

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUANA AKEMI AMANO KATO

**PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO NA GESTÃO DO CUIDADO DE
PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

CAMPO GRANDE, MS
2025

LUANA AKEMI AMANO KATO

**PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO NA GESTÃO DO CUIDADO DE
PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Enfermagem, do
Instituto Integrado de Saúde, da
Universidade Federal de Mato Grosso do
Sul, como parte dos requisitos para
obtenção do título de bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Professora Doutora Rosilene
Rocha Palasson

CAMPO GRANDE, MS
2025

Dedico:

A minha mãe e ao meu pai por tudo, inclusive a minha vida, que agora eles acompanham não por corpo fisicamente, mas através da alma, lembranças e amor.

Ao meu namorado que me auxiliou e me deu forças para continuar nessa jornada.

A minha família e amigos por todo o companheirismo.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e sua completude no acompanhamento de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, utilizando dados de prontuários de 537 pessoas portadoras de DM2 de uma Unidade Básica de Saúde no Centro-Oeste, dentre estes, 404 apresentaram elegibilidade para a realização da pesquisa. Como critérios de exclusão adotou-se: óbito; indisponibilidade de dados para a estratificação de risco e ausência de consultas; exames laboratoriais sem data de 2023; diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1; DM2 resolvida e/ou paciente sem diagnóstico; e idade <18 anos. A coleta de dados ocorreu entre janeiro a julho de 2024, com base nas informações referentes ao período de janeiro a dezembro de 2023. Foram coletados dados sobre identificação, consultas, exames, avaliação dos pés e encaminhamento multiprofissional do último ano. Os resultados revelaram que, dos 404 prontuários elegíveis, 61,2% eram mulheres e 66,2% idosos. Houve uma incompletude de registros de escolaridade (64,3%), ocupação (98,0%) e estado civil (97,5%). Observou-se ausência de registro referente à participação em grupos do HIPERDIA em 52,0% dos prontuários, bem como a não realização do exame do pé diabético em 90,1% dos casos. Os registros de atendimento multiprofissional foram escassos: 85,9% sem odontólogo, 98% sem nutricionista e 92,4% sem oftalmologista. Os resultados evidenciaram que a eficácia do PEC no manejo da DM2 depende da qualidade e abrangência dos registros. Os achados ressaltam a necessidade de educação continuada das equipes sobre o uso do PEC como ferramenta de gestão clínica e epidemiológica, e o incentivo à adesão aos manuais de manejo e protocolos clínicos. Isso demonstra que a completude do registro é essencial para a geração de indicadores que orientem a melhoria da qualidade do cuidado e a correta estratificação de risco para definir linhas de cuidado mais resolutivas.

Descritores: sistema único de saúde; atenção primária à saúde; diabetes mellitus tipo 2; registros eletrônicos de saúde; sistemas de informação em saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the use of Electronic Health Record (EHR) and their completeness in the monitoring of people with type 2 diabetes mellitus (T2DM) in Primary Health Care (PHC). This is a quantitative and descriptive study using data from the medical records of 537 patients with T2DM (age ≥ 18 years) at a Basic Health Unit in the Midwest, of these, 404 were eligible to participate in the research. Exclusion criteria included: death; unavailability of data for risk stratification and absence of consultations; laboratory tests without a date from 2023; diagnosis of type 1 diabetes mellitus; resolved T2DM and/or undiagnosed patients; and age <18 years. Data collection took place between January and July 2024, based on information from January to December 2023. Data collection included identification, consultations, examinations, foot assessments, and multidisciplinary referrals within the last year. The results revealed that, of the 404 eligible medical records, 61.2% were women and 66.2% were elderly. There was a lack of records on education (64.3%), occupation (98.0%), and marital status (97.5%). Participation in the HIPERDIA program was absent in 52.0% of the records, as was the failure to perform a diabetic foot exam in 90.1% of cases. Records of multidisciplinary care records were scarce: 85.9% did not have a dentist, 98% did not have a nutritionist, and 92.4% did not have an ophthalmologist. The results highlighted that the effectiveness of the EHR in the management of T2DM depends on the quality and comprehensiveness of the records. The findings emphasize the need for continuing education for healthcare teams on the use of the EHR as a clinical and epidemiological management tool, and the encouragement of adherence to management manuals and clinical protocols. This demonstrates that complete record keeping is essential for generating indicators that guide improvements in the quality of care and the correct risk stratification to define more effective care pathways.

Descriptors: unified health system; primary health care; diabetes mellitus, type 2; electronic health records; health information system.

SUMÁRIO

1	TCC SOB FORMA DE ARTIGO	4
2	INTRODUÇÃO	5
3	MÉTODO.....	7
4	RESULTADOS.....	9
5	DISCUSSÃO.....	14
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
	REFERÊNCIAS	18
	APÊNDICE A - Normas da revista de enfermagem da universidade federal de santa maria para a submissão de artigos	20
	APÊNDICE B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob parecer nº 4.321.389	46
	APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados	51

1 TCC SOB FORMA DE ARTIGO

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) apresenta-se no formato de artigo científico, cuja estruturação foi baseada nas normas da revista de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria para a submissão de artigos (Apêndice A).¹ O artigo encontra-se na condição de elaborado.

2 INTRODUÇÃO

A possibilidade de prevenção de complicações, hospitalizações, óbitos e elevados gastos do sistema de saúde mediante manejo adequado na Atenção Primária à Saúde (APS) classificam o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) como uma Condição Sensível à Atenção Primária (CSAP).² Esta classificação evidencia não apenas a importância clínica da doença, mas também seu potencial de controle quando abordada de forma sistematizada e preventiva.

Entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que coletivamente causam 75% de todas as mortes no mundo, o DM2 destaca-se como um dos maiores desafios à saúde pública global. A prevalência da doença tem crescido de forma alarmante, sendo hoje um dos quatro grupos de doenças responsáveis por 80% de todas as mortes prematuras por DCNTs.³

O Brasil tem vivenciado, nas últimas décadas, mudanças estruturais em sua demografia, perfil epidemiológico e padrões alimentares, e tais transformações impõem desafios substanciais aos sistemas de saúde e comprometem diretamente a qualidade de vida da população. A Atenção Primária à Saúde, mediante seus objetivos e diretrizes específicas, visa promover o monitoramento contínuo das condições de saúde e longitudinal da população adscrita, identificação precoce de agravos e complicações, assim como a orientação para o autocuidado.⁴⁻⁵

Dentro desta perspectiva organizacional, o programa HIPERDIA constitui-se uma iniciativa específica para o cadastro e acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, instituído em 2002 pelo Ministério da Saúde. O programa assegura a distribuição de medicamentos, estimula a adesão ao tratamento e reúne informações essenciais para a gestão do cuidado, contribuindo assim para a organização da atenção as tais condições crônicas.⁶ Outrossim, o acompanhamento na linha de cuidado das pessoas com condições crônicas prevê práticas de cuidado conforme a complexidade da condição de saúde, a partir da estratificação de risco com base no controle da pressão arterial, níveis de lipoproteína de baixa densidade (LDL), hemoglobina glicosilada, prescrição de medicamentos e o rastreio de agravos. Assim como a periodicidade das consultas médicas, de enfermagem e avaliações com profissionais odontólogos ajustados segundo o nível

de risco, o que assegura um acompanhamento personalizado e baseado em evidências.⁷

Para tanto, com intuito de desenvolver uma atenção alinhada às necessidades decorrentes das condições crônicas, torna-se imprescindível a incorporação de tecnologias de informação e comunicação, como o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), o qual surge como ferramenta potencial para otimizar a gestão do cuidado, melhorar a qualidade dos registros e subsidiar a tomada de decisão clínica e gerencial.⁸⁻⁹ Esta tecnologia representa uma evolução dos sistemas de informação em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo possibilidades ampliadas de monitoramento, acompanhamento e avaliação dos cuidados prestados.

Pesquisas apontam que, apesar dos avanços da tecnologia na APS, o uso do PEC ainda enfrenta desafios relacionados à infraestrutura tecnológica, capacitação profissional e principalmente a integração das informações nos diferentes níveis de atenção. Um estudo realizado no Brasil evidenciou que, embora os registros eletrônicos tenham potencial para melhorar a continuidade do cuidado, a adesão e o uso efetivo desses sistemas pelas equipes ainda são heterogêneos e limitados, especialmente no acompanhamento de condições crônicas como DM2.⁸⁻¹⁰

O objetivo deste estudo consiste em analisar o uso do prontuário eletrônico do cidadão e sua completude no acompanhamento de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal e descritiva norteado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE). O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) que apresenta três equipes de saúde, a partir da análise de dados secundários extraídos do PEC de 537 usuários.

Foram incluídas pessoas com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, com idade igual ou superior a 18 anos, cadastradas e acompanhadas pelas equipes de Saúde da Família de uma capital da região centro-oeste do país. Como critérios de exclusão adotou-se: óbito; indisponibilidade de dados para a estratificação de risco e ausência de consultas; exames laboratoriais sem data de 2023; diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1; DM2 resolvida e/ou paciente sem diagnóstico; e idade <18 anos.

Foram coletadas variáveis sociodemográficas como nome, idade, sexo, naturalidade, cor autorreferida, estado civil, escolaridade, profissão e informante, além de presença de outras comorbidades e histórico familiar de DM2. Em relação ao processo de cuidado, foram coletadas a frequência de consultas médicas e de enfermagem, participação em grupos de HIPERDIA, solicitação e/ou registro de resultados de exames laboratoriais, sendo glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada (HbA1c), creatinina, urina tipo 1 e hemograma, registro de avaliação dos pés, registro de assuntos/avaliações abordadas durante as consultas, como orientações sobre mudanças no estilo de vida (MEV), ajuste de medicamentos, registro de dados antropométricos, complicações relacionadas a DM2 e fatores de risco. Assim como, encaminhamento para a equipe e-multi.

