e 5% fazem 5 (cinco) refeições ao dia.

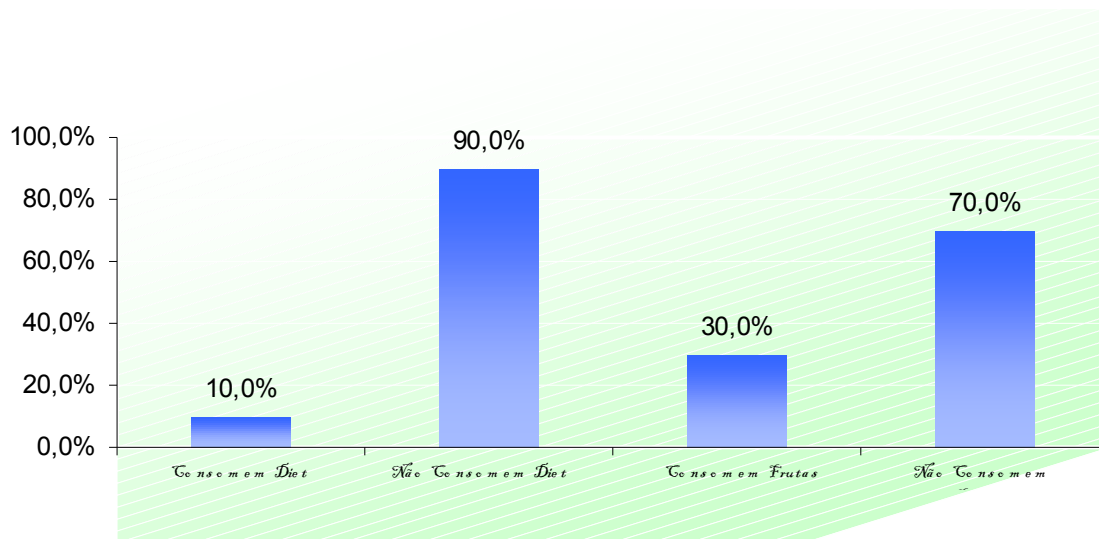


Figura 03- Hábitos alimentares dos entrevistados. Diet= alimento dietético.

Somente 10% dos entrevistados se submeteram a algum tipo de exame oftálmico específico, apenas 25% freqüentam oftalmologista anualmente, ou seja a grande maioria 75% não freqüentam oftalmologista.

Conforme os três meses de avaliação glicêmica, foi constatado que houve uma queda nos números indicativos do controle da glicemia da maioria dos pacientes entrevistados, conforme tabela 2.

Cliente	Glicemia (mg/dl)		
	Inicial	30 Dias	60 Dias
1	183	89	102
2	292	321	146
3	282	186	130
4	261	182	128
5	192	215	143
6	243	155	89
7	187	103	112
8	189	245	134
9	235	213	142
10	314	289	176
11	192	113	123
12	236	189	146
13	189	175	183
14	438	223	198
15	193	216	108
16	224	153	89
17	167	189	139
18	315	237	211
19	198	292	123
20	143	228	105
Média	233,65	200,65*	136,35* #

* $p < 0,05$ em comparação com os dados obtidos no início do tratamento

$p < 0,05$ em comparação com os dados obtidos após 30 dias de tratamento

Tabela 2- Níveis glicêmicos dos participantes do estudo no início, 30 e 60 dias após o acompanhamento farmacoterapêutico

Discussão

Os resultados obtidos mostram que os entrevistados encontram muitas dificuldades em controlar a alimentação e acrescentado a isso; relataram a falta de informação e acompanhamento, o que resulta num quadro de extremo descontrolo dos valores glicêmicos. O desconhecimento da importância do uso contínuo dos medicamentos para o controle do diabetes, pode levar a um problema farmacoterapêutico de não adesão conforme Bezerra ,2009 (BEZERRA) ⁵.

Observa-se, dessa forma, o quanto é válido manter o diabético atento à importância da adesão ao tratamento por meio de educação continuada. Para tanto, precisa-se considerá-lo como um ser humano com suas crenças e como essas podem influenciar no modo como se cuida com o diabetes. Para tanto, as influências de suas crenças e experiências pessoais no modo de enfrentar a doença e determinar sua concepção de saúde e autocuidado, determinam o componente cognitivo, permitindo que decidam sobre como se cuidar e o componente afetivo favorecendo a percepção de si mesmo e o autocuidado (XAVIER)⁴.

