



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIAS E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Daniel Nunes de Mello

**Prevalência, conhecimento e tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 em idosos: Pesquisa
Nacional de Saúde, 2019.**

Araranguá

2022

Daniel Nunes de Mello

Prevalência, conhecimento e tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 em idosos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina do Centro de Ciência, Tecnologias e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como pré-requisito para a obtenção do Título de Médico.

Orientador: Prof^º. Maruí Weber Corseuil Giehl, Dr^ª.

Coorientador: Balduino Tschiedel, Me.

Araranguá

2022

Daniel Nunes de Mello

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Mello, Daniel Nunes de
Prevalência, conhecimento e tratamento do Diabetes
Mellitus tipo 2 em idosos: Pesquisa Nacional de Saúde,
2019. / Daniel Nunes de Mello ; orientadora, Maruí Weber
Corseuil Giehl, coorientador, Balduino Tschiedel, 2022.
28 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá,
Graduação em Medicina, Araranguá, 2022.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Diabetes. 3. Prevalência. 4.
Tratamento. 5. Conhecimento. I. Giehl, Maruí Weber Corseuil
. II. Tschiedel, Balduino. III. Universidade Federal de
Santa Catarina. Graduação em Medicina. IV. Título.

Prevalência, conhecimento e tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 em idosos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Médico e aprovado em sua forma final pelo Curso de Medicina.

Araranguá, 1 de Agosto de 2022.

Profa. Ana Carolina Lobor Cancelier, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Profa Maruí Weber Corseuil Giehl, Dra
Orientadora
Instituição UFSC

Profa Ione Jayce Ceola Schneider, Dra
Avaliadora
Instituição UFSC

Julia de Luca Maccarini
Avaliadora

Este trabalho é dedicado aos meus avós, que com seu suor e cuidado, me guiaram até aqui.

AGRADECIMENTOS

Meus profundos agradecimentos à minha Orientadora Profa Maruí Weber Corseuil Giehl, Dra, que me acompanha do primeiro dia da universidade até então, reforçando minhas capacidades, corrigindo minhas falhas e me indicando o caminho do desenvolvimento.

À Bruna Heidrich Prado pelo apoio emocional para conclusão dessa etapa.

Não poderia deixar de agradecer a minha família, por todo o suporte que me deram para que eu pudesse estar aonde estou, em especial para minha mãe Gisele Moreira Nunes, minha madrinha Gislaine Moreira Nunes e meu pai João Rene de Mello.

E finalmente, a Deus por todas as bênçãos que ele permite que recaiam sobre mim.

RESUMO

Introdução: A prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2 tem aumentado em todo o mundo, representando um risco crescente para um país em processo de envelhecimento como o Brasil. **Objetivo:** O presente estudo busca analisar a prevalência do Diabetes Mellitus tipo 2 em idosos brasileiros, bem como seu tratamento e controle, e os fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados a esses desfechos. **Método:** Trata-se de um estudo transversal que utilizará a base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2019. Para a análise dos dados, serão calculadas as prevalências de diabetes segundo as categorias das variáveis exploratórias, por meio da Regressão de Poisson, obtidas as medidas de associação nas análises bivariada e multivariável com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Como variáveis exploratórias serão consideradas as demográficas e socioeconômicas, condições e comportamentos de saúde: sexo, faixa-etária, cor da pele autorreferida, escolaridade, situação conjugal, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, prática de atividade física no lazer, e a obesidade abdominal. **Resultados:** A prevalência de diabetes em idosos foi de 20.84% e apesar de 97.11% desses estarem em tratamento, 34.07% apresentavam graves comorbidades indicando que a doença não estava controlada. **Conclusão:** A abordagem ao paciente diabético deve ser otimizada de forma a proporcionar mais mecanismos de aprimoramento do conhecimento da doença para uma maior efetividade do tratamento, diminuindo a sua capacidade mórbida para os diabéticos.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Envelhecimento. Prevalência.

ABSTRACT

Background: The prevalence of type 2 Diabetes Mellitus has increased worldwide, representing an increasing risk for an aging country such as Brazil. **Objectives:** This study aim to analyze the prevalence of type 2 Diabetes Mellitus in elderly Brazilians, as well as its treatment and control, and the sociodemographic, behavioral and health factors associated with these outcomes. **Methods:** This is a cross-sectional study that will use the 2019 National Health Survey database. As exploratory variables, the demographic and socioeconomic, health conditions and behaviors will be considered: gender, age group, self-reported skin color, education, marital status, smoking, alcohol consumption, leisure-time physical activity, and abdominal obesity. For data analysis, the prevalence of diabetes will be calculated according to the categories of exploratory variables, using the Poisson Regression, obtained from the measures of association in the bivariate and multivariate analysis with their respective confidence intervals (95%CI). **Results:** The prevalence of diabetes among elderly found was 20.84% and while 97.11% of them were on treatment 34.07% were found with profound comorbidities indicating that the disease might not be controlled. **Conclusion:** Patient approach should be optimized in diabetes focusing on tools to improve the knowledge of the disease in order to improve outcomes, maximize treatment and lessen the effects of comorbidities.