Para estratificar os riscos foi utilizado o guia rápido de diabetes mellitus Manejo clínico na Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Dessa forma, os pacientes foram estratificados em baixo, médio, alto ou muito alto risco. Os critérios para estratificação de baixo risco se deu através da alteração de glicemia em jejum e intolerância à sobrecarga de glicose.¹¹

Para a estratificação de médio, alto, muito alto ou gestão de caso, é necessário

o diagnóstico de DM2 e um ou mais critérios seguintes: para o médio risco é necessário HbA1c menor que 7,5 e valor pressórico adequados e/ou ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou ausência de complicações crônicas; para alto risco, é preciso HbA1c entre 7,5% à 9% ou valor pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas; o risco muito alto é referente às pessoas com HbA1c entre 7,5% à 9% ou valor pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas, ou HbA1c e valor pressórico adequados com internações por complicações crônicas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas; e para gestão de caso e referente a HbA1c maior de 9% ou valor pressórico inadequado ou múltiplas com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses ou síndrome arterial aguda há menos de 12 meses ou complicações crônicas severas ou comorbidades severas ou risco social.¹¹

Para manejo dessa estratificação de risco, a SESAU preconiza para baixo risco ao menos uma consulta médica intercalada com consultas de enfermagem semestrais. Para médio risco consultas médicas semestrais intercaladas com consultas de enfermagem trimestrais e para alto ou muito alto risco consultas médicas intercalas com consulta de enfermagem quadrimestrais.¹¹

Os dados foram coletados durante os meses de janeiro a julho de 2024, com base em informações referentes ao período de janeiro a dezembro de 2023. Além do acesso ao prontuário eletrônico utilizou-se o portal desenvolvido para que os profissionais da saúde e os usuários consigam acessar os resultados de exames laboratoriais. Em ambos momentos foi mantida a segurança e a confidencialidade das informações obtidas conforme as diretrizes éticas e institucionais.

Os dados foram organizados na planilha eletrônica *Microsoft Excel* e analisados por meio de estatística descritiva, frequências absolutas e relativas calculadas com o auxílio do *software Jamovi*. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob parecer nº 4.321.389 (Apêndice B).

4 RESULTADOS

Em primeiro momento, realizou-se análise descritiva exploratória a fim de se identificar proporções das categorias válidas de cada variável, bem como, identificar as proporções de casos ausentes. A versão inicial do banco de dados, com 537 observações, incluindo dados registrados como ausentes, pode ser utilizada para a análise de completude dos dados nos prontuários eletrônicos.

Diante da análise exploratória e, a fim de se possibilitar a análise de fatores associados às variáveis indicadoras de acompanhamento dos casos de pessoas com DM2, foram realizadas as seguintes exclusões: sete casos ausentes conforme variável “cor”; um caso de menor de 18 anos; setenta e seis casos de pacientes sem diagnóstico de DM2; trinta e seis casos de “não registrado no último ano” conforme variável “Hemoglobina Glicosilada”; onze casos de “óbito”; e dois casos de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1. Com isso, foram mantidas 404 observações.

As variáveis estado civil, escolaridade, profissão, histórico familiar, HIPERDIA, apresentaram proporções de dados ausentes ou registrados como “Não registrado”, respectivamente, iguais a 97,5% (n=394), 64,3% (n=260), 98% (n=396), 99,2% (n=401), 52% (n=21). Dessa forma, dentre os 537 prontuários, 404 apresentaram elegibilidade para a realização da pesquisa. Destes, predominaram usuários na faixa etária de 60 a 91 anos (66,2%, n=267).

A maioria era do sexo feminino (61,2%, n=247). Quanto à cor da pele autorreferida, houve prevalência de brancos (45,3%, n=183) e pardos (40,1%, n=162). Em relação à escolaridade, a maior parte dos registros estava ausente, dos registros presentes, destacou-se o ensino fundamental incompleto (35,4%, n=61).

A caracterização dos participantes quanto a frequência de realização de exames laboratoriais é demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequência de realização de exames laboratoriais dos participantes cadastrados nas equipes da APS com DM2. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2025

Variáveis	N	%
Frequências de glicemia em jejum		
A cada 2 meses	3	0,7%
A cada 3 meses	25	6,2%
A cada 4 meses	1	0,2%
A cada 5 meses	2	0,5%
A cada 6 meses	68	16,8%
A cada 10 meses	1	0,2%
Anual	214	53%
Frequências de hemoglobina glicosilada		
A cada 2 meses	3	0,7%
A cada 3 meses	23	5,7%
A cada 4 meses	2	0,5%
A cada 5 meses	3	0,7%
A cada 6 meses	73	18,1%
A cada 10 meses	2	0,5%
Anual	203	50,2%
Frequências de creatinina		
A cada 2 meses	4	1,0%
A cada 3 meses	36	8,9%
A cada 4 meses	6	1,5%
A cada 5 meses	2	0,5%
A cada 6 meses	83	20,5%
A cada 10 meses	1	0,2%
Anual	193	47,8%
Não realizado	76	18,8%
Frequências de urina tipo 1		
A cada 2 meses	2	0,5%
A cada 3 meses	13	3,2%
A cada 4 meses	1	0,2%

A cada 5 meses	1	0,2%
A cada 6 meses	56	13,9%
A cada 10 meses	2	0,5%
Anual	196	48,5%
Não realizado	130	32,2%
Frequências de hemograma		
A cada 2 meses	4	1,0%
A cada 3 meses	36	8,9%
A cada 4 meses	5	1,2%
A cada 5 meses	2	0,5%
A cada 6 meses	85	21,0%
A cada 8 meses	0	0,0%
Anual	192	47,5%

Todos os prontuários analisados confirmaram o diagnóstico de DM2 (100%, n=404). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a comorbidade mais prevalente, registrada em 82,0% (n=332) dos usuários. Quanto à estratificação de risco, 78,2% (n=316) foram classificados como risco médio, 22,5% (n=91) como alto risco e 25% (n=101) como risco muito alto.

O registro de assuntos abordados em consultas de maior predominância foi sobre mudanças no estilo de vida (MEV), que constava na maioria os prontuários (51%, n=206), enquanto o de dados antropométricos apresentava registro em apenas 9,4% (n=38) dos prontuários. Quanto aos encaminhamentos e consultas, a maioria dos prontuários não apresentavam registro para odontólogos (85,9%, n=347), nutricionista (96%, n=388) e oftalmologista (89,1%, n=360) (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência de acompanhamento e encaminhamentos registrados nos prontuários elegíveis. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2025

Variáveis	N	%
Consultas intercaladas entre médico e enfermeiro		
Mensal	12	3,0%
A cada 2 meses	37	9,2%

A cada 3 meses	114	28,2%
A cada 4 meses	24	5,9%
A cada 5 meses	4	1,0%
A cada 6 meses	89	22,0%
A cada 7 meses	2	05%
A cada 9 meses	1	0,2%
Anual	71	17,6%
Participação em grupos de HIPERDIA		
Mensal	1	0,2%
A cada 2 meses	8	2,0%
A cada 3 meses	33	8,2%
A cada 4 meses	9	2,2%
A cada 6 meses	39	9,7%
Anual	98	24,3%
Não realizado	210	52%
Registro de realização do exame de pé diabético		
Realização anual	30	7,4%
Não realizado	364	90,1%
Assuntos abordados nas consultas		
Mudança de estilo de vida	206	51%
Prescrição de receitas/renovação de medicamentos	394	87,6%
Pedido de exames laboratoriais	350	86,6%
Dados antropométricos	38	9,4%
Orientações sobre complicações	117	28,9%
Avaliação de risco para complicações	96	23,8%
Frequências de consultas com odontólogos		
A cada 3 meses	10	2,5%
A cada 4 meses	4	1,0%
A cada 5 meses	2	0,5%
A cada 6 meses	4	1,0%

Anual	32	7,9%
Encaminhado	2	0,5%
Não realizado	347	85,9%
Frequências de consultas com nutricionistas		
Anual	4	1,0%
Encaminhado	3	0,7%
Não realizado	388	96,0%
Frequências de consultas com oftalmologistas		
Anual	5	1,2%
Encaminhado	29	7,2%
Não realizado	360	89,1%

5 DISCUSSÃO

Os resultados indicam cuidados centrados nas consultas médicas e de enfermagem anual e semestralmente, baixa adesão as ações educativas e encaminhamento incipientes para profissionais da equipe multiprofissional. A estratificação de risco, embora registrada para todos os usuários, mostrou uma concentração significativa nos níveis médio, alto e muito alto, evidenciando a complexidade dos casos acompanhados pelas equipes de saúde da ESF. No entanto, a efetividade dessa estratificação depende da completude e qualidade dos dados registrados, o que remete à importância do preenchimento adequado do PEC.

A análise dos prontuários evidencia a alta frequência de dados ausentes ou não registrados, especialmente informações sociodemográficas como estado civil, escolaridade e profissão, além do histórico familiar de DM2. Essa lacuna no registro pode comprometer a avaliação integral e centrada no paciente, dificultando a identificação de determinantes sociais da saúde e a adequação do plano terapêutico às necessidades individuais.¹² A falta de registro sobre escolaridade, por exemplo, pode impactar a forma como as orientações de saúde são fornecidas.

O perfil sociodemográfico encontrado, com predomínio de idosos e mulheres, corrobora achados de outros estudos nacionais sobre o acompanhamento das pessoas com DM2 na Atenção Primária à Saúde (APS).¹⁰ A elevada prevalência da associação entre DM e HAS identificada neste estudo está em consonância com os achados de pesquisas anteriores, cujo objetivo foi avaliar a coexistência dessas condições crônicas em pacientes distintos. Tal resultado evidencia a relevância do manejo imediato dessas doenças, o que reforça a necessidade de estratégias de prevenção, acompanhamento contínuo e tratamento conjunto.¹³

Quanto aos indicadores de processo, observou-se uma frequência de consultas trimestral e semestral predominante, o que pode ser adequado para pacientes em médio risco de estratificação, mas requer um tratamento mais contínuo para pacientes em alto ou muito alto risco.¹⁰ A baixa adesão registrada ao HIPERDIA e a ausência expressiva de registros sobre avaliação dos pés diabéticos (90,6% NR) são preocupantes, pois indicam possíveis falhas no acompanhamento de aspectos essenciais do cuidado ao DM2, conforme preconizado pelas diretrizes clínicas.¹⁴

O exame periódico dos pés é fundamental, pois permite identificar alterações que podem implicar mudança na estratificação de risco, exigindo acompanhamento mais rigoroso.¹¹ Essa prática possibilita a detecção precoce e o tratamento oportuno das alterações encontradas, prevenindo diversas complicações relacionadas ao pé diabético. Pessoas sem alterações no exame clínico devem ser reavaliadas anualmente; já na presença de alterações, a avaliação deve ocorrer em intervalos mais curtos. Além disso, o exame clínico dos pés é reconhecido como fator de proteção contra o surgimento de úlceras, sendo considerado a principal medida preventiva da úlcera diabética.¹⁴

O registro anual predominante para exames como glicemia, hemoglobina glicosilada e creatinina pode não ser suficiente para um controle metabólico adequado em todos os pacientes, especialmente aqueles com maior risco ou descompensados, que podem necessitar de monitoramento mais frequente para monitorar complicações crônicas.¹¹ Por outro lado, o registro universal de orientações sobre MEV (100%) e o alto índice de registro sobre uso de medicamentos (99,6%) são aspectos positivos, sugerindo que essas informações são consideradas relevantes pelas equipes. Contudo, a qualidade e o detalhamento desses registros não foram avaliados neste estudo.