Os entrevistados relataram também a dificuldade ao acesso médico, do Serviço Único de Saúde, são pacientes considerados até 3 salários mínimos e não tem acompanhamento médico; o fato dos pacientes não saberem os nomes dos medicamentos também se deve a baixa escolaridade.

Além disso, a falta de apoio da família e dos profissionais de saúde, bem como o despreparo técnico destes, é preponderante para o não cumprimento do plano alimentar. Estas observações estão de acordo Oliveira, 2010. O aspecto psicológico, o apoio familiar e o convívio social de cada paciente são considerados os pilares da pesquisa. Todos relataram algum tipo de atitude depressiva ao

serem diagnosticados. A negação é relatada na maioria dos pacientes quando diagnosticados, boa parte não mudou sua atitude, não adquiriu novos hábitos, confirma isso o fato de que apenas pouco mais de 10 % dos entrevistados admitiram ter tido mais cuidado consigo próprio. Enquanto parte dos entrevistados apresentaram atitudes depressivas outras optaram por ignorar o diagnóstico protelando o assunto, ficando a margem do tempo e piorando a situação. (OLIVEIRA)⁶

Evidências crescentes, incluindo dados de estudos epidemiológicos e ensaios randomizados, atribuem as dietas de baixos Índices Glicêmicos a melhora em desfechos clínicos como redução do risco de desenvolvimento de DM T2 e melhora do controle metabólico em pacientes com DM T2 já diagnosticados. (TOSCANO)¹⁰

Em contrapartida grande parte dos entrevistados mostrou interesse em aumentar o conhecimento no que diz respeito à alimentação, questionando vários itens, se são proibidos ou não, perante tal situação faz-se relevante novamente a classe financeira dos entrevistados, que é considerada renda baixa, reflete uma faixa etária muito pequeno de pessoas que consome produtos diet, na pesquisa todos relataram que; o preço alto dos produtos é o principal problema, frutas também não fazem parte de suas rotinas, o que compromete a adesão total ao tratamento.

A educação em grupo apresentou melhores resultados no controle glicêmico do que na individual, conforme pesquisa de TORRES.¹²

Tanto o uso de adoçantes artificiais como de alimentos que os contenham permite opções para os pacientes, aumentando a possibilidade de variedade dos

alimentos, a tolerância no planejamento das refeições e, em alguns casos, a melhoria da aceitação psicológica da doença por esses pacientes, facilitando a adesão ao plano alimentar. (Barbosa; Franco, 2010).(OLIVEIRA) ⁶

A crescente substituição dos alimentos in natura ricos em fibras, vitaminas e minerais, por produtos industrializados, associados a um estilo de vida sedentário, compõem um dos os principais fatores etiológicos da obesidade. (SARTORELLI) ⁷
A obesidade é fator de risco para o Diabetes, assim a falta de cuidado com alimentação pode refletir em piora do controle glicêmico.

Um levantamento feito com 720 pessoas na cidade de São Paulo mostrou que 24% não sabiam a diferença entre os produtos *diet* e *light*, 11% não tinham certeza da existência dessa diferença e 8% disseram não haver. Aproximadamente, 35% dos lares brasileiros consomem algum tipo de produto *light* ou *diet* , levando em conta que para esta pesquisa isso independente da doença Diabetes , o que comprova ser um numero bem pequeno. (Barbosa; Franco, 2010).(OLIVEIRA) ⁶

Considerando está pesquisa realizada por Oliveira e acrescentando aos resultados podemos concluir que ainda é um número bem pequeno de pessoas que tem acesso a este tipo de informação.

Realizar a dieta recomendada reveste-se de vários significados, pois o ato de comer é bastante complexo e não significa apenas a ingestão de nutrientes, mas envolve também uma amplitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais específicos. Dessa forma, o comportamento alimentar está relacionado tanto com aspectos técnicos e objetivos, como também com aspectos socioculturais e psicológicos. (PERES)⁸

Essa doença figura entre as quatro principais causas de morte no país, além de ser a principal causa de cegueira adquirida e de estar fortemente associada às doenças coronarianas, renais e amputações de membros inferiores. A possibilidade do surgimento de tais complicações crônicas é um fato preocupante para os profissionais de saúde que cuidam dos diabéticos, principalmente daqueles cujo comportamento de autocuidado não é incorporado em sua vida diária. (XAVIER)⁴

O diabetes melitos tipo II é um fator de risco conhecido para o desenvolvimento de catarata, a maior freqüência de opacidade do cristalino em pacientes diabéticos já foi descrita por alguns autores, sendo a hiperglicemia considerada responsável por esta maior prevalência devido as alterações metabólicas que modificam as proteínas cristalinianas (Manfroi Dal Pizzol , et tal.;2008). Nossos dados demonstram que a grande maioria não freqüenta oftalmologista regularmente, situação esta que pode contribuir para problemas oftalmológicos. Há necessidade de um acompanhamento continuo do paciente diabético, com ações preventivas, para evitar as morbidades e limitações decorrentes da doença.

