



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE FARMÁCIA**

PÂMELLA ARAÚJO DA COSTA

**ANTIDIABÉTICOS ORAIS E INSULINAS NAS RELAÇÕES DE MEDICAMENTOS
ESSENCIAIS DAS CAPITAIS BRASILEIRAS E DO DISTRITO FEDERAL:
UM ESTUDO DESCRITIVO**

BRASÍLIA, 2023



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE FARMÁCIA**

PÂMELLA ARAÚJO DA COSTA

**ANTIDIABÉTICOS ORAIS E INSULINAS NAS RELAÇÕES DE MEDICAMENTOS
ESSENCIAIS DAS CAPITAIS BRASILEIRAS E DO DISTRITO FEDERAL:
UM ESTUDO DESCRITIVO**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Farmacêutico, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira

BRASÍLIA, 2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ca Costa, Pâmella
Antidiabéticos Orais e Insulinas nas Relações de
Medicamentos Essenciais das Capitais Brasileiras e do
Distrito Federal: Um Estudo Descritivo / Pâmella Costa;
orientador Rinaldo Eduardo Oliveira. -- Brasília, 2023.
34 p.

Monografia (Graduação - Farmácia) -- Universidade de
Brasília, 2023.

1. Diabetes Mellitus. 2. Medicamentos Essenciais. 3.
Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde. 4.
Assistência Farmacêutica. 5. Saúde Pública. I. Oliveira,
Rinaldo Eduardo, orient. II. Título.

PÂMELLA ARAÚJO DA COSTA

**ANTIDIABÉTICOS ORAIS E INSULINAS NAS RELAÇÕES DE MEDICAMENTOS
ESSENCIAIS DAS CAPITAIS BRASILEIRAS E DO DISTRITO FEDERAL:
UM ESTUDO DESCRITIVO**

BANCA EXAMINADORA:

Orientador: Prof. Dr. Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners
Universidade de Brasília

Profa. Me. Andrea Pecce Bento
Universidade de Brasília/Faculdade Logos

BRASÍLIA, 2023

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, fonte da minha vida, perseverança e sabedoria, que fez com que meus objetivos fossem alcançados. Toda a minha gratidão, Deus, por me abençoar durante toda a minha vida e, principalmente, ao longo desta trajetória.

Agradeço aos meus pais, Euzânia e Flávio, pelo apoio, amor, proteção, confiança, presença e incentivo que serviram de base e alicerce para a realização deste sonho. Obrigada por tudo, meus queridos pais, todos os ensinamentos foram essenciais para o meu crescimento.

Agradeço aos meus avôs Odelita e Jerônimo que sempre me apoiaram, e aos meus avôs Aurelina e Hermes (*in memoriam*), todo o meu amor e gratidão por tudo que fizeram por mim. À minha família por estarem presentes em todos os momentos e por sempre acreditarem em mim, e a minha afilhada, Letícia, por trazer um colorido novo à minha vida.

Agradeço ao meu amigo Thalisson, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos. Obrigada pelo apoio, auxílio e incentivo ao longo desses anos.

Agradeço às amigas que fiz durante a graduação, especialmente a Ana Paula, Alyne, Fernanda, Isabela e Izabela, que me ajudaram a superar os desafios, tornando o caminho mais leve e divertido. À Bruna pela ajuda e apoio durante a elaboração do banco de dados.

Agradeço ao professor orientador Dr. Rinaldo por toda ajuda, disponibilidade, dedicação, suporte e paciência. Agradeço com profunda admiração por conduzir este trabalho com muita excelência.

Por fim, agradeço a Universidade de Brasília e todos os professores, pelos conhecimentos que eu adquiri durante esses anos e por todo suporte, principalmente nesta fase final.

“Não fui eu que lhe ordenei? Seja forte e corajoso! Não se apavore, nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.”