A baixa frequência de registros de dados antropométricos (8,6%) e a ausência significativa de registros de encaminhamentos para dentista, nutricionista e oftalmologista também merecem atenção. O acompanhamento multiprofissional é fundamental no manejo do DM2, e a falta de registro desses encaminhamentos no PEC pode indicar tanto uma subutilização da rede de apoio quanto uma falha no processo de documentação.¹⁵ É importante enfatizar que o acompanhamento com oftalmologista permite a detecção precoce da retinopatia diabética e de outras alterações oculares, sendo essencial para prevenir perda visual. A literatura aponta a prevalência significativa de retinopatia diabética em pacientes atendidos na atenção primária, destacando a necessidade de rastreamento regular e acompanhamento especializado.¹⁶

No âmbito odontológico, a SESAU preconiza ao menos uma consulta anual para qualquer estratificação de risco de DM2.¹¹ Há forte evidência de uma relação bidirecional entre diabetes e doença periodontal, já que pessoas com DM2 apresentam maior risco de periodontite, e essa inflamação crônica pode piorar o

controle glicêmico. Estudos nacionais reforçam a importância do acompanhamento odontológico para prevenção de complicações bucais e sistêmicas.¹⁷ Quanto à nutrição, a terapia nutricional é reconhecida pela Sociedade Brasileira de Diabetes como pilar fundamental no tratamento do DM2, contribuindo para melhor controle glicêmico, perfil lipídico, manutenção do peso e prevenção de complicações crônicas.¹⁸

A completude dos registros em sistemas de informação em saúde é crucial para a integralidade do cuidado e para a tomada de decisões baseadas em evidências, sendo considerada um atributo de qualidade dos registros, refletindo a proporção de campos devidamente preenchidos.¹⁹ A falta de dados completos pode comprometer a avaliação holística do paciente, a identificação de determinantes sociais da saúde e a adequação do plano terapêutico às necessidades individuais.¹⁹

Além do impacto direto na assistência ao paciente, a incompletude dos dados tem implicações significativas para a pesquisa e a gestão em saúde. A análise de dados incompletos pode gerar conclusões enviesadas ou imprecisas, dificultando a identificação de padrões epidemiológicos, a avaliação da efetividade de programas de saúde e o desenvolvimento de políticas públicas. Portanto, investir na melhoria da completude dos registros é uma estratégia essencial para aprimorar a qualidade do cuidado e fortalecer a capacidade de análise e planejamento em saúde.²⁰

A respeito dos resultados, algumas limitações podem ser apontadas, como a dependência da qualidade dos registros existentes e a impossibilidade de confirmar informações ou explorar aspectos não documentados. Ainda assim, fornece informações valiosas sobre a prática do registro no PEC no contexto estudado.

A utilização do PEC como ferramenta para o cuidado do DM2 apresenta potencialidades, como a centralização de informações e a possibilidade de gerar indicadores. No entanto, os achados deste estudo sugerem que seu potencial ainda é subutilizado, principalmente devido a problemas relacionados à completude e qualidade dos registros. A capacitação das equipes, a definição de fluxos de trabalho e a sensibilização sobre a importância do registro detalhado são fundamentais para otimizar o uso do PEC e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do cuidado prestado às pessoas com DM2 na APS.¹³⁻²¹

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão demonstrou um registro consistente acerca das comorbidades prevalentes como HAS, orientações sobre Mudança de Estilo de Vida e Prescrição de Medicamentos para pacientes com DM2 na equipe de Saúde da Família estudada. Contudo, identificou-se fragilidades importantes relacionadas à completude dos dados sociodemográficos e de histórico familiar, bem como sub-registros em indicadores cruciais do processo de cuidado, como avaliação dos pés diabéticos, participação em grupos de HIPERDIA e encaminhamentos multiprofissionais.

Neste sentido, os resultados apontam para a necessidade de educação continuada e capacitação das equipes de saúde. O enfoque deve ser duplo: primeiro, na formação sobre a utilização do PEC como instrumento de gestão clínica e epidemiológica, ressaltando que a completude é a base primária para a tomada de decisão; em segundo lugar, no incentivo para que os profissionais acessem e utilizem os manuais de manejo e os protocolos clínicos vigentes. A educação continuada é um investimento essencial para garantir que os profissionais estejam atualizados e utilizem o PEC para maximizar o potencial de cuidado, transformando os dados coletados em ações concretas para a melhoria da saúde da população. Recomenda-se a realização de estudos multicêntricos e a implementação de intervenções educativas focadas na melhoria da qualidade do registro e na utilização dos indicadores gerados pelo sistema.

Embora o PEC seja uma ferramenta com potencial para qualificar o acompanhamento, sua efetividade no manejo do DM2 no cenário analisado parece limitada pela qualidade e abrangência dos registros, indicando a necessidade de estratégias para melhorar o preenchimento e a utilização do sistema pelas equipes de saúde para assim, implementar melhor a estratificação de risco para definir uma linha de cuidado para os pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Revista de Enfermagem da UFSM. Submissões. Santa Maria: Revista de Enfermagem da UFSM. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/about/submissions>.
2. Santos FM, Macieira C, Machado ATGM, Borde EMS, Santos AF. Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP): uma análise segundo características sociodemográficas, Brasil e regiões, 2010 a 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2022;25:E220012. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220012.2>.
3. World Health Organization. Noncommunicable (US). Noncommunicable diseases [Internet]. 2024 [acesso em 2025 ago 28]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
4. Vieira FS, Silva JDMS, Costa KLSS, Gonçalves DMJ, Sousa MCOC, et al. O papel da estratégia saúde da família (ESF) na promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas no Brasil. *Cognitus Interdisciplinary Journal*. 2025;2(2):19-32. doi: <https://doi.org/10.71248/z9yezd48>.
5. Barbosa MU, Maranhão AAS, Silva ARS, Rocha, LVM. Atenção Primária à Saúde e ao Manejo de Doenças Crônicas: Modelos de Sucesso e Desafios no Acompanhamento Continuado. *Revista Brasileira de Implantodontia e Ciências da Saúde*. 2025;7(4):543-552. doi: 10.36557/2674-8169.2025v7n4p543-552.
6. Raimundo GE, Moraes TS. Melhores práticas na atenção primária para pessoas com hipertensão e diabetes: revisão integrativa. *Journal of Nursing and Health*. 2024;14(3):e1427506. doi: <https://doi.org/10.15210/jonah.v14i3.27506>.
7. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2012 [acesso em 2025 ago 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf.
8. Ávila GS, Cavalcante RB, Gontijo TL, Carbogim F da C, Brito MJM. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA GESTÃO DO CUIDADO EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. *Cogitare Enferm*. 2022;27:e79641. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.79641>.
9. Ministério da Saúde (BR). e-SUS Atenção Básica: MANUAL DE USO DO SISTEMA COM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO - PEC [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2019 [acesso em 2025 ago 28]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf.
10. Araújo RCS, Costa PA, Celestino MNS, Paixão MES, Santos CLJ, Andrade LDF, et al. Conhecimento e utilização de direito à saúde por usuários com diabetes: pesquisa de métodos mistos. *Escola Anna Nery*. 2023;27:e20220298. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0298pt>.
11. Secretaria Municipal de Saúde (BR). Diabetes mellitus: Manejo clínico na Atenção Primária à Saúde. 1 ed [Internet]. Campo Grande: SESAU; 2021 [acesso em 2025 ago 28]. Disponível em:

<https://cdn.campogrande.ms.gov.br/portal/prod/uploads/sites/30/2020/08/guia-rapido-diabetes-mellitus-18-02-2021.pdf>.

12. Neves RG, Duro SMS, Nunes BP, Facchini LA, Tomasi E. Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. *Epidemiologia e serviços de saúde*. 2021;30(3):e2020419. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300015>.

13. Celuppi IC, Mohr ETB, Felisberto M, Rodrigues TS, Hammes JF, Cunha CL, et al. Dez anos do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS APS: em busca de um Sistema Único de Saúde eletrônico. *Revista de Saúde Pública*. 2024;58-23. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005770>.

14. Caldeira JMA, Silva DVA, Barbosa LR, Evangelista CB, Brito, MFSF, Caldeira AP, et al. Cuidados de enfermagem ao pé diabético na atenção primária: revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2024; 37:eAPE01684. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AR001684>.

15. Passos TS, Tiago, Brito AP, Sena, Santos DB, Barreto AA, et al. Utilização dos relatórios do e-SUS da Atenção Primária à Saúde na rotina de trabalho de equipes de Saúde da Família. *Saúde em Debate*. 2024;2:e8917. doi: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E28917P>.

16. Guedes MF, Portes AJF, Junior ASC, Nunes JS, Oliveira RCC. Prevalência da retinopatia diabética em unidade do Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Oftalmologia*. <https://www.scielo.br/j/rbof/a/PcDCQmZB5SdNSnZkWMXtmMC/?format=html&lang=pt>

17. Almeida TCS, Sousa BM, Souza GR, Gomes TA, Mota LO. Importância da oftalmoscopia realizada na Atenção Básica de Saúde para diagnóstico precoce da Retinopatia Diabética e Hipertensiva. *Revista de Saúde*. 2021;12(3):33-36. doi: [10.21727/rs.v12i3.2781](https://doi.org/10.21727/rs.v12i3.2781).