Keywords: Diabetes Mellitus. Ageing. Prevalence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas, hábitos de vida, condições de saúde e uso de serviços de saúde e prevalência de diabetes em idosos brasileiros	20
Tabela 1 – Características dos idosos com diagnóstico de diabetes segundo prevalência, tratamento e controle	23
Tabela 1 – Associação entre o diagnóstico de diabetes com as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, condições de saúde e uso de serviços de saúde em idosos brasileiros	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CONEP — Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DCNT — Doença Crônica Não Transmissível

DM — Diabetes Mellitus

DM2 — Diabetes Mellitus tipo 2

GP — Glicose Plasmática

IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDF — International Diabetes Federation

IMC — Índice de Massa Corporal

OMS — Organização Mundial da Saúde

PNS — Pesquisa Nacional de Saúde

SBD — Sociedade Brasileira de Diabetes

SUMÁRIO

<u>1</u>	<u>Introdução</u>	8
<u>1.2</u>	<u>Objetivos</u>	9
<u>2</u>	<u>Métodos</u>	10
<u>2.1</u>	<i>Desenho do estudo</i>	10
<u>2.1</u>	<i>População e amostra</i>	10
<u>2.1</u>	<i>Variável desfecho</i>	10
<u>2.1</u>	<i>Variável de exposição</i>	11
<u>2.1</u>	<i>Análise Estatística</i>	12
<u>3</u>	<u>Resultados</u>	13
<u>4</u>	<u>Discussão</u>	15
<u>5</u>	<u>Conclusão</u>	17
	<u>REFERÊNCIAS</u>	18
	<u>ANEXO A – Normas da Revista Brasileira de Epidemiologia</u>	26

**Prevalência, conhecimento e tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 em idosos:
Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.**

RESUMO

Objetivo: O presente estudo busca analisar a prevalência do Diabetes Mellitus tipo 2 em idosos brasileiros, bem como seu tratamento e controle, e os fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados a esses desfechos. **Método:** Trata-se de um estudo transversal que utilizará a base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2019. Para a análise dos dados, serão calculadas as prevalências de diabetes segundo as categorias das variáveis exploratórias, por meio da Regressão de Poisson, obtidas as medidas de associação nas análises bivariada e multivariável com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Como variáveis exploratórias serão consideradas as demográficas e socioeconômicas, condições e comportamentos de saúde: sexo, faixa-etária, cor da pele autorreferida, escolaridade, situação conjugal, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, prática de atividade física no lazer, e a obesidade abdominal. **Resultados:** A prevalência de diabetes em idosos foi de 20.84% e apesar de 97.11% desses estarem em tratamento, 34.07% apresentavam graves comorbidades indicando que a doença não estava controlada. **Conclusão:** A abordagem ao paciente diabético deve ser otimizada de forma a proporcionar mais mecanismos de aprimoramento do conhecimento da doença para uma maior efetividade do tratamento, diminuindo a sua capacidade mórbida para os diabéticos.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Envelhecimento. Prevalência. Tratamento. Conhecimento.

Abstract

Background: The prevalence of type 2 Diabetes Mellitus has increased worldwide, representing an increasing risk for an aging country such as Brazil. **Objectives:** This study aim to analyze the prevalence of type 2 Diabetes Mellitus in elderly Brazilians, as well as its treatment and control, and the sociodemographic, behavioral and health factors associated with these outcomes. **Methods:** This is a cross-sectional study that will use the 2019 National Health Survey database. As exploratory variables, the demographic and socioeconomic, health conditions and behaviors will be considered: gender, age group, self-reported skin color, education, marital status, smoking, alcohol consumption, leisure-time physical activity, and abdominal obesity. For data analysis, the prevalence of diabetes will be calculated according to the categories of exploratory variables, using the Poisson Regression, obtained from the measures of association in the bivariate and multivariate analysis with their respective confidence intervals (95%CI). **Results:** The prevalence of diabetes among elderly found was 20.84% and while 97.11% of them were on treatment 34.07% were found with profound comorbidities indicating that the disease might not be controlled. **Conclusion:** Patient approach should be optimized in diabetes focusing on tools to improve the knowledge of the disease in order to improve outcomes, maximize treatment and lessen the effects of comorbidities.

Keywords: Diabetes Mellitus. Ageing. Prevalence. Treatment. Knowledge .

Introdução

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) associada a morbidade e mortalidade expressiva no mundo. (SHARMA 2019)¹. É definida pela resistência periférica à insulina, comprometimento de sua secreção pelas células β pancreáticas e aumento da produção hepática de glicose, de origem poligênica, multifatorial e com herança familiar (DEFRONZO, 2009)². O DM2 é capaz de reduzir significativamente a qualidade de vida quando o controle glicêmico é ineficiente (BRACCO, 2021; BAĞRIAÇIK, 2021; MUZY, 2021)^{3,4,5} e, por conta do envelhecimento populacional brasileiro, está entre as principais causas de perda de anos de vida saudável (MUZY, 2021). A hiperglicemia progressiva incurável incursu em sérios danos a muitos sistemas do corpo. Dentre as complicações, destacam-se cardiopatias (FRANCISCO et al., 2010; World Health Organization Diabetes, 2018)^{6,7}, neuropatia, retinopatia, nefropatia, cegueira, pé diabético e amputação (MUZY, 2021; World Health Organization Diabetes, 2018)^{5,7}.

Entre os casos de diabetes, cerca de 95% das pessoas possuem o tipo 2 (World Health Organization Diabetes, 2018)⁷. O DM2 afeta cerca de 3% da população mundial (MUZY 2021)⁵ com maior prevalência em países de média e baixa renda (BRACCO, 2021)³. No Brasil, a prevalência de diabetes autorreferido nas capitais aumentou de 5,5% em 2006 para 8,9% em 2016 (BRACCO 2021)³. Estima-se 450.000 novos casos no cenário brasileiro a cada ano (BRACCO 2021)³, com prospecto aumento. O acelerado processo de transição epidemiológica (FRANCISCO et al., 2010)⁶, as transições demográficas, os cortes nos investimentos em saúde pública (SCHRAMM, 2018)⁸, a maior tendência ao sedentarismo e inadequados hábitos alimentares contribuem para o aumento da prevalência do diabetes, bem como a mortalidade pela doença (FRANCISCO et al., 2010)⁶.