Josué 1:9

RESUMO

Objetivo: Analisar os antidiabéticos orais e insulinas nas relações de medicamentos essenciais das capitais brasileiras e do Distrito Federal (DF). **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo realizado por meio da investigação das relações de medicamentos essenciais das capitais brasileiras e do DF cuja coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2022. Na comparação das listas considerou-se a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2022 e a lista modelo de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2021. **Resultados:** A frequência de antidiabéticos orais variou de 2 em Curitiba a 8 em Teresina. Sobre as insulinas, havia 6 em Belo Horizonte, ao passo que, em Boa Vista, Macapá, Fortaleza e João Pessoa não estavam elencadas. Na comparação das médias dos antidiabéticos orais, tendo a região Sul como comparativo, obteve-se: $p=0,02$ (Sudeste), $p=0,31$ (Centro-Oeste), $p<0,01$ (Norte) e $p=0,09$ (Nordeste). Já na comparação das médias das insulinas, comparando-se com a região Sul, obteve-se: $p=0,45$ (Sudeste), $p=0,01$ (Centro-Oeste), $p<0,01$ (Norte) e $p<0,01$ (Nordeste). A média de concordância dos antidiabéticos orais e insulinas com a RENAME foi de 97,7% e 75,5% respectivamente. Ao passo que, a média de concordância dos antidiabéticos orais foi de 47,1% e 72,5% de insulinas com a lista modelo de medicamentos essenciais da OMS. **Conclusão:** Há uma diversidade no elenco dos medicamentos disponibilizados para o diabetes. As listas de medicamentos essenciais são instrumentos norteadores da assistência farmacêutica e a ausência da descrição de insulinas mostrou-se preocupante. Logo, sugere-se o aprimoramento das políticas públicas de saúde a fim de garantir o acesso aos medicamentos para o controle da doença.

Descritores: Diabetes Mellitus; Medicamentos Essenciais; Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde; Assistência Farmacêutica; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To analyze oral antidiabetics and insulins in the list of essential medicines in Brazilian capitals and the Federal District (DF). **Methods:** This is a descriptive study carried out through the investigation of lists of essential medicines in Brazilian capitals and the DF whose data collection took place from September to November 2022. When comparing the lists, the National List of Essential Medicines (RENAME) of 2022 and the model list of essential medicines of the World Health Organization (WHO) of 2021 were considered. **Results:** The frequency of oral antidiabetics ranged from 2 in Curitiba to 8 in Teresina. Regarding insulins, there were 6 in Belo Horizonte, while in Boa Vista, Macapá, Fortaleza and João Pessoa they were not listed. Comparing the means of oral antidiabetic drugs, with the South region as a comparison, the following results were obtained: $p=0.02$ (Southeast), $p=0.31$ (Midwest), $p<0.01$ (North) and $p=0.09$ (Northeast). In the comparison of the means of insulins, comparing with the South region, we obtained: $p=0.45$ (Southeast), $p=0.01$ (Midwest), $p<0.01$ (North) and $p<0.01$ (Northeast). The mean concordance of oral antidiabetics and insulins with RENAME was 97.7% and 75.5% respectively. Whereas, the mean concordance of oral antidiabetics was 47.1% and 72.5% of insulins with the WHO Model List of Essential Medicines. **Conclusion:** There is a diversity in the list of drugs available for diabetes. Lists of essential medicines are guiding instruments for pharmaceutical care and the absence of a description of insulins was worrying. Therefore, it is suggested that public health policies be improved in order to guarantee access to medicines to control the disease.

Keywords: Diabetes Mellitus; Drugs, Essential; Access to Essential Medicines and Health Technologies; Pharmaceutical Services; Public Health.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Critérios laboratoriais para diagnóstico do diabetes 16

Tabela 1. Farmacocinética das insulinas basais, prandiais e pré-misturadas 18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADOs	Antidiabéticos Orais
AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
ATC	Classificação Anatômica Terapêutica Química
CAD	Cetoacidose Diabética
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no Sistema de Saúde
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DATASUS	Departamento de informática do SUS
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DF	Distrito Federal
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus 1
DM2	Diabetes Mellitus 2
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DP	Desvio Padrão
DRC	Doença Renal Crônica

DTD	Dose Total Diária de Insulina
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAD65	Autoanticorpo Antidescarboxilase do Ácido Glutâmico
HBA1C	Hemoglobina Glicada
IA-2 e IA-2 β	Anticorpos Anti-Tirosina Fosfatase
IAA	Autoanticorpo Anti-Insulina
ICA	Autoanticorpo Anti-Ilhota
LME	Lista de Medicamentos Essenciais
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REME-DF	Relação de Medicamentos Essenciais do Distrito Federal
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
TOTG	Teste de Tolerância Oral à Glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde
ZNT8	Anticorpo Antitransportador de Zinco

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	13
1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	14
1.1.1 Epidemiologia do diabetes	14
1.1.2 Fisiopatologia, diagnóstico e complicações do diabetes	15
1.1.3 Tratamento do diabetes	17
1.1.4 Rede de atenção à saúde em diabetes no SUS	20
1.1.5 Acesso aos medicamentos para o diabetes no SUS	21
1.2 JUSTIFICATIVA.....	22
1.3 OBJETIVOS.....	23
1.3.1 Objetivo geral	23
1.3.2 Objetivos específicos	23
1.4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
CAPÍTULO 2	28
2. ARTIGO CIENTÍFICO.....	29
COMPROVANTE DE SUBMISSÃO À REVISTA CONTEXTO & SAÚDE	29
ANEXO I – NORMAS DE SUBMISSÃO À REVISTA CONTEXTO & SAÚDE	30