18. Ramos S, Campos LF, Baptista DR, Strufaldi M, Gomes DL, Guimarães DB, et al. Terapia nutricional no pré-diabetes e no diabetes mellitus tipo 2. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes*. doi: [10.29327/5238993.2023-8](https://doi.org/10.29327/5238993.2023-8).

19. Xavier DR, Albuquerque MP, Sousa-Carmo SVT, Pinter A. Avaliação da completitude e oportunidade dos dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) para febre maculosa no estado de São Paulo, 2007-2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2023;32(2):e2022416. doi: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200011>.

20. Mendes MS, Oliveira ALS, Schindler C. Avaliação da completitude, consistência e não duplicidade dos dados de notificação da hanseníase no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, João Pessoa, Paraíba: estudo descritivo, 2001-2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2023;32(2):e2022734. doi: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200008>.

21. Valdes G, Souza AS de. Uso de prontuário eletrônico e parâmetros de acesso e acolhimento segundo dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2024; 29:e04492023. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.04492023>.

APÊNDICE A – Normas da Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria para a submissão de artigos¹

22/10/2025, 20:42

Submissões | Revista de Enfermagem da UFSM


[Início](#) / [Submissões](#)

Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

✓ A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista. ; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor". LEMBRETE: o autor ou autora correspondente está assumindo toda e qualquer responsabilidade pelas informações da submissão e os demais autores e autoras (se houver) estão de acordo com todas elas.

✓ O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na seção Sobre a Revista.

✓ Além do/a autor/a correspondente, todas as pessoas responsáveis pela autoria do artigo possuem cadastro na revista.
IMPORTANTE: Todas as informações do cadastro devem estar completas e atualizadas (Afiliação, Lattes, Orcid etc.).

✓ O manuscrito deve ser composto por, no máximo, oito (8) autores (exceto em estudos multicêntricos).

O texto:

- ✓ - Os arquivos para submissão devem estar em formato Microsoft Word (desde que não ultrapassem 2MB).
- Deve seguir as orientações do Template e de Estrutura do Manuscrito;

– As ilustrações, tabelas e quadros devem estar inseridos no texto, e não no final do documento.



Nas referências, o número do DOI ou o link de acesso (quando não tiver DOI) deve ser informado e estar ativo.



A identificação de autoria do trabalho será removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, quando submetido para avaliação por pares. Assim, estará garantindo o critério de sigilo da revista conforme instruções disponíveis em [Assegurando a Avaliação Cega por Pares](#).



Procedimentos do periódico para avaliação do teor de similaridade (plágio): para detectar similaridade com outros textos já publicados, a REUFSM faz uso do verificador de plágio Turnitin, adquirido pela UFSM. Esta verificação se dá a partir da expertise dos editores científicos e associados nas seguintes etapas do processo de julgamento e editoração: pré-análise e anteriormente à edição para publicação.

Diretrizes para Autores

DIRETRIZES PARA AUTORES

Atualizadas em fevereiro de 2023

INFORMAÇÕES GERAIS

- Os manuscritos para publicação devem ser enviados **exclusivamente** à Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - REUFSM, não sendo permitida a apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente.
- Os manuscritos poderão ser encaminhados nos idiomas: português, espanhol ou inglês.
- A REUFSM publica 80% dos seus artigos na categoria original.
- Na REUFSM podem ser publicados artigos escritos por especialistas de outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de saúde.
- A submissão dos artigos é **on-line** no site: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/index>
- **Todos os autores deverão ser cadastrados na página da REUFSM**, com o preenchimento completo dos seus metadados: nome completo, e-mail, ORCID, currículo Lattes (somente para autores brasileiros), instituição/afiliação, país e resumo da biografia. Uma vez submetido o manuscrito, a autoria não poderá ser modificada.

- O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade dos autores.
- As opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos; bem como, a exatidão e procedência das citações são de inteira responsabilidade dos autores. Portanto, não refletem a posição/opinião do Conselho Diretor e Conselho Editorial da REUFSM.
- A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais. Portanto, dá-se ao direito de solicitar a revisão do idioma de submissão aos autores, no ato da submissão.
- Procedimentos do periódico para avaliação do teor de similaridade (plágio): para detectar similaridade com outros textos já publicados, a REUFSM faz uso do verificador de plágio *Turnitin*, adquirido pela UFSM. Esta verificação se dá a partir da expertise dos editores científicos e associados nas seguintes etapas do processo de julgamento e editoração: pré-análise e anteriormente à edição para publicação.

TAXAS

- Após a submissão, o artigo entrará na etapa de *checklist* e caso tenha atendido a todos os critérios de normas e de documentação obrigatória para submissão, será cobrada uma taxa de avaliação no valor de R\$200,00 (duzentos reais).
- Caso o artigo seja aceito para publicação os autores deveram pagar a taxa de publicação no valor de R\$600,00 (seiscentos reais) por artigo.
- As taxas de avaliação e publicação serão solicitadas somente via sistema da REUFSM ou via e-mail reufsm@ufsm.br.
- As taxas de avaliação e de publicação deverão ser enviadas **somente quando solicitado** e obrigatoriamente devem ter seus comprovantes de pagamento **anexados no sistema da REUFSM** como documentação suplementar.
- Em caso de arquivamento (rejeição) do manuscrito, as taxas **não** serão ressarcidas aos autores.
- Dados da conta para a realização dos pagamentos:

Banco do Brasil; variação 001; Agência: 1484-2; Conta corrente: 43.607-0; Beneficiário:
Fundação de Apoio a Ciência e Tecnologia – FATEC; CNPJ: 89.252.431/0001-59.

ATENÇÃO: Para emissão de Nota Fiscal, é necessário anexar cópia do comprovante do pagamento e informar por email (reufsm@ufsm.br) os seguintes dados: **nome completo, data de nascimento, CPF, endereço completo com CEP e número do telefone com DDD**. Se a verba for decorrente de

algum **FOMENTO**, também indicar o **número do processo** e o **nome da agência de fomento**.

ATENÇÃO: após emitido o recebido, não poderá ser feito nota fiscal. Assim, é fundamental que a NF seja solicitada no envio do comprovante do pagamento da taxa.

METADADOS

É obrigatório que os metadados de **TODOS** os autores do manuscrito (**no máximo oito (8) autores; exceto, devidamente justificado em projetos multicêntricos**) estejam corretamente preenchidos:

- Nome completo, por extenso
- E-mail
- URL Lattes (autores nacionais)
- Orcid
- Resumo da biografia (contendo categoria profissional, maior titulação, nome da instituição de origem/Afiliação, cidade, estado e país, endereço eletrônico e orcid)
- Nome da instituição de origem.

INFORMAÇÕES DE SUBMISSÃO

- O artigo deve ser submetido nas **categorias de manuscrito**:

- **Editorial:** de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que convidará autoridades para escrevê-lo. Limite máximo de duas páginas e com até cinco referências.
- **Artigos originais:** contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica, original e concluída. O corpo do texto do manuscrito deverá conter itens **distintos**, estruturados em: introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. O limite máximo é de 20 páginas, com no mínimo 10 e no máximo 30 referências. A REUFSM publica 80% dos seus artigos nesta categoria.
- **Artigos de revisão:** compreende avaliação crítica, sistematizada da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e conclusões. **Não** serão aceitos estudos de **revisão narrativa**. Limite máximo de 20 páginas. Sem limite de referências.
- **Relato de experiência:** compreende experiências acadêmica, profissional, assistencial, de extensão, de pesquisa, entre outras, relevantes para a área da saúde (preferencialmente, relatos de experiências provenientes de estudos multicêntricos; de trocas de experiência entre pesquisadores nacionais e internacionais e experiências provenientes de projetos financiados por órgão de fomento nacional/internacional). Deve incluir uma seção que descreva: local, período, participantes ou fontes de informação, com descrição pormenorizada das ações realizadas e vivenciadas. Deve incluir também, algum tipo, mesmo que informal, de avaliação final da experiência, possíveis facilidades e dificuldades encontradas no processo, impactos na prática e mudanças a serem efetivadas. Limite máximo de 15 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.
- **Artigos de reflexão:** formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação, sobre a situação global em que se encontra determinado assunto. Matéria de caráter opinativo ou

22/10/2025, 20:42

Submissões | Revista de Enfermagem da UFSM

análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de Enfermagem. Limite máximo de 15 páginas. No mínimo 10 e no máximo 25 referências.

– São **documentos obrigatórios** no ato da submissão:

- **Manuscrito** em formato .doc, seguindo o [Template do Manuscrito](#), o qual deverá ser anexado como documento principal;
- **Title page** em formato .doc, seguindo o [Template Titlepage](#); a qual deverá ser anexada como documento suplementar
- **Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa** (digitalizada e em PDF), anexada no momento da submissão como documento suplementar, **obrigatório somente para artigos originais** (de acordo com as Resoluções 466/2012 - 510/2016 - 580/2018, do Ministério da Saúde) e **relato de experiência** (quando é produto de um projeto de pesquisa).
- **Declaração de Autoria, Responsabilidade, Contribuição dos autores e Transferência de Direitos Autorais**, disponível para [Template de declaração de autoria](#) no site da REUFSM, a qual deve ser devidamente preenchida (título do manuscrito, marcadores de concordância, local e data da assinatura, nomes dos autores digitados, contribuição de autoria* e assinatura**), assinada pelos autores e anexada como documento suplementar em formato PDF.

Obs. 1: manter a mesma ordem de autoria na *Title Page*, na submissão do manuscrito e nesta declaração.

Obs. 2: quando os autores estiverem em locais diferentes, que impossibilite a assinatura em um mesmo documento, é possível anexar mais de uma declaração na plataforma, desde que, todas declarações contenham: Título, acordo, transferência de direitos, nomes de todos os autores e contribuições de autoria.

* As **contribuições de autoria** (presentes na *Titlepage* e na declaração de autoria) devem ser indicadas por cada autor conforme o número correspondente à sua forma de contribuição intelectual e substancial no manuscrito

- (1) concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito;
- (2) revisão e aprovação da versão final.

**Assinaturas: podem ser realizadas das seguintes formas:

- (1) Assinatura a caneta e digitalização;
- (2) Assinatura digital .GOV oficial;

(3) Assinatura digital de universidades desde que seja .GOV e seja deito o envio relatório de conformidade em anexo.