Idosos que desenvolvem DM2 sofrem uma diminuição na expectativa de vida e geram um alto custo em auxílio médico (BRACCO, 2021)³. O DM2 é uma condição potencialmente evitável/controlável na atenção primária a partir da definição do perfil epidemiológico da população brasileira e seus fatores de risco passíveis de prevenção.

Diante do exposto, considerando a íntima relação da doença com outras doenças crônicas de grande impacto em idosos, a dinâmica de piora dos indicadores de mortalidade relacionados aos quadros de hiperglicemia, o profuso fluxo de anos de vida perdidos (BRACCO, 2021)³ se vê reiterada importância em uma descrição atualizada do

perfil do cidadão idoso com diabetes no Brasil. Tanto para uma melhor caracterização quanto para um direcionamento para políticas de saúde pública efetivas para esse grupo.

Desta forma, o estudo busca descrever a prevalência do Diabetes Mellitus tipo 2 em idosos, bem como seu tratamento e controle, e os fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde que caracterizam esse desfecho em idosos brasileiros

Métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo que utilizará como base de dados a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 para descrever as características individuais relacionadas à prevalência de diabetes em idosos brasileiros, através de dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A PNS 2019 é uma pesquisa realizada domiciliarmente, abrangindo o território nacional brasileiro, em residências particulares do Brasil, excetuando da pesquisa as residências localizadas em terras indígenas e nos setores censitários especiais (cadeias, bases militares, penitenciárias, asilos, presídios, embarcações, conventos, hospitais, orfanatos, acampamentos alojamentos, quartéis e colônias penais). A PNS teve aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em agosto de 2019 para a sua edição de 2019 e tem como objetivo fornecer um amplo conjunto de indicadores úteis ao monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde. Busca também produzir dados que informam sobre a situação atual de saúde e caracterizando os estilos de vida da população brasileira. A coleta de dados da PNS foi realizada entre os períodos de agosto de 2019 e março de 2020.

População e amostra

O cálculo amostral levou em consideração o total da população idosa (≥ 60 anos) de 22.728 cadastrada na PNS ($n=22.728$) conforme os seguintes parâmetros: indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes nas capitais do Brasil, excluindo os que não tiveram seus dados completos, nível, em um grau de confiança de 95%.

Variável desfecho

Foram considerados como desfechos no presente estudo o conhecimento, o tratamento e o controle do DM2. Quanto ao desfecho conhecimento, este foi verificado pela existência de diagnóstico de DM2 por profissional de saúde. A informação foi autorreferida por meio da pergunta: “Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes? Caso respondesse sim à pergunta, foi considerado ciente de sua doença.

O tratamento foi definido pelo percentual de indivíduos que fizeram autorrelato da doença e que faziam uso de medicação para o diabetes. O uso da medicação foi verificado por meio das seguintes questões: Nas duas últimas semanas, por causa do diabetes, o(a) Sr.(a) tomou medicamentos orais para baixar o açúcar? Nas duas últimas

semanas, por causa do diabetes, o(a) Sr.(a) usou insulina? Caso o indivíduo respondesse sim a alguma das duas perguntas, foi considerado em tratamento para a doença.

Por fim, o controle da doença foi mensurado por meio da resposta às seguintes questões: O(a) Sr(a) tem ou teve problemas na vista por causa do diabetes?; O(a) Sr(a) tem ou teve infarto por causa do diabetes?; O(a) Sr(a) tem ou teve AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame por causa do diabetes?; O(a) Sr(a) tem ou teve outro problema circulatório por causa do diabetes?; O(a) Sr(a) tem ou teve problemas nos rins por causa do diabetes?; O(a) Sr(a) tem ou teve que fazer amputação de pés, pernas, mãos ou braços por causa do diabetes? e O(a) Sr(a) tem ou teve coma diabético por causa do diabetes? sendo considerado como diabetes descontrolado, a resposta positiva a qualquer uma das perguntas. Ainda, foi considerado como diabético o idoso que faça uso de medicação para a doença e/ou que reporte diagnóstico de diabetes por profissional médico, parâmetros empregados em outros estudos com o fim de calcular a prevalência do diabetes na população idosa.

Variável de exposição

As variáveis exploratórias demográficas e socioeconômicas utilizadas no atual estudo foram: sexo (masculino e feminino), faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 e 80 ou mais), estado civil (casado, separado/solteiro e viúvo), cor da pele referida (branca, parda e preta), escolaridade (sem instrução/ fundamental incompleto, fundamental completo/médio incompleto, médio completo/superior incompleto e superior completo) e a renda familiar per capita (até 1 salário mínimo, entre 2 e 3 salários mínimos e mais do que 3 salários mínimos).

Quanto as variáveis relacionadas aos comportamentos de saúde, foram investigados o tabagismo (fumante atual e não fuma atualmente); o consumo de bebida alcoólica (não bebe, bebe mais de uma vez ou mais por mês e bebe menos de uma vez por mês); atividade física (sendo fisicamente ativos aqueles com mais do que 150 minutos de exercício físico semanal, e os insuficientemente ativos os com menos do que o referido); IMC (peso adequado, baixo peso e sobrepeso/obesidade);

As condições de saúde foram verificadas por meio da autopercepção de saúde (muito boa/boa, regular e ruim/muito ruim). Também foi verificado o uso do serviço de saúde por meio da pergunta “Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) recebeu atendimento médico por causa do diabetes?”, e posse de plano de saúde, informação obtida pela pergunta “O(a) Sr.(a) tem plano de saúde particular, de empresa ou órgão público?”