1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1.1 Epidemiologia do diabetes

O diabetes afeta cerca de 10,5% da população mundial, sendo responsável pelas principais causas de morbidade e mortalidade (IDF, 2021). Atualmente, o diabetes é considerado um problema de saúde pública que vem crescendo gradativamente devido aos fatores genéticos, qualidade de vida, hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo, obesidade, uso excessivo de álcool, tabagismo, envelhecimento populacional e urbanização crescente (PAHO, 2022).

A mortalidade por diabetes aumentou 70% desde 2000, ficando entre as dez principais causas de morte no mundo. Além disso, o diabetes é a segunda principal causa de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), precedido apenas por doença isquêmica do coração (PAHO, 2022). Mundialmente, em 2021, 6,7 milhões de pessoas morreram devido às complicações do diabetes. O Brasil ocupou o sexto lugar com o maior número de pessoas com DM, ocupando o primeiro lugar da América Latina, acometendo 15,7 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos (IDF, 2021).

A Federação Internacional de Diabetes estimou, em 2021, que o diabetes acomete em torno de 537 milhões de adultos entre 20 e 79 anos, representando 10,5% da população mundial nessa faixa etária. Além disso, cerca de 1,2 milhões de crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos tinham DM1 e mais da metade (54%) dos adolescentes possuíam idade inferior a 15 anos (IDF, 2021).

Os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) elucidou que houve 1.332 mortes nas capitais brasileiras e Distrito Federal (DF) no período de janeiro a dezembro de 2022 por conta do diabetes. Neste mesmo período, ocorreram 33.176 internações pela doença (BRASIL, 2022). Os custos do diabetes são elevados, podendo acometer 15% do orçamento anual do setor de saúde do país. O Brasil configura-se como o terceiro país que mais gasta com o tratamento do diabetes, estimado em torno de US\$ 42,9 milhões anualmente (MALTA *et al.*, 2022).

1.1.2 Fisiopatologia, diagnóstico e complicações do diabetes

O DM1 é uma doença autoimune crônica responsável por 5 a 10% dos casos de DM e acomete principalmente as crianças e adolescentes. O DM1 manifesta-se devido à destruição autoimune das células β das ilhotas de Langerhans que resulta em deficiência absoluta de insulina. O processo de destruição das células β pancreáticas pode ser desencadeado por fatores genéticos e fatores ambientais (ELSAYED *et al.*, 2023).

A destruição das células β é bastante variável, em geral, mais rápida nas crianças e adolescentes e mais lentamente em adultos que podem desenvolver uma forma lentamente progressiva da doença, denominada como “Diabetes Autoimune Latente em Adultos” (LADA) (ELSAYED *et al.*, 2023). Na fase clínica do DM1, a apresentação é súbita, em que ocorre a cetoacidose diabética (CAD) e descompensação metabólica, sendo necessário o uso de insulinoterapia desde o diagnóstico (SBD, 2022).

Os marcadores de autoimunidade do DM1 podem preceder a hiperglicemia por meses a anos, e inclui o autoanticorpo anti-ilhota (ICA), autoanticorpo antidescarboxilase do ácido glutâmico (GAD65), autoanticorpo anti-insulina (IAA), anticorpo antitransportador de zinco (Znt8) e anticorpos anti-tirosina fosfatase IA-2 e IA-2 β (ELSAYED *et al.*, 2023).

O DM tipo 1B, também conhecido como diabetes idiopático, é um tipo de DM no qual os autoanticorpos não são detectáveis na circulação. O DM tipo 1B é de etiologia desconhecida, de modo que o diagnóstico confunde com outras formas de diabetes devido à ausência dos autoanticorpos circulantes. Indivíduos com diabetes tipo 1B as recomendações terapêuticas são as mesmas do DM tipo 1A, sendo necessário o uso de insulinoterapia (ELSAYED *et al.*, 2023).

As manifestações clínicas da hiperglicemia permanente aparecem quando 90% das células β pancreáticas são destruídas. Assim, as manifestações clínicas iniciais do DM1 incluem: polidipsia, polifagia, poliúria e perda progressiva de peso, podendo variar de hiperglicemia assintomática à CAD. Aproximadamente um terço dos casos de DM1 apresentam CAD que é uma complicação aguda do DM1, sendo potencialmente fatal (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Ainda segundo Oliveira *et al.* (2022), as crianças podem apresentar hiperglicemia sintomática sem acidose, seguido das manifestações clínicas, tais

como: poliúria, diurese noturna e enurese noturna. Para Elsayed *et al.* (2023) a sintomatologia do DM1 em adultos é mais variável, podendo não apresentar os sintomas clássicos de hiperglicemia observados em crianças e adolescentes.