- Destacamos o papel do **autor correspondente**: assegurar que os demais autores recebam a versão submetida do manuscrito e a correspondência subsequente com os editores e pareceristas; adequar o manuscrito às normas do periódico; assegurar que os dados sejam preservados segundo as boas práticas na área.

- **Conflitos de interesses** podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos que possam influenciar na avaliação do mesmo.

- Sugere-se que o manuscrito passe por revisão do idioma. Caso seja feita, anexar a Declaração de revisão fornecida por especialista da área.

PROCESSO DE JULGAMENTO E EDITORAÇÃO DOS MANUSCRITOS

- Para publicação, além do atendimento às normas, serão considerados: atualidade, originalidade, relevância do tema, consistência científica e respeito às normas éticas. O processo de julgamento e editoração dos manuscritos está descrito, a seguir:

1. Pré-análise

- O manuscrito, inicialmente, passará para avaliação em relação à adequação às normas editoriais da REUFSM. Para isso, é utilizado um instrumento de **checklist**, que está disponível em [Template Checklist](#). No caso de haver pendências, quer seja na formatação do texto, no preenchimento dos metadados ou na apresentação dos documentos suplementares, os autores serão contatados por e-mail (conforme cadastro no metadados do manuscrito) para realizarem a retificação em até **cinco dias**. Os autores serão contatados, no máximo, três vezes para ajustes do checklist. Após a 3ª solicitação, permanecendo pendências no texto, o manuscrito será arquivado automaticamente.

Finalizado o processo de verificação do **checklist**:

- Será solicitado o pagamento da taxa de avaliação (o comprovante deverá ser anexado no sistema em documentos suplementares);

- O manuscrito será submetido à pré-análise pela comissão editorial (editor científico e/ou associado). Nesse momento, será avaliada a adequação à linha editorial (relevância, originalidade, atualidade e coerência teórico-metodológica). O manuscrito

poderá ser recusado nesta etapa, sem obrigatoriedade de passar pela avaliação por pares.

2. Encaminhamento do manuscrito para avaliação de pares

- Concluídas as etapas de *checklist* e pré-análise, o manuscrito será designado aos consultores *ad hoc*, conforme a temática do estudo. O Editor associado é responsável por acompanhar todo o processo de avaliação do manuscrito (indicação de consultores *ad hoc*; avaliação dos pareceres e, em caso de divergência nas avaliações, solicitar outro parecer).

- O Conselho Diretor assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares; bem como, o anonimato e sigilo dos consultores *ad hoc* quanto às suas participações.

3. Comunicação da decisão editorial aos autores

- O Editor associado, com base nos pareceres dos consultores *ad hoc*, avaliará o manuscrito e fará a comunicação da decisão editorial aos autores: aceitar a publicação, solicitar correções obrigatórias ou rejeitar. Em qualquer uma das possibilidades, o autor será comunicado.

4. Reformulação do manuscrito pelos autores

- A decisão editorial, os pareceres dos consultores e os prazos para os ajustes serão disponibilizados *on-line* para o autor responsável pela submissão.

- O manuscrito será **arquivado** caso haja descumprimento do prazo ou não adequação do mesmo pelos autores. Será entendido que não houve interesse em atender às solicitações de ajustes. Os autores serão comunicados por e-mail sobre essa decisão. Se os autores ainda tiverem interesse em publicá-lo, poderão submetê-lo novamente. Será iniciado novo processo de julgamento por pares.

- Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações.

5. Tradução e editoração do artigo

- Após a aprovação do manuscrito em todas as etapas, a prova de prelo será enviada por e-mail ao autor de correspondência. O autor deverá responder, no prazo de 72 horas, concordando ou sugerindo correções **de erros de digitação ou de diagramação** contidas na versão.

- Juntamente com a carta de aceite da publicação, solicitar-se-á aos autores a tradução para o inglês do manuscrito na íntegra submetido em português ou espanhol. Os manuscritos submetidos em espanhol ou inglês deverão passar por uma revisão profissional do idioma. Nesse momento, todos os manuscritos deverão apresentar o resumo nos três idiomas (português, inglês e espanhol).

Cabe **exclusivamente** aos **autores** a escolha e o contato com os tradutores. A REUFSM não realiza indicação de profissional e/ou empresa. Os autores deverão encaminhar a **Declaração de tradução**

(ou de **revisão**, no caso dos artigos submetidos em inglês ou espanhol) fornecida e assinada pelos profissionais específicos. O **custo das traduções** é de responsabilidades dos **autores**.

- Após este processo, o manuscrito será encaminhado para editoração (diagramação e publicação).
- O autor, identificando a necessidade de solicitar uma **errata**, deverá enviá-la à REUFSM no prazo máximo de 7 dias após a publicação do artigo. Ficará a critério da revista, a decisão sobre sua relevância e possível divulgação.

DIAGRAMAÇÃO E ESTRUTURA DO MANUSCRITO

- Não deve constar no manuscrito nenhum tipo de identificação dos autores.
- Texto redigido de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>).
- Redação objetiva, linguagem adequada ao estudo e terminologia científica condizente. O(s) autor(es) deve(m) buscar assessoria linguística profissional (revisores e tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos. Tal medida evita incorreções ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo.
- O texto deve ser escrito em formato Microsoft Word. Observe que o **template do manuscrito** contém as normas a serem utilizadas. Além disso, confira a galeria de estilos do documento, onde inserimos aqueles que são mais utilizados pelos autores.

Configurações do documento do manuscrito

- O tamanho do papel é A4 (210mm x 297 mm).
- Todas as margens medem 2.5 cm.
- O texto deve ser escrito em fonte Times New Roman ou Arial, tamanho 12 (com exceção do título principal que devem ser em tamanho 14 e das legendas que devem estar em tamanho 10), com 1,5 de espaçamento.
- O espaçamento de parágrafo deve estar em todo texto, exceto títulos, dentro de tabelas e quadros, nas referências e nas citações.

Títulos

- Todos os manuscritos devem conter **Título principal, Resumo, Descritores, Introdução, Método, Resultados, Conclusão e Referências**. EXCEÇÃO: em caso de manuscritos da categoria *reflexão* fica a critério do autor utilizar **Método e Resultados**.
 - Os títulos de seções primárias (**Resumo, Introdução, Método, Resultados, Conclusão e Referências**) devem estar em **negrito** e devem ter letras maiúsculas apenas no início das palavras, com 1.5 de espaçamento.
 - Os títulos de seções secundárias (*fica a cargo do autor a presença destas*) devem estar **sem negrito e itálico** e devem ter letras maiúsculas apenas no início das palavras, com 1.5 de espaçamento.
 - Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração ou marcador de texto.
 - O título principal do manuscrito - de até no máximo 15 palavras, em **negrito**, no idioma do manuscrito, considerando letras maiúsculas somente no início e em nomes próprios, sem localização geográfica da pesquisa e abreviações.
- Obs.: Em caso de o manuscrito ter origem em tese, dissertação ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé **somente** na Title Page. Também, incluir um título resumido com até 10 palavras.

Resumo

- Abaixo da apresentação do título e apenas no idioma do manuscrito. Conciso, limite máximo de 150 palavras, elaborado em parágrafo único, com espaçamento simples entre as linhas. Evitar a utilização de sigla. No entanto, quando necessário, apresentar primeiro a nomenclatura por extenso, seguida da sigla entre parênteses. O resumo deve ser estruturado e separado nos itens - **Objetivo, Método, Resultados e Conclusão** (todos em **negrito**, somente a primeira letra em maiúsculo) e cada item deve ser seguido por dois pontos(:). Após os dois pontos, iniciar o texto com letra minúscula (ex.: **Objetivo:** analisar ...). Deverão ser considerados os novos e mais importantes aspectos do estudo que destaquem o avanço do conhecimento na Enfermagem ou na área da saúde.

Descritores

- Localizados abaixo do resumo.
- Devem estar em tres idiomas (português, inglês e espanhol). Usar os termos "**Descritores**", "**Descriptors**" e "**Descriptores**" com a primeira letra maiúscula e **negrito**.

- Incluir **cinco descritores**, idênticos ao índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS ([Site DeCS](#))

- Os descritores deverão levar em consideração as letras maiúsculas e minúsculas indicadas no [Site DeCS](#), sendo separados por ponto e vírgula (;) e sem ponto final após o último descritor.

Ex.: **Descritores:** Saúde Mental; Transtornos Mentais; Família; Enfermagem; Enfermagem Psiquiátrica

INTRODUÇÃO

Deve ser breve. Apresentar a revisão da literatura (pertinente e relevante), incluindo referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Definir claramente o problema de pesquisa e as lacunas do conhecimento.

O(s) objetivo(s) deve(m) ser coerente(s) com a proposta do estudo e ser idêntico(s) ao(s) apresentado(s) no resumo. Deve(m) estar alocado(s) no último parágrafo da introdução e iniciado(s) por verbo no infinitivo.

MÉTODO

Indicar o delineamento, o cenário estudado, a população, os critérios de seleção (inclusão/exclusão), a fonte de dados, o período de coleta dos dados e o tipo de análise realizada. As informações devem ser descritas de forma objetiva e completa.

Os manuscritos **originais** resultantes de estudos que envolvem **seres humanos** deverão indicar, no último parágrafo do método:

- Os procedimentos adotados para atender o constante da Resoluções 466/2012 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html), 510/2016 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html) e a 580/2018 (<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>) do Conselho Nacional de Saúde;
- O número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Os preceitos éticos que envolvem pesquisas com animais também deverão ser respeitados. Para os manuscritos oriundos de outros países, os procedimentos

adotados serão os constantes na Declaração de Helsink (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008). Deverá ser observado o atendimento à legislação específica do país em que a pesquisa foi realizada.

Para assegurar a qualidade e a transparência da pesquisa/investigação em saúde, sugere-se acessar: <http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-research-reports/authors-of-research-reports/#auwrit>.

Para todos os tipos de estudos usar o guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence ([SQUIRE 2.0 – checklist](#)).

Para ensaio clínico randomizado usar o seguir CONSORT ([checklist](#) e [fluxograma](#)). Informar o registro dos estudos de Ensaios Clínicos na ReBEC.

Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA ([checklist](#) e [fluxograma](#)). Informar o registro do protocolo de revisão no PROSPERO.

Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE ([checklist](#)).

Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ ([checklist](#)).

RESULTADOS

Os resultados apresentados em seção própria no manuscrito (separado da seção discussão) devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve ser complementar a essas.

DISCUSSÃO

A discussão deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores.

Sugere-se a utilização de referências de artigos publicados nos últimos cinco anos (80%), com abrangência nacional e internacional.

O penúltimo parágrafo deve conter as limitações do estudo

O último parágrafo deve conter as contribuições do estudo para a área.

CONCLUSÃO

As conclusões devem responder ao(s) objetivo(s) da pesquisa, destacar os achados mais importantes. Não podem conter nenhuma referência.

CITAÇÕES

Utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las, no texto, com os números correspondentes **sem parênteses e sobrescritos, após o ponto, sem espaço e sem mencionar o nome dos autores.**

Citação sequencial - separar os números por hífen. Ex.: Pesquisas evidenciam que...¹⁻⁴

Citações intercaladas - devem ser separadas por vírgula. Ex.: Autores referem que...^{1,4-5}

Transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta):

Até três linhas: devem ser utilizadas aspas na sequência do texto, sem itálico, letra tamanho 12, espaçamento 1,5 e referência correspondente (autor e página). Ex.: "A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base do sistema, viabilizando acesso aos usuários e sendo diretamente relacionada ao êxito desses sistemas".^{13:4}

Com mais de três linhas: usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço simples entre linhas (sem aspas e sem itálico), e referência correspondente (autor e página). Ex.:

A APS, ou Atenção Básica (AB), é considerada um desses pontos e a ordenadora da rede e, para cumprir essas funções, deve concretizar atributos essenciais: ser porta de entrada e primeiro contato, prover atuação integral, longitudinal e coordenar a ação dos demais serviços.^{13:6}

Supressões: devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]" Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Ex.: "[...] quando impossibilitado de se autocuidar".^{5:27}

Depoimentos: na transcrição de comentários/falas/depoimentos dos participantes da pesquisa, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 10 e espaço simples entre linhas e em *itálico* e sem espaçamento (0pt antes/depois e sem linha em branco).

A Identificação do participante deve estar codificada, entre parênteses, sem itálico, separada do depoimento por ponto. Ex.: *Educação permanente a gente faz, geralmente, em reunião de equipe.* (E1)

As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo, devem ser apresentadas entre colchetes, sem itálico. Ex.: *Lá [unidade de trabalho] somos um grupo coeso.* (E1)

ILUSTRAÇÕES (gráficos, figuras e quadros)

O título das figuras devem estar ABAIXO das figuras e devem ser numerados com algarismos arábicos (1,2, 3, etc) na ordem em que forem citados no texto. As figuras devem estar em JPEG ou PNG, podendo ser coloridas ou em preto e branco, a largura máxima deve ser de 14cm, centralizada no texto, sem bordas. O título da figura deve estar alinhado à esquerda, fonte tamanho 12, espaço simples. Em caso de legenda, colocar abaixo do título, fonte 10, espaço simples, justificada a esquerda, e sem grifo. Exemplo abaixo:

Figura 1 – Página da Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Brasil, 2023

TABELAS E QUADROS

Os títulos das tabelas/quadros devem estar alinhados à esquerda, fonte tamanho 12, espaço simples. O título deve estar ACIMA da tabela/quadro e deve ser numerado com algarismos arábicos (1,2, 3, etc) na ordem em que forem citados no texto.

As tabelas e quadros devem ser elaborados em formato Word ou Excel (NÃO PODEM ESTAR EM PNG OU JPEG), centralizados em relação ao restante do texto, o conteúdo deve estar em fonte tamanho 10, tendo o cabeçalho de cada coluna curtos (se abreviados deve constar uma indicação na legenda), apresentam no máximo a largura de 14cm, preferencialmente não devem exceder 45 linhas, a altura de cada linha deve ser de no mínimo 0,6.

Em caso de legenda, colocar abaixo do título, fonte 10, espaço simples, justificada a esquerda, e sem grifo. O material explicativo em notas abaixo, explica, em notas, todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela/quadro (Indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡) e apresentados tanto no interior da tabela quanto na legenda correspondente.

O cabeçalho deve estar com texto centralizado e o uso de negrito fica a critério do autor. A primeira coluna deve estar alinhada a esquerda. O restante deve estar centralizado.

A diferença de tabelas e quadros são as suas bordas e linhas internas:

Tabelas **não utilizam linhas internas e não possuem bordas**. Devem possuir linhas apenas abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior da tabela, todos na espessura de 1pt. Dados separados por linhas e colunas (invisíveis) de forma que cada dado esteja em uma célula.

Quadros tem todas as bordas e a presença de linhas internas fica a critério do autor. As bordas devem ter 1pt de espessura. As linhas internas devem ter 0.5 pt ou ½ pt.

SÍMBOLOS, ABREVIATURAS E SIGLAS

Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo.

- Deve ser **evitada a apresentação** de apêndices elaborados pelos autores.

ESTRANGEIRISMOS

- Utilizar itálico para **palavras estrangeiras**.

AGRADECIMENTOS

- Os agradecimentos e fomento deverão ser mencionados somente na *Title page*.

REFERÊNCIAS

A REUFSM adota (salvo casos específicos, descritos abaixo) os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, estilo Vancouver, disponível em:

<http://www.icmje.org> ou
<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Incluir como disponibilidade de acesso eletrônico o DOI em todas as referências, o que garante um link permanente para o artigo eletrônico. Para artigos ou textos publicados na internet que não contenham o DOI, indicar o endereço da URL completa, bem como a data de acesso em que foi consultada, seguindo as regras descritas abaixo:

Lista de referências:

Devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

A fonte utilizada deve ter tamanho 11, espaçamento simples, espaçamento de parágrafo antes/depois 6 pt e alinhamento justificado.

22/10/2025, 20:42

Submissões | Revista de Enfermagem da UFSM

As referências não devem ser repetidas na lista de referências mesmo que sejam citadas novamente no texto. Neste caso, usa-se a numeração da referência da primeira citação que já consta na lista.

Autoria:

Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida das iniciais dos prenomes e sem ponto, conforme o estilo Vancouver. O artigo apresentado pode possuir de um até seis autores. Assim, deve-se citar todos os autores, separados por vírgula. Para mais de 6 autores, utiliza-se a expressão latina "et al", antecedida de vírgula.

Ex: Calman JW, Josh MKH, Gehardt JE, Irving TL, Kann HNM, Brendon HJ, et al.

No caso de necessidade de identificação de autoria institucional, indicar o nome do país entre parênteses conforme Appendix D: ISO Country Codes for Selected Countries disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7249>

Ex: Ministério da Saúde (BR).
Center of Disease Control (US).

Quando a autoria for de duas ou mais organizações, usa-se ponto-e-vírgula. Para identificar a hierarquização dentro da organização, usa-se vírgula.

Títulos de periódicos:

Devem ser referidos abreviados, de acordo com o *Index Medicus*:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://portal.revistas.bvs.br>), eliminando os pontos da abreviatura e iniciais de título em maiúsculas.

No caso de Periódicos Nacionais que não se encontram no Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde (como o caso de periódicos de outras áreas de conhecimento), poderá ser utilizado como referência as informações indexadas no Latindex (<http://www.latindex.org/latindex/inicio>). Os títulos abreviados dos periódicos serão apresentados conforme o Estilo Vancouver, sempre considerando a primeira letra de cada palavra em maiúscula, desconsiderando os artigos, preposições e outros caracteres entre as palavras.

As datas são sempre no formato: ano, mês e dia, conforme o Estilo Vancouver.

Abreviatura dos meses dos periódicos em inglês e alemão, iniciam por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o

Estilo Vancouver. Tabela de abreviaturas da Metodologia LILACS:

<http://metodologia.lilacs.bvsalud.org/docs/pt/tabela-abreviatura-meses.htm>

EXEMPLOS POR TIPO DE MATERIAL:

1. Artigos

- Publicação com DOI:

Autor. Título. Título do periódico. Data;volume(fascículo);página inicial-final. doi: ...

Freire ILS, Vasconcelos QLDAQ, Araújo RQ, Melo GSM, Costa IKF, Torres GV. Perfil de potenciais doadores segundo a efetividade da doação. Rev Enferm UFSM. 2013;3(N Esp):709-18. doi: 10.5902/2179769210998.

OBS: O artigo que possui DOI dispensa as informações de dados de acesso ("Disponível em"/"acesso em" ou seus equivalentes em outras línguas), devendo constar somente o endereço do identificador.

- Publicação sem DOI:

a) Publicado somente na língua original:

Autor. Título. Título do periódico [Internet]. Data [acesso em ...];volume(fascículo);página inicial-final. Disponível em: ...

Exemplo de artigo publicado somente em português:

Matos DON, Souza RS, Alves SM. Inclusão da disciplina de primeiros socorros para alunos do ensino básico. Rev Interdiscip [Internet]. 2016 [acesso em 2019 fev 16];9(3):168-78. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/923>

Exemplo de artigo publicado somente em espanhol:

Gonzales-Zamora JA. Interacciones medicamentosas en antivirales para tratamiento de la coinfección VIH/VHC en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2018 [acceso 2019 ago 01];36(3):537-9. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2019.v36n3/537-539/>

b) Publicado também em inglês:

Observar que artigos em língua portuguesa e que possuam publicação em inglês devem ter seus dados de acesso em inglês.

Autor. Título. Título do periódico [Internet]. Data [cited ...];Volume(fascículo);página inicial-final. Available from: ...

Alencar RA, Ciosak SI. Late diagnosis and vulnerabilities of the elderly living with HIV/AIDS. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 Mar-Apr [cited 2019 Jun 08];49(2):229-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200229&lng=en&lng=en

- Artigo de autoria pessoal e organizacional

Indicar o(s) autor(es) (pessoa física) e a organização, separando-os por ponto e vírgula.

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, et al; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. Diabetologia. 2008;51(12):2214-23. doi: 10.1007/s00125-008-1158-x.

- Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar (Jr, 2nd, 3rd, 4th...)

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94. doi: 10.3171/jns.2005.102.3.0489.