Análise Estatística

As análises foram realizadas no programa estatístico Stata SE versão 14.0, utilizando-se o módulo *survey* para a análise de dados de amostra complexa. Realizou-se análise descritiva para todas as variáveis, com cálculo das prevalências e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Também foram calculadas as prevalências de diabetes segundo as categorias das variáveis exploratórias. Em seguida, por meio da Regressão de Poisson, testaram-se os fatores associados ao diabetes, assim, obtiveram-se as Razões de Prevalência (RP) nas análises bivariada e multivariável com seus respectivos intervalos de confiança (IC_{95%}). A partir dos resultados da regressão bivariada foram incluídas na análise multivariável todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$, permanecendo no modelo final aquelas com $p < 0,05$ e/ou ajustassem o modelo (Barros, 2003)⁹. A modelagem foi realizada com a entrada das variáveis passo a passo, ordenadas do menor para o maior valor de p.

Resultados

Do universo selecionado para a PNS 2019, foram entrevistados 22.728 idosos com 60 anos ou mais no momento da entrevista, o qual compõe a amostra do presente estudo. Destes, 57% eram mulheres, e a maioria dos indivíduos se encontrava na faixa etária de 60 a 69 anos. Quanto ao estado civil, em torno de 50% dos idosos eram casados, e mais da metade se autodeclararam de raça/cor da pele branca.

Em relação a escolaridade, pouco mais de 11% dos idosos tinham ensino superior completo, e cerca de 45% apresentaram renda *per capita* de até 1 salário mínimo.

Quanto as variáveis referentes aos comportamentos e condições de saúde, a grande maioria (89%) relatou não ser tabagista, bem como nunca consumir bebida alcoólica (73%). Ainda, mais de 80% dos idosos relataram realizar menos de 150 minutos/semana de atividade física no lazer.

Em relação a composição corporal, 44% dos idosos foram classificados com peso adequado. A proporção de percepção de saúde muito boa/boa foi de 47%.

Quando analisadas as variáveis relacionadas a acesso a serviços de saúde, observou-se que grande parte dos idosos relatou ter consultado o médico nos últimos 12 meses, enquanto 73% declarou não possuir plano de saúde(71%).(Tabela 1).

A prevalência de diabetes autorreferido em idosos foi cerca de 20% (IC95%: 19,95-21,75), sendo maior nas mulheres (21,76%, IC95%: 20,58-22,99), nos idosos de 70 a 79 anos (23,67%, IC95%: 22,00-25,43), naqueles que se auto declararam pretos ou pardos (21,87%, IC95%: 20,60-23,19), bem como a frequência do desfecho foi maior nos idosos que relataram ser viúvos (22,80%, IC95%: 21,05-24,64). Ainda, a prevalência de diabetes foi maior nas idosos com menor escolaridade (22,51%) e menor renda (22,16%).

Quanto a frequência do desfecho conforme as variáveis comportamentais e de condições de saúde, esta foi maior entre aqueles idosos que nunca consumiam álcool (21,61%, IC95%: 21,57-23,69), nos que tinham sobrepeso e obesidade (26,00, IC95%: 24,49-27,56), bem como nos que auto relataram percepção de saúde ruim/muito ruim (32,65%, IC95%: 29,87-35,55). (Tabela 1)

Do total de idosos que reportaram diagnóstico médico de diabetes, 97,11% faziam tratamento regular para a doença, por meio de antidiabéticos e/ou insulino terapia, e ainda 72,35% tinha acompanhamento médico regular para avaliação da doença. Apesar disso, 34,07% dos idosos tinham diabetes descompensado segundo critérios do presente estudo, apresentando complicações mórbidas por conta da doença. (Tabela 2)

Em relação aos fatores associados à prevalência de diabetes em idosos brasileiros, as análises brutas e ajustadas são apresentadas na tabela 3. Na análise ajustada, observou-se que idosos de 70 a 79 anos apresentaram prevalência 16% maior do desfecho (IC95%: 1,05-1,28) quando comparados aos de 60 a 69 anos. Quanto a escolaridade, aqueles indivíduos com ensino médio completo/superior incompleto, bem como aqueles com nível superior completo tiveram menores prevalências do desfecho (RP: 0,79, IC95%: 0,69-0,90; RP: 0,62, IC95%: 0,51-0,75, respectivamente).

Neste mesmo sentido, aqueles idosos que eram tabagistas e que consumiam bebida alcóolica menos de 1 vez ao mês apresentaram prevalências 23% menor de diagnóstico de diabetes (IC95%: 0,77-0,91; IC95%: 0,64-0,92, respectivamente).

Ainda, entre os idosos com baixo peso foram verificou-se menor prevalência de diabetes (RP: 0,29, IC95%: 0,61-0,83), por outro lado indivíduos com sobrepeso/obesidade apresentaram prevalência 37% maior do desfecho (IC95%: 1,25-1,50). Em relação à associação com a percepção de saúde, a prevalência de diabetes foi maior naqueles idosos que auto relataram sua saúde como regular e ruim/muito ruim, com prevalências variando de 68% a 113% (IC95%: 1,50-1,87; IC95%: 1,87-2,43, respectivamente). (Tabela 3)

Discussão

Os resultados do presente estudo mostraram que, aproximadamente, um em cada cinco idosos brasileiros reportaram diagnóstico médico de diabetes. Desses, 97.11% faziam tratamento medicamentoso para diabetes, com uso de antidiabéticos, insulinoterapia ou ambos, e 72.35% faziam acompanhamento regular com o médico para estadiamento da doença. Contudo, verificou-se que, aproximadamente, um a cada três idosos diabéticos possuíam alguma comorbidade gravíssima, que foi avaliada neste estudo como diabetes descontrolado.