Segundo o DATASUS em 2008, no município de Taubaté, SP, de um total de 1.658 óbitos, 28,1 % foram resultados do diabetes melitus. A não adesão ou a irregularidade nos exercícios físicos é justificada pela grande maioria dos entrevistados com relatos de dores musculares e articulares. O conhecimento dos efeitos da atividade física na prevenção e tratamento foi maior para a hipertensão do que para o diabetes. A prevalência de conhecimento do papel da atividade física na prevenção de hipertensão foi de 86,5% e no tratamento 89,6% Já para o

diabetes, o conhecimento para a prevenção foi de 53,8% e no tratamento de 63,1% (3). Ainda na entrevista, fica claro que a maioria não tem a atividade física como parceira para melhor qualidade de vida. Os entrevistados não tem conhecimento dos benefícios de atividade física regular no caso específico da doença, apenas acreditam que ajuda a emagrecer.

Algumas evidências sugerem que o sedentarismo, favorecido pela vida moderna, é um fator de risco tão importante quanto a dieta inadequada na etiologia da obesidade e possui uma relação direta e positiva com o aumento da incidência do diabetes tipo II em adultos, independentemente do índice de massa corporal ou de história familiar de diabetes.(SARTORELLI) ⁷

Segundo VANCEA¹¹, exercícios físicos cinco vezes na semana demonstram resultados positivos no controle de Diabetes Melitus.

A Atenção Farmacêutica demonstrou resultados positivos, visto que os pacientes iniciaram a pesquisa com valores glicêmicos relativamente altos e no decorrer da pesquisa, acompanhados de orientações, esses valores caíram significativamente. Ao acompanhar estes entrevistados por três meses, através de relatos no questionário, foi observado o quanto é importante o acompanhamento, não é relevante impor algo, sem antes haver explicações, orientações, fazendo com que a pessoa se sinta incentivada, oferecendo o mínimo de melhora na sua qualidade de vida, sem esquecer suas emoções e sentimentos.

Sendo a educação continuada uma das melhores opções, além de grupos de apoio, o farmacêutico tem como opção de atuar nesta lacuna que ainda existe entre o paciente e o médico, oferecendo atenção farmacêutica, fornecendo

informações e orientações, promovendo ações preventivas, colaborando efetivamente na recuperação da saúde do paciente.

Considerando a família como fonte de apoio ao doente, realizar estudos visando analisar o problema do portador de diabetes na visão dos familiares, completaria uma seqüência aos estudos pesquisa.

Pôde se observar, a metodologia da pesquisa fica restrita e para que haja novas e valiosas pesquisas a respeito, uma boa avaliação de qualidade vai depender fundamentalmente, do competente registro da atividade no prontuário do paciente. Para se melhorar o conteúdo de informações médicas dos protocolos de pacientes diabéticos será necessário investir em educação médica para dar subsidio aos profissionais de saúde sobre a importância desses registros. Não são relatados, por exemplo; exames dos pés, avaliação oftalmológica, avaliação de proteoinúria, a grande maioria dos prontuários não registra as informações necessárias para uma avaliação da qualidade do atendimento.

Como conclusão as intervenções farmacêuticas educativas são ações importantes e um serviço de Atenção Farmacêutica em Drogaria pode aumentar a adesão do usuário ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, que ocorre quando o usuário está suficientemente motivado a aderir o tratamento prescrito devido à percepção dos benefícios e resultados positivos.