Obs.: Se brasileiros, o grau de parentesco deve ser acrescentado logo após o sobrenome. Ex.: Amato Neto, Oliveira Júnior.

Volumes/Suplementos/Fascículos:

Volume especial

Em inglês [...]. 1995;50 Spec:151-62.

Em português [...]. 1995;50 Esp:151-62.

Fascículo/Número especial

Em inglês [...]. 2007;29(Spec No):1316-24.

Em português [...]. 2005;39(N Esp):597-602.

- Artigo de volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2:190-8. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800014.

- Artigo de fascículo com suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12. doi: 10.1212/wnl.58.12_suppl_7.s6.

- Artigo de volume em parte

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, et al. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. *J Exp Biol.* 2008;211(Pt 23):3764.

- Artigo de fascículo em parte

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13(9 Pt 2):S259-63. doi: 10.1242/jeb.026229.

- Artigo de fascículo sem volume

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. *Rev USP.* 1999; (43):55-9.

- Artigo sem volume e sem fascículo

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction.* 2002 Jun:1-6.

- Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review [review]. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(3):504-8. doi: 10.1590/S0103-21002008000300020.

2. Livros e outras monografias:

Normas Gerais para determinar a edição de um documento

A edição de um documento pode ser identificada na folha de rosto ou na ficha catalográfica do documento. Quando for a primeira edição de um documento não há necessidade de realizar a identificação. Utilizar a abreviatura dos números ordinais, da palavra edição e palavras do tipo de material na língua do documento original (2ª ed., 2ª ed., [dissertation], [review])

Normas gerais para determinar local, editora e data de um documento

Indicar o primeiro local de publicação que aparece no documento. Na identificação da cidade da publicação, pode ser utilizado um indicador geográfico. A sigla do estado ou província como por exemplo: Berkeley (CA); ou o nome do país por extenso como por exemplo: Adelaide (Austrália). Quando o local de publicação for conhecido, mas não disponível no documento utilizar colchetes [].

- Livro com indivíduo como autor

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 17ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.

- Livro com organizador, editor, coordenador como autor

Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.

- Livro de Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

- Capítulo de livro

Batista LE. Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadores. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 209-22.

Feldman HR. Estrutura teórica. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro; 2001. Cap. 5; p. 75-86.

Estrutura: (autor do capítulo, título do capítulo. In: autor da obra no todo. Título da obra. Local: Editora; data de publicação do livro. página inicial-final do capítulo)

- Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

Estrutura: (autor do capítulo, título da obra no todo. Local: Editora; data de publicação do livro, título do capítulo e página inicial-final do capítulo.)

- Livro publicado em volumes

Mark BS, Incorvaia J, editors. The handbook of infant, child, and adolescent psychotherapy. Northvale (NJ): Jason Aronson Inc.; c1995-1997. 2 vol.

- Livro identificado em volume específico

Forsman RB, editor. Administration and management in health sciences libraries. Lanham (MD): Medical Library Association; c2000. (Bunting A, editor. Current practice in health sciences librarianship; vol. 8).

Goldstein RE. Esthetics in dentistry. 2nd ed. Vol. 1, Principles, communications, treatment methods. Hamilton (ON): B.C. Decker; c1998. Chapter 13, Composite resin bonding; p. 277-338.

- Livro com indicação de série

Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

- Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

- Livro de uma série com indicação de número

Malvárez SM, Castrillón Agudelo MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR; 39).

- Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (J Trauma Dissociation; vol. 6, no. 2).

- Dicionários e obras de referência similares (verbetes)

Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006: AME. 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

3. Eventos

- Trabalho apresentado em evento

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Carta do 15o SENADEN [Internet]. In: 15o Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem; 2016 ago 29-31; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2016 [acesso em 2016 ago 14]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/documentos/15SENADEN2016.pdf>

- Trabalho apresentado em evento e publicado em periódico

Imperiale AR. Obesidade, carne, gordura saturada e sedentarismo na carcinogênese do câncer do cólon. II Congresso Brasileiro de Nutrição e Câncer – GANEPÃO; 2006 maio 24-27; São Paulo, BR. Anais. (Rev Bras Med. 2006;63[Ed esp]:8-9).

4. Teses e dissertações

- Dissertação e Tese

Nóbrega MFB. Processo de Trabalho em Enfermagem na Dimensão do Gerenciamento do Cuidado em um Hospital Público de Ensino [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2006. 161 p.

Bernardino E. Mudança do Modelo Gerencial em um Hospital de Ensino: a reconstrução da prática de enfermagem [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007. 178 p.

Kasper E. O ensino de saúde pública prepara adequadamente o profissional da saúde? [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006 [acesso em 2018 fev 05]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/10853>

Obs.: Para Mestrado [dissertação], Tese de doutorado [tese], Tese de livre-docência [tese de livre-docência], Tese PhD [PhD Thesis], para Especialização e Trabalho de Conclusão de Curso [monografia]. Ao final da referência podem ser acrescentados o grau e a área do conhecimento. Ex.: Especialização em Gestão de Pessoas.

5. Relatórios técnicos, boletins e manuais

Autor. Título do relatório, boletim ou manual. Local: editora (instituição); data.

Prefeitura Municipal de São Paulo (SP). Boletim de vigilância de violências: um ano de implantação do sistema de informação e vigilância de violências e acidentes (SIVVA). São Paulo (SP); 2009.

OBS: Para manuais, relatórios técnicos e boletins consultados na Internet acrescenta-se às informações básicas as informações de acesso, na língua do documento:

em português:

Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco: série A: normas e manuais técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32 [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2012 [acesso em 2017 fev 20]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Resposta da representação da OPAS/OMS no Brasil para a epidemia do vírus da Zika e suas consequências [Internet]. Brasília (DF): OPAS; 2016 [acesso em 2016 maio 30]. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/images/stories/SalaZika/boletim%20quinzenal%2015%20zika%20-%20opas.pdf?ua=1>

em espanhol:

Superintendencia de Salud (CL). Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta [Internet]. Santiago (Chile): Superintendencia de Salud; 2019 [acceso en 2019 oct 20]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articulos-4530_Manual_AA_pdf.pdf

em inglês:

Washington Apple Health, Washington Health Care Authority, Department of Social and Health Services. 2018 Annual Technical Report [Internet]. Washington (US): Qualis Health; 2019 [cited 2020 Mar 31]. Available from: https://www.hca.wa.gov/assets/program/Att_1_EQR-Technical-Report-2018.pdf

6. Documentos legais

As recomendações dadas para formatação segundo o estilo de Vancouver se aplicam somente à documentos legais produzidos nos Estados Unidos da América. Portanto, para referenciar leis e outros documentos legais verifique as normas e recomendações do país de origem do documento, já que a estrutura de uma lei muda de um lugar para o outro. Para referenciar documentos legais e leis brasileiras consulte a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União: Seção 1, p. 43-51. 23 fev. 2006.

Documentos legais na Internet

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Parecer nº 16, de 5 de outubro de 1999. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: Ministério da Educação, 1999. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 68. 22 set. 2017. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>

OBS: Quando a referência se tratar ao Diário Oficial da União, é importante citar a seção/número de página do D.O.U. ao qual o documento se referencia.

7. Outros materiais eletrônicos

- Página web no todo / matéria publicada em site web

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002 [acesso em 2006 jun 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

- CD-ROM e DVD

Bradshaw S. The Millenium goals: dream or reality? [DVD]. London: TVE; C2004. 1 DVD: 27 min., sound, color, 4 3/4 in.

Informações de acesso na língua do texto:

português – [acesso em 2009 fev 13] / Disponível em...

inglês – [cited 2009 Feb 13] / Available from:...

espanhol – [fecha de acceso 2009 feb 13] ou [citado 2009 feb 13] ou [acceso en 2009 feb 13] / Disponible en:...

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- Para títulos de periódicos com nome das cidades sede. Ex.: Saúde (Santa Maria), Bol Epidemiol (Bogotá), Medicina (Ribeirão Preto), usar parênteses.
- Se um título de artigo termina em uma outra forma de pontuação, manter essa pontuação: Bhat YM, McGrath KM, pHmetria Bielefeldt K. Bravo: devemos excluir as primeiras 6 horas? [resumo]. Gastroenterologia. 2002 abr;128(4 Supl 2):A392.
- Artigos com DOI têm somente o endereço do identificador no final da referência (doi: 10.100...). Artigos sem DOI e publicados em inglês e português têm as informações de acesso em inglês (cited .../Available from: ...), artigos, manuais, relatórios, etc. sem DOI e publicados somente em português têm as informações de acesso em português (acesso em .../Disponível em ...).

Fontes auxiliares de informação:

Portal de periódicos da CAPES: <http://www.periodicos.capes.gov.br>

Citing Medicine: the NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>

Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas do IBICT: <http://ccn.ibict.br>

CAS Source Index (Para periódicos das áreas de química e biologia): <http://cassi.cas.org/search.jsp>

22/10/2025, 20:42

Submissões | Revista de Enfermagem da UFSM

ISSN LTWA (Índice (multilíngue) de palavras comumente usadas nos títulos de periódicos):

<https://www.issn.org/services/online-services/access-to-the-ltwa/>

Declaração de Direito Autoral



Este trabalho está licenciado sob uma [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Política de Privacidade

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

Publicado por



UFSM

[Enviar Submissão](#)

Sobre a Revista

Revista de Enfermagem da UFSM

ISSN 2179-7692

DOI: 10.5902/21797692

Área do CNPq: Ciências da Saúde

Qualis (2017-2020): B1



Idioma

English

Español (España)

Português (Brasil)

Informações

Para Leitores

Para Autores

Para Bibliotecários

Edição Atual

ATOM 1.0

RSS 2.0

RSS 1.0

Revista de Enfermagem da UFSM - ISSN 2179-7692

Telefone: +55 (55) 3220-9363

E-mail: reufsm@ufsm.br



Este trabalho está licenciado sob uma licença [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Universidade Federal de Santa Maria, Campus Sede

Editora Central de Periódicos da UFSM

22/10/2025, 20:42

Submissões | Revista de Enfermagem da UFSM

Av. Roraima, nº 1000. Cidade Universitária. Bairro Camobi.

Prédio 30, Biblioteca Central, Sala 202/205, 2º Pavimento.

Santa Maria, RS. Brasil.