A prevalência de diabetes encontrada neste estudo é coerente outras projeções da literatura (SANTOS et al ,2019)¹⁰.

Em relação ao tratamento do diabetes pode ser classificado como insuficiente, pois apesar de a grande maioria dos idosos (97,11%) fazerem o tratamento regular para a doença, por meio de antidiabéticos e/ou insulinoterapia, e ainda 72,35% ter acompanhamento médico regular para avaliação da doença, no presente estudo observou-se que mais de 30% dos idosos possuíam o diabetes descontrolado, apresentando complicações sérias por conta da doença. Apesar da abordagem médica, as morbidades mais severas da doença se apresentavam em 1 a cada 3 idosos diabéticos. Isso pode ser explicado pela inexistência atual de uma ferramenta de avaliação global para o conhecimento da doença, de forma que a abordagem médica farmacológica acaba sendo ineficiente, pois o conhecimento da doença está relacionado a eficácia e ao autocuidado dos pacientes diabéticos, que precisam gerir o próprio tratamento com medidas farmacológicas e não farmacológicas (LEE SK, 2019)¹¹.

Na população analisada o perfil do idoso com diabetes é o de uma mulher, entre 70-79 anos, viúva, preta ou parda, sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, com renda de até um salário mínimo, que atualmente não fuma nem bebe, insuficientemente ativa, com sobrepeso ou obesidade, com uma percepção de saúde ruim ou muito ruim, que consultou algum medico recentemente e que não possui plano de saúde.

Na presente pesquisa, a faixa etária de 70 a 79 anos foi identificada com uma prevalência de diabetes 16% maior em relação aos idosos mais jovens. Isso vai de encontro a outras evidências científicas, que indicam um aumento progressivo na prevalência de diabetes na senescência, sendo a faixa etária referida a que apresenta maiores prevalências (SANTOS et al ,2019)¹⁰. Uma possível explicação para que tal

faixa-etária tenha sido associada a maior prevalência do desfecho e não aquela dos 80 anos ou mais, é o fato de que os idosos desta idade acabam falecendo precocemente por conta da doença (BRACCO, 2021) ³.

Quanto a escolaridade, no presente estudo os níveis educacionais mais altos associaram-se inversamente à ocorrência de diabetes entre os idosos, evidência esta que é coerente com outros estudos. É consenso que o baixo nível educacional pode limitar a gestão do autocuidado em diabetes, principalmente a aquisição de conhecimento sobre a doença, dificultando assim, a compreensão das orientações quanto as condutas terapêuticas, implicando em controle inadequado e maior risco de complicações. Desta forma, a relação entre o conhecimento e o autocuidado e eficácia de tratamentos para diabetes é a possível causa da associação. (BORBA, 2019)¹²

No que se refere a hábitos de vida, houve associação inversa entre o desfecho com o tabagismo. Esse achado é contraditório ao encontrado na literatura, que estabelece o tabagismo como um fator de risco para o desenvolvimento de DM2 (AKTER, 2017)¹³. Uma possível explicação para tal achado pode ser pela menor busca pelos serviços de saúde por idosos que apresentam tal comportamento, sendo assim, um grupo subdiagnosticado com diabetes (DOS SANTOS, 2021)¹⁴. Salienta-se que este resultado deve ser interpretado com cautela tendo em vista a o viés de prevalência e de causalidade reversa característico de estudos transversais.

Da mesma forma, os que consumiam bebidas alcoólicas menos de uma vez ao mês tinham uma prevalência 23% menor. Tal associação pode ser explicada pela orientação de cessar o uso de bebidas alcoólicas entre os pacientes diabéticos, por conta do risco de desenvolvimento de outras morbidades, assim como por subnotificação. Tal como em relação ao tabagismo, devido ao desenho do presente estudo, não é possível determinar temporalidade entre desfecho e exposição.

Houve associação significativa entre o IMC e a prevalência de diabetes, sendo coerente com demais estudos na área, relacionando o sobrepeso e obesidade como um fator de risco para o desenvolvimento de diabetes. (ADA,2021)¹⁵ Neste estudo, os idosos com baixo peso tiveram uma prevalência de diabetes 29% menor, ao passo que os idosos com sobrepeso/obesidade tiveram uma prevalência 37% maior da doença quando comparados com os eutróficos. Esta associação pode ser devido ao mecanismo de resistência a insulina fisiológica do tecido adiposo. (ADA,2021)¹⁵

Quanto a relação entre a percepção de saúde e o diabetes, constatou-se maiores prevalências do desfecho entre aqueles idosos que reportaram sua saúde como regular, assim como naqueles que reportaram sua saúde como ruim/muito ruim. Este achado é corroborado por estudos que avaliaram a percepção de saúde como um preditor de morbidades (CONFORTIN,2022)¹⁶, e isso pode ser explicado pela perda de autonomia por conta do diabetes, afetando diretamente a percepção de saúde.

Em relação aqueles idosos que não foram a consultas médicas recentemente, esses tiveram uma prevalência de diabetes 68% menor do que aqueles que foram para consultar. O fenômeno pode ser explicado por uma subnotificação devido ao presente estudo só avaliar os diagnósticos autorreferidos.

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados levando em conta as limitações inerentes, como a incapacidade de analisar temporalidade entre o desfecho e as exposições, implicando em possivelmente em causalidades reversas referente a algumas associações encontradas. Assim, vale ressaltar que diante de alguns resultados contraditórios com estudos prévios na literatura, principalmente com aqueles ligados às variáveis “uso de bebida e tabaco”, se fazem necessários estudos longitudinais sobre o tema. Também, o diagnóstico descrito foi autorreferido, o que pode implicar em subnotificações de DM na população analisada.