Bibliografia

1. Silva F. M.; Steemburgo T; Azevedo M. J. ; Mello V.D. Papel do índice glicêmico e da carga glicêmica na prevenção e no controle metabólico de pacientes com diabetes melito tipo 2 Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia.
2. Reis A.L.; Torres G.V.; Reis A.L; Oliveira S.L.; Sampaio S.L. Avaliação da Qualidade de Vida em Idosos Portadores de Diabetes Mellitus Tipo II - C&D- Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, v.2, n.1, p.64-76, jan./dez. 2009
3. Knuth A.G. et al. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(3):513-520, mar, 2009
4. Xavier A.T.F.; Bittar D.B.;Ataíde C.B.M.; Crenças no autocuidado em Diabetes – Implicação para a prática.Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 124-30.
- 5 Bezerra, D.S.; Silva, A.S.; Carvalho, A.L.M.; Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus* em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, BRASIL Rev Ciênc Farm Básica Apl.,2009;30(1):69-73

6. Oliveira P.B.; Franco L.J. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP - Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia Arq Bras Endocrinol Metab vol.54 no.5 São Paulo 2010

7. Sartorelli D.S.; Franco L.J.; Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S29-S36, 2003

8. Peres S.D.;Franco L.J.; Santos M.A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2 _Rev Saúde Pública 2006;40(2):310-7

9. Assunção M.C.F et al. Atenção Primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultados– Revista de Saúde Pública, Rio Grande Sul, v.35, n.1, p.88-95, 2001

10. Toscano C.M. As campanhas nacionais para detecção nacionais para doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial Ciência Saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol. 9, n.4 Dez 2004

11. Vancea et al, Efeito da freqüência de exercícios físicos no controle glicêmicos e composição corporal de Diabéticos tipo2 – Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, vol. 92, n.1 Janeiro 2009

12. Torres et al, Avaliação estratégica de Efeito de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes –Revista de Saúde Pública, 43 (2): 291-8 2009

Apêndice B- Instrumento de coleta de dados

Nome: _____

End: _____ N. _____ Cidade: _____

Tel:(_____) Profissão: _____

Renda familiar: () Até 3 salários mínimos () 4 a 10 salários () mais de 10 salários

Idade: _____ Sexo: () Fem () Masc. Estado Civil: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

1.É portador de Diabetes ?

() Sim () Não () outros

2.Há quanto tempo descobriu a doença ? _____

3.Tem algum médico que o acompanha ? () Sim () Não

4.Você tem contato com outros Diabéticos? () Sim () Não

5.Faz uso de medicamentos?() Sim () Não

Quais ? _____

6.Faz controle da Glicemia regularmente? () Sim () Não () 1 x por mês () 2 x por mês
Outros _____

7.É fumante?

() Sim () Não

8.Pratica Exercícios?

() Sim () Não

9.Qual a freqüência?

() 1 x semana

() 2 x semana

() 3 x semana

() mais

10.Como é sua rotina diária?

() Costuma exercitar-se.

Costuma manter contatos sociais (clubes, festas, contato com amigos)

Costuma ficar mais em casa, saindo apenas para trabalhar ou estudar.

Costuma viajar

Outras: _____

11. Na sua dieta alimentar faz uso de carboidratos quantas vezes no dia ? _____

12. Na sua dieta alimentar faz uso de frutas quantas vezes no dia? _____

13. Se alimenta no intervalo de quantas horas? _____

14. Faz uso de produtos diet? _____

15. É hipertenso? Sim Não

Faz uso de medicamentos Sim Não

Quais? _____

16. Tem dislipidemia? Sim Não

Faz uso de medicamentos Sim Não

Quais ? _____

17. Quais as principais dificuldades que você encontra hoje como um Diabético?
(Marque uma ou mais alternativas):

Falta de informação sobre a doença

Controle da alimentação

Relacionamento social (com amigos ou familiares)

Preocupação com o que outras pessoas pensam sobre você

O uso da insulina

Outras: _____

18. Como você avalia sua atitude imediata diante do diagnóstico?
(Marque uma ou mais alternativas)

Aumento de cuidados consigo próprio

Atitudes depressivas (choro; ansiedade...)

Tornou-se mais preocupado

Sentiu-se culpado

Não houve mudanças em suas atitudes.

Outras: _____

Apêndice C- Normas de Revista de Saúde Pública - USP

Os manuscritos submetidos à publicação na Revista de Saúde Pública devem ser apresentados de acordo com as Instruções aos Autores. São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscritos de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (ver Estrutura do Texto). Em cada uma das partes não se deve dividir o texto em subtítulos, exceto nos casos que requerem maior detalhe, sobretudo em Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscrito (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

O texto submetido deve ter páginas e linhas numeradas para fins de revisão. O uso de siglas deve ser evitado. Recomendamos que o autor consulte o checklist correspondente à categoria do manuscrito submetido. Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos a seguir.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos– Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma seqüência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

Exemplos:**Artigos de periódicos**

Narvai PC. Cárie dentária e flúor:uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. *Cad Saude Coletiva* [Internet].2005;21(1):256-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec;1999.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente** após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,⁹ que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

Tabelas

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e

negrito. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.