CEP: 97105-900

E-mail: centraldeperiodicos.ufsm.br

Sala Virtual de Atendimento: <https://meet.google.com/chp-xyxw-kfp> (das 8h30min às 12h)

APÊNDICE B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob parecer nº 4.321.389



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AUTOCUIDADO APOIADO NO MANEJO DO DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO

Pesquisador: Elen Ferraz Teston

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37530720.7.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.321.389

Apresentação do Projeto:

AUTOCUIDADO APOIADO NO MANEJO DO DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO

Estudo com duas vertentes metodológicas (qualitativa e quantitativa), quase experimental, baseado no referencial teórico do autocuidado apoiado e no metodológico de translação do conhecimento, conhecido como "Knowledge-to-Action". O estudo será desenvolvido em duas USF do município de Campo Grande, sendo uma direcionada para a realização da intervenção e outra para o controle. Para melhor organização e desenvolvimento do estudo, a coleta e análise de dados será realizada em três fases: fase 1 - pré-implementação; fase 2 – implementação; fase 3 - pós-implementação. Participarão dessa fase do estudo, profissionais de saúde atuantes nas USF selecionadas e os indivíduos com DM2 cadastrados.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Avaliar a implementação de uma intervenção baseada no autocuidado apoiado para o manejo e controle do Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros 4, Prédio das Pró-Reitorias 4, Hércules Maymone 4, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cep@cepep.ufms.br



Continuação do Parecer: 4.321.389

Específicos

Relacionados aos indivíduos com DM 2

Estratificar o risco das pessoas com DM2 cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos com DM2.

Analisar o efeito de uma intervenção baseada no autocuidado apoiado no manejo e controle do DM2.

Apreender a percepção de indivíduos com DM2 quanto aos comportamentos em saúde após a participação em uma intervenção baseada no autocuidado apoiado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos: Em relação aos profissionais, acredita que os riscos em participar do estudo estão relacionados ao de se sentir desconfortável em responder alguma questão ou à alguma situação durante a realização dos grupos focais. Para isso, os pesquisadores irão explicar detalhadamente o método de coleta de dados a todos os participantes e os possíveis riscos. Reforça-se, também, que ele será orientado que poderá nos indicar caso esteja desconfortável com alguma situação e, com isso, interromper a sua participação a qualquer momento. Além disso, que a equipe de pesquisa está a disposição dele e da equipe caso haja a identificação e necessidade de manejar algum desconforto ou conflito, individual ou em equipe, que venha a surgir com a realização do estudo. Ressalta que a pesquisadora principal tem formação para realizar tais intervenções. Em relação aos enfermeiros que desenvolveram o de se sentir desconfortável ou inseguro ao realizar a prática proposta. Porém, reforça-se que os pesquisadores envolvidos no estudo estarão constantemente em contato com esses participantes, oferecendo todo suporte necessário para tirada de dúvidas e orientações. E que ele terá acesso direto à equipe do estudo e poderá entrar em contato com os pesquisadores o momento que sentir necessário. Em relação aos usuários (pacientes) na fase 1, o risco é de se sentir desconfortável em responder alguma questão sobre sua condição de saúde. Caso isso ocorra, os mesmos serão informados que não precisam responder às questões que não queiram. Caso seja identificado alguma condição de saúde que coloque em risco o participante, será informado ao mesmo e notificado a USF ao qual ele está vinculado. Em relação aos usuários (pacientes) na fase 2, o risco é de se sentir desconfortável em responder alguma questão sobre sua condição de saúde ou em participar da intervenção. Todos os encontros, avaliação e entrevista serão realizados em local privativo, na unidade de saúde. Caso

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymon, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.321.389

isso ocorra, os mesmos serão informados que não precisam responder às questões que não queiram e que não precisam participar de qualquer encontro, podendo desistir de participar o momento que quiser. Caso seja identificado alguma condição de saúde que coloque em risco o participante, será informado ao mesmo e notificado a USF ao qual ele está vinculado. Além disso, há o risco de apresentar algum hematoma ou dor no local da punção para a coleta de sangue. Será reforçado a eles que as coletas serão realizadas em laboratório, com profissionais adequados para a realização dos mesmos, e que eles serão orientados caso tenham algum evento adverso e acompanhados pelos pesquisadores e enfermeiro da unidade de saúde.

Benefícios: Em relação aos profissionais de saúde espera-se produzir materiais que os ajudem na organização e no desenvolvimento do cuidado e assistências aos usuários dos serviços de saúde e na gestão das redes de atendimento. Reitera-se que o principal avanço da presente proposta, está na utilização de tecnologia leve na assistência às pessoas com condição crônica, de baixo custo e passível de incorporação na rotina dos serviços da APS. Em relação a primeira fase do estudo, em relação aos pacientes, os benefícios são a possibilidade de os mesmos serem estratificados por risco de doença, o que possibilitará as USF a tomarem condutas e assistência mais adequadas as suas necessidades. No que concerne aos benefícios dos pacientes participantes da fase 2, será que a intervenção poderá contribuir com a estabilidade clínica; mudança de comportamento; redução na utilização dos serviços de saúde em decorrência de complicações aguda.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa cuidadosamente detalhada e pertinente ao cenário atual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.321.389

Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam as medidas de segurança adotadas pelos locais de pesquisa, pelos governos municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias do governo devido a excepcionalidade da situação para a prevenção do contágio e o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

As medidas de segurança adotadas poderão interferir no processo de realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Quer seja no contato do pesquisador com os participantes para coleta de dados e execução da pesquisa ou mesmo no processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros.

Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida "Notificação" via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1643383_E1.pdf	05/10/2020 14:56:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENFERMEIRO.pdf	03/09/2020 21:23:35	Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GRUPO_FOCAL.pdf	03/09/2020 21:23:12	Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTE_Fase1.pdf	03/09/2020 21:22:59	Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_PACIENTE_GC.pdf	03/09/2020 21:22:44	Bianca Cristina Ciccone Giacon	Aceito

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros 4 Prédio das Pró-Reitorias 4 Hércules Maymone 4 1º andar
 Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.321.389

Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTE_GC.pdf	03/09/2020 21:22:44	Arruda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTE_GI.pdf	03/09/2020 21:22:31	Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda	Aceito
Outros	TERMO_PRONTUARIOS.pdf	03/09/2020 21:22:19	Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Proposta_PPSUS_CEP.pdf	03/09/2020 21:21:51	Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_LOCAL_ESTUDO.pdf	03/09/2020 21:21:08	Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	03/09/2020 21:17:26	Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 06 de Outubro de 2020

Assinado por:
Jeandre Augusto dos Santos Jaques
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros º Prédio das Pró-Reitorias º Hércules Maymonez º 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br

APÊNDICE C – Instrumento para coleta de dados

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DOS INDIVÍDUOS COM DM2 E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

IDENTIFICAÇÃO

- Nome: _____
- Local do atendimento: Domicílio [] UBS [] Prontuário []
Outros: _____
- Idade: _____ Sexo: () F () M
Naturalidade: _____
- Raça/Cor: () Amarela () Branca () Preta () Parda () Indígena
- Estado civil: () Casado (a) () Solteiro (a) () Viúvo (a) () Convive com
companheiro (a) () Divorciado (a)
- Escolaridade: () Não sabe ler/escrever () Fundamental incompleto ()
Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo ()
Técnico/Profissionalizante () Superior incompleto () Superior completo ()
Pós-graduação
- Profissão: _____ ()
Aposentado(a)
- Informante: () Paciente () Responsável legal () Prontuário

DOENÇAS CRÔNICAS, COMORBIDADES E FATORES DE RISCO:

- () Diabetes mellitus Tipo 2
- () Hipertensão arterial sistêmica - HAS
- () Obesidade () Dislipidemia
- () Outras
comorbidades: _____
- () Retinopatia diabética
- () Neuropatia diabética
- () Infecções urinárias de repetição (ITU)
- () Sedentarismo () Tabagismo () Etilismo
- () História familiar de doenças
crônicas: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

- Estratificação de risco: () Baixo () Médio () Alto () Muito alto
- () Alteração glicemia em jejum e intolerância à sobrecarga de glicose ()
Diagnóstico de DM () Valores pressóricos inadequados () Internações por
complicações agudas nos últimos 12 meses () Complicações crônicas ()
Risco social
- HbA1c: () <7,5 () 7,5 < 9 () >9

ACOMPANHAMENTO

- Realiza consultas programadas e intercaladas a cada 6 meses com médico e enfermeiro: () Anual () A cada 6 meses () A cada 3 meses () A cada 2 meses () Outro, frequência: _____
- Participa de Hiperdia com que frequência: () Anual () A cada 6 meses () A cada 3 meses () A cada 2 meses () Outro, frequência: _____
- Realiza o exame **Glicemia em Jejum** com que frequência: () Anual () A cada 6 meses () A cada 3 meses () A cada 2 meses () Outro, frequência: _____
- Realiza o exame **Hemoglobina Glicada** com que frequência: () Anual () A cada 6 meses () A cada 3 meses () A cada 2 meses () Outro, frequência: _____
- Realiza o exame **Creatinina** com que frequência: () Anual () A cada 6 meses () A cada 3 meses () A cada 2 meses () Outro, frequência: _____
- Realiza o exame **Urina tipo 1** com que frequência: () Anual () A cada 6 meses () A cada 3 meses () A cada 2 meses () Outro, frequência: _____
- Realiza o exame **Hemograma** com que frequência: () Anual () A cada 6 meses () A cada 3 meses () A cada 2 meses () Outro, frequência: _____
- Realiza avaliação dos pés diabéticos com que frequência: () Anual () A cada 6 meses () A cada 3 meses () A cada 2 meses () Outro, frequência: _____
- Quais avaliações/assuntos são realizados na sua consulta normalmente: () MEV () Exames de sangue () Ajuste de medicamentos () Complicações da diabetes mellitus () IMC () Monitoramento do peso () Fatores de risco
- Realiza avaliação clínica com o dentista: () Anual () A cada 6 meses () Outro, frequência: _____
- Realiza consultas com nutricionista: () Anual () A cada 6 meses () A cada 3 meses () A cada 2 meses () Outro, frequência: _____
- Realiza consultas com oftalmologista: () Anual () A cada 6 meses () A cada 3 meses () A cada 2 meses () Outro, frequência: _____