Este estudo caracteriza-se por ter analisado uma amostra representativa dos idosos brasileiros e de inferência ao perfil do idoso brasileiro com diabetes. Sendo assim, uma atenção maior para medidas preventivas relacionadas a esta doença devem ser dadas aos idosos mais envelhecidos, aqueles com menor nível educacional, aos com níveis escolares mais baixos, àqueles com sobrepeso e obesidade, bem como aos idosos com pior percepção de saúde.

Diante do exposto, sendo o diabetes uma doença em ascensão, em especial na população idosa, e que representa um grave risco de morbimortalidade e incapacidade para essa população, a maior parte de sua carga é distribuída entre suas complicações exigindo abordagens efetivas para controle adequado da doença, de forma a minimizar desfechos desfavoráveis. A abordagem do paciente idoso com diabetes no Brasil deve ser otimizada, de forma a proporcionar mais mecanismos de aprimoramento do conhecimento da doença para uma maior efetividade do tratamento, diminuindo a sua capacidade mórbida para os diabéticos.

REFERÊNCIAS

1. Sharma, A., Sikora, L., & Bush, S. H. (2019). Management of diabetes mellitus in adults at the end of life: a review of recent literature and guidelines. *Journal of palliative medicine*, 22(9), 1133-1138.
2. DEFRONZO, R. A. From the Triumvirate to the Ominous Octet: A New Paradigm for the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes*, v. 58, n. 4, p. 773–795, 1 abr. 2009.
3. Bracco, PA, Gregg, EW, Rolka, DB, Schmidt, MI, Barreto, SM, Lotufo, PA, Bensenor, I., & Duncan, BB (2021). Risco ao longo da vida de desenvolver diabetes e anos de vida perdidos entre os diabéticos no Brasil. *Journal of global health* , 11 , 04041. <https://doi.org/10.7189/jgh.11.04041>
4. Bağriaçık E, Bayraktar N. Effectiveness of training in disease management for patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review [published online ahead of print, 2021 Aug 13]. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2021;S2530-0164(21)00181-6.
5. Muzy, J., Campos, M. R., Emmerick, I., Silva, R. S. D., & Schramm, J. M. D. A. (2021). Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e saracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. *Cadernos de Saúde Pública*, 37.
6. FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 1, p. 175–184, jan. 2010.
7. World Health Organization Diabetes. Available: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
8. Schramm, J. M. D. A., Paes-Souza, R., & Mendes, L. V. P. (2018). Políticas de austeridade e seus impactos na saúde.
9. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*. 2003;3:21.
10. Santos, Carla Elane Silva dos et al. Incidence and prevalence of diabetes self-reported on elderly in south of Brazil: results of EpiFloripa Ageing Study. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 11 [Accessed 7 July 2022] , pp. 4191-4200. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.31092017>>. Epub 28 Oct 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.31092017>.

11. Lee SK, Shin DH, Kim YH, Lee KS. Effect of Diabetes Education Through Pattern Management on Self-Care and Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Sep 9;16(18):3323. doi: 10.3390/ijerph16183323. PMID: 31505892; PMCID: PMC6765832
12. Borba AKOT, Arruda IKG, Marques APO, Leal MCC, Diniz ADS. Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. *Cien Saude Colet*. 2019 Jan;24(1):125-136. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232018241.35052016. PMID: 30698247
13. Akter S, Goto A, Mizoue T. Smoking and the risk of type 2 diabetes in Japan: A systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol*. 2017 Dec;27(12):553-561. doi: 10.1016/j.je.2016.12.017. Epub 2017 Jul 14. PMID: 28716381; PMCID: PMC5623034.
14. Dos Santos, E., Máximo, R., De Andrade, F., De Oliveira, C., Lima-Costa, M., & Alexandre, T. (2021). Differences in the prevalence of prediabetes, undiagnosed diabetes and diagnosed diabetes and associated factors in cohorts of Brazilian and English older adults. *Public Health Nutrition*, 24(13), 4187-4194. doi:10.1017/S1368980020003201
15. American Diabetes Association; 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care* 1 January 2021; 44 (Supplement_1): S15–S33. <https://doi.org/10.2337/dc21-S002>
16. Confortin, Susana Cararo et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2015, v. 31, n. 5 [Acessado 3 Julho 2022] , pp. 1049-1060. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00132014>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132014>.

Tabela 1. Características sociodemográficas, hábitos de vida, condições de saúde e uso de serviços de saúde e prevalência de diabetes em idosos brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	N (%)	Diagnóstico de Diabetes (%)	IC 95%	P
Sexo				(0.0225)< 0.05
Masculino	0.43	19.6	18.26 – 21.02	
Feminino	0.57	21.76	20.58 – 22.99	
Faixa-etária (anos)				(0.0005)< 0.001
60 a 69	0.56	19.46	18.24- 20.75	
70 a 79	0.30	23.67	22.00- 25.43	
80 ou mais	0.14	20.27	17.9- 22.85	
Estado civil				(0.0247)< 0.05
Casado	0.51	20.54	19.23- 21.92	
Separado/solteiro	0.24	19.42	17.86- 21.09	
Viúvo	0.21	22.8	21.05- 24.64	
Cor da pele (referida)				(0.0229) <0.05
Branca	0.51	19.74	18.51- 21.04	
Parda e Preta	0.49	21.87	20.60- 23.19	
Escolaridade (anos)				(0)<0.001

Sem instrução/fundamental incompleto	0.63	22.51	21.41- 23.65	
Fundamental completo/médio incompleto	0.10	22.05	18.94- 25.51	
Médio completo/superior incompleto	0.16	17.61	15.64- 19.77	
Superior completo	0.11	15.22	13.03- 17.70	
Renda familiar <i>per capita</i>				0.0671
Até 1 SM	0.45	22.16	20.79- 23.59	
> 2 até 3 SM	0.39	20.07	18.65- 21.56	
> 3 SM	0.16	19.56	17.41- 21.90	
Tabagismo				(0)<0.001
Não	0.89	21.53	20.58- 22.52	
Sim	0.11	15.21	12.91- 17.82	
Consumo de bebida alcoólica				(0)<0.001
Nunca	0.73	22.61	21.57- 23.69	
< 1 vez/mês	0.08	15.48	12.87- 18.50	
> 1 vez/mês	0.19	16.15	14.16- 18.36	
Atividade física				0.0057<0. 05
Fisicamente ativos	0.19	17.99	15.94- 20.24	
Insuficientemente ativos	0.81	21.54	20.55- 22.56	

IMC (peso/altura²)				(0)<0.001
Peso adequado	0.44	18.20	16.99- 19.49	
Baixo peso	0.15	13.77	11.95- 15.82	
Sobrepeso/obesidade	0.41	26.00	24.49- 27.56	
Percepção em saúde				(0)<0.001
Muito boa/boa	0.47	14.23	13.05- 15.50	
Regular	0.42	25.12	23.70- 26.59	
Ruim/muito ruim	0.11	32.65	29.87- 35.55	
Consulta médica recente				(0)<0.001
Sim	0.89	22.43	21.46- 23.42	
Não	0.11	6.30	4.92- 8.04	
Plano de saúde				0.2353
Sim	0.29	19.95	18.25- 21.76	
Não	0.71	21.22	20.18- 22.29	

Tabela 2. Características dos idosos com diagnóstico de diabetes segundo prevalência, tratamento e controle. Pesquisa nacional de Saúde, 2019.

Características	%	IC 95%
População total	(n=22728)	
Idosos com diabetes*	20.84	19.95-21.75
Em tratamento	(n=4034)	
Sim	97.11	96.08-97.88
Não	2.89	2.19-3.92
Acompanhamento regular com médico	(n=4274)	
Sim	72.35	69.95-74.63
Não	27.65	25.37-30.05
Com diabetes controlado	(n=3799)	
Sim	65.93	63.53-68.25
Não	34.07	31.75-36.47
*Classificada pelo critério ter diagnóstico ou tomar medicação.		

Tabela 3. Associação entre o diagnóstico de diabetes com as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, condições de saúde e uso de serviços de saúde em idosos brasileiros. Pesquisa nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	Análise Bruta	Análise Ajustada
	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Sexo		
Masculino	1	1
Feminino	1.11(1.01-1.21)	1.10(0.99-1.21)
Faixa-etária (anos)		
60 a 69	1	1
70 a 79	1.22(1.10-1.35)	1.16(1.05-1.28)
80 ou mais	1.04(0.91-1.20)	0.97(0.83-1.12)
Estado civil		
Casado	1	1
Separado/solteiro	0.94(0.85-1.05)	0.93(0.84-1.04)
Viúvo	1.11(1.00-1.23)	1.02(0.90-1.15)
Cor da pele (referida)		
Branca	1	1
Parda e Preta	1.11(1.01-1.21)	1.06(0.97-1.17)
Escolaridade (anos)		
Sem instrução/fundamental incompleto	1	1
Fundamental completo/médio incompleto	0.98(0.83-1.15)	1.00(0.86-1.19)
Médio completo/superior incompleto	0.78(0.69-0.89)	0.79(0.69-0.90)
Superior completo	0.68(0.58-0.79)	0.62(0.51-0.75)
Renda familiar <i>per capita</i>		
Até 1 SM	1	1
> 2 até 3 SM	0.91(0.82-1.00)	0.96(0.86-1.07)
> 3 SM	0.88(0.77-1.00)	1.16(0.99-1.36)
Tabagismo		
Não	1	1
Sim	0.71(0.60-0.84)	0.77(0.65-0.91)
Consumo de bebida alcoólica		

Nunca	1	1
< 1 vez/mês	0.68(0.57-0.83)	0.77(0.64-0.92)
> 1 vez/mês	0.71(0.62-0.82)	0.87(0.75-1.00)
Atividade física		
Fisicamente ativos	0.84(0.73-0.95)	1.00(0.88-1.14)
Insuficientemente ativos	1	1
IMC (peso/altura²)		
Peso adequado	1	1
Baixo peso	0.76(0.65-0.89)	0.71(0.61-0.83)
Sobrepeso/obesidade	1.43(1.31-1.56)	1.37(1.25-1.50)
Percepção em saúde		
Muito boa/boa	1	1
Regular	1.77(1.59-1.96)	1.68(1.50-1.87)
Ruim/muito ruim	2.29(2.03-2.60)	2.13(1.87-2.43)
Plano de saúde		
Sim	1	1
Não	1.06(0.96-1.18)	1.00(0.89-1.12)
Consulta médica recente		
Sim	1	1
Não	0.28(0.22-0.36)	0.32(0.23-0.38)
Notas:		
RP: Razão de Prevalência, IC95%: intervalo de 95% de confiança.		
* p<0.001		
** p<0.01		
*** p<0.05		

ANEXO A

NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA

As normas em sua íntegra podem ser consultadas em:

<https://www.abrasco.org.br/site/revistas/revista-brasileira-de-epidemiologia/submissao-de-artigos/>

Segue a lista relevante de normas para o presente trabalho:

“Tipos de manuscritos aceitos

A RBE recebe manuscritos nas seguintes categorias:

• **Artigos originais:** com resultados inéditos de pesquisas (máximo de 3.400 palavras);

Artigos que descrevam e analisem os procedimentos metodológicos de estudos conduzidos no Brasil: o objetivo é apresentar como se dá a construção de estudos de base populacional, sejam transversais ou de coorte, compartilhando experiências, desafios e soluções. A Introdução deve apresentar o contexto e sua justificativa; os Métodos devem conter os procedimentos adotados, público participante, medidas realizadas, desafios e soluções; os Resultados devem contemplar os principais resultados gerais do estudo; e a Discussão deve apresentar as suas implicações, como o artigo se situa diante das demais pesquisas e incluir suas fortalezas e limitações (máximo de 3.400 palavras);

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do texto, além de *abstract* em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do *abstract* no idioma original do artigo, além de resumo em português.

Os manuscritos devem ser apresentados obrigatoriamente com a seguinte estrutura, em arquivo único:

Nas páginas que seguem, iniciando sempre em nova página, as seguintes seções devem ser apresentadas:

Resumo e abstract

Os resumos devem ter, no máximo, 250 palavras e devem ser apresentados na forma estruturada, contemplando as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. As mesmas regras aplicam-se ao abstract.

Os autores deverão apresentar no mínimo quatro e no máximo seis palavras-chave no idioma em que o manuscrito foi apresentado e em inglês. Caso o idioma seja o inglês, as palavras-chave também devem ser enviadas em português. Esses descritores devem estar padronizados conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (disponíveis em <http://decs.bvs.br/>).

- **Introdução**
- **Métodos**
- **Resultados**

- **Discussão**

Recomenda-se que o(s) último(s) parágrafo(s) da Discussão seja(m) destinado(s) às conclusões e recomendações.

Referências

Devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a primeira menção no texto e utilizando-se algarismos arábicos sobrescritos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética dos autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos seis primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Sempre que disponível, o Digital Object Identifier (DOI) deve ser informado ao final da referência, conforme exemplo a seguir. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverão ser indicados o título do periódico, o ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses, “No prelo” ou “In press”. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS***Artigo de periódico***

Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farías-Antunez S, Ribeiro CG, Miranda VIA, et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. Rev Saúde Pública 2018; 52: 22. <https://doi.org/10.11606/s518-8787.2018052000103>

Barros AJ, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. PLoS Med 2013; 10: e1001390. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001390>

Figuras e tabelas

As tabelas e figuras (gráficos, mapas e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em arquivos separados. Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de cinco páginas dedicadas a tabelas e figuras. Não formatar tabelas usando a tecla TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa de editor de texto.

As ilustrações podem ter, no máximo, 15 cm de largura na orientação retrato e 24 cm de largura na orientação paisagem e ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como “Normal”). Devem ser apresentadas em fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaço entrelinhas 1,5. São aceitas figuras coloridas. As fotos devem ser fornecidas em alta resolução; os gráficos, em formato editável; e as tabelas, equações, quadros e fluxogramas devem ser enviados sempre em arquivo editável (MS Word ou MS Excel), nunca em imagem.

Material suplementar

Materiais adicionais que contribuam para melhor compreensão do artigo podem ser submetidos pelos autores. Esses arquivos ficarão disponíveis online e devem ser mencionados no corpo do texto. No entanto, esse material não será incorporado na diagramação do artigo e será publicado na forma em que for recebido. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, os documentos suplementares não passarão por revisão, padronização, diagramação ou tradução. Cada arquivo suplementar deve ser acompanhado de título que o descreva. Os autores devem transferir os arquivos em PDF, com a opção Arquivo Complementar para Avaliação (*Supplemental File for Review*). O conteúdo desses arquivos não deve ser inserido no final do manuscrito. Todos devem ser

suficientemente claros para permitir sua reprodução e as imagens devem ser fornecidas em alta resolução.

Conflito de interesses

Todos os autores devem manifestar a existência ou a ausência de conflitos de interesses na realização do estudo. Os conflitos de interesses podem ocorrer quando algum autor ou instituição tem relações de qualquer natureza com organizações ou indivíduos que podem influenciar o estudo em questão. Exemplos de conflitos de interesses incluem vinculação de emprego, prestação de serviços de consultoria, financiamento ou outro auxílio financeiro recebido, participação acionária em empresas, posse de patentes e homenagens recebidas. Caso não haja conflito de interesses, os autores devem declarar: “Os autores informam a inexistência de qualquer tipo de conflito de interesses”.

A informação sobre conflitos de interesses deve ser incluída na folha de rosto.

Declarações

Todos os autores deverão concordar e assinar a declaração de conflito de interesses, a declaração de direitos autorais e a declaração de exclusividade da primeira publicação.

Não é necessário o envio das declarações na submissão do manuscrito. Os documentos serão solicitados pela secretaria da RBE apenas após a aprovação do manuscrito.

Uso de guias para relato de informações científicas

Recomenda-se aos autores, sempre que pertinente, a leitura e a observância dos guias de redação científica. Para ensaios clínicos, recomenda-se o CONSORT (<http://www.consort-statement.org/>), para estudos observacionais o STROBE (<http://www.strobe-statement.org>) e para revisões sistemáticas o PRISMA (<http://www.prisma-statement.org>). Sugere-se o portal da Rede EQUATOR (*Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research*) para acesso a outros guias e para orientações adicionais que visam garantir qualidade e transparência nas pesquisas em saúde (<https://www.equator-network.org>).

Outras orientações

Todo o conteúdo do artigo (folha de rosto, resumo, abstract, introdução, método, resultados, discussão, referências bibliográficas) deve ser apresentado em fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaço entrelinhas duplo. Não utilizar quebras de linha. Não utilizar hifenizações manuais forçadas.

O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word).

Quando abreviaturas forem citadas pela primeira vez no texto, devem ser acompanhadas pelo termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo. “