As pessoas com DM1 apresentam maior risco de desenvolver doenças autoimunes, por exemplo, tireoidite de Hashimoto, doença de Graves, vitiligo, doença celíaca, doença de Addison, gastrite autoimune, entre outras. Cerca de 20% a 25% das pessoas com DM1 são diagnosticadas com doença autoimune, sendo a mais comum à doença tireoidiana (SBD, 2022).

O DM2 é o tipo mais comum, sendo responsável por 90 a 95% dos casos de DM, podendo aparecer em qualquer idade, mas é frequentemente diagnosticado a partir dos 40 anos. O DM2 manifesta-se devido à deficiência parcial de secreção de insulina pelas células β pancreáticas e resistência à insulina nos tecidos periféricos, além de alterações na secreção de incretinas (SBD, 2022). A fisiopatologia está associada à predisposição genética, envelhecimento, sedentarismo, hábitos alimentares não saudáveis, sobrepeso, obesidade e presença de componentes da síndrome metabólica, por exemplo, hipertensão arterial e dislipidemia (SILVA; FERREIRA, 2022).

O DM2 tem início insidioso, geralmente não é diagnosticado na fase inicial, pois a hiperglicemia desenvolve-se lentamente e, em estágios iniciais, não costuma ser grave o suficiente para que a pessoa perceba os sintomas comuns do diabetes, permanecendo de forma assintomática (ELSAYED *et al.*, 2023).

O diagnóstico do DM1 e DM2 deve ser estabelecido pela presença de hiperglicemia, que serve como o principal biomarcador para o diagnóstico de diabetes. Para isto, os exames laboratoriais incluem: a glicemia plasmática de jejum, o teste de tolerância oral à glicose (TOTG) e a hemoglobina glicada (HbA1c) (SBD, 2022). Os critérios laboratoriais atualmente adotados estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Critérios laboratoriais para diagnóstico do diabetes

Critérios	Normal	Pré-diabetes	Diabetes
Glicemia de jejum (mg/dL)	<100	100 a 125	>125
Glicemia 2h após o teste oral de tolerância à glicose (mg/dL)	<140	140 a 199	>199
HbA1c%	<5,7	5,7 a 6,4	>6,4

Fonte: (Sociedade Brasileira de Diabetes - 2022 - Adaptado)

O diagnóstico diferencial do DM será realizado pela história clínica, sintomas de hiperglicemia e pela determinação de autoanticorpos presentes no DM1, visto que no DM2 os autoanticorpos não estão presentes e os níveis de peptídeo C estão normais ou elevados (SBD, 2022). Já no DM1, pode ter a presença de CAD e níveis baixos ou indetectáveis de peptídeo C (ELSAYED *et al.*, 2023).

O controle glicêmico inadequado do DM1 e DM2 está associado às complicações crônicas microvasculares e macrovasculares. Dentre as principais complicações microvasculares destacam-se: retinopatia, nefropatia e neuropatia que leva a amputações de membros inferiores. As complicações crônicas macrovasculares incluem: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença arterial periférica (SILVA; FERREIRA, 2022).

1.1.3 Tratamento do diabetes

O tratamento do DM1 inclui cinco componentes principais, tais como: educação em diabetes, insulino terapia, automonitorização glicêmica, alimentação adequada e prática regular de exercícios físicos. No tratamento do DM1, as intervenções não medicamentosas e adesão ao tratamento são indispensáveis para um controle glicêmico adequado (BRASIL, 2020).

O DM1 é caracterizado pela produção insuficiente de insulina, logo, o tratamento medicamentoso é realizado por meio da reposição de insulina, utilizando esquemas terapêuticos para controlar as taxas glicêmicas (ELSAYED *et al.*, 2023). As pessoas diagnosticadas com DM1 iniciam o tratamento imediatamente com insulina, para prevenir a descompensação metabólica e a CAD (SBD, 2022).

A dose total diária de insulina (DTD) é individualizada e vai depender da idade da pessoa, peso, tempo de diagnóstico e estadiamento da puberdade. De modo geral, as crianças necessitam de doses menores de insulina por quilo, já os adultos e adolescentes utilizam doses maiores (SBD, 2022). A reposição insulínica é realizada em três etapas, tais como: insulina basal, insulina de refeição (bolus de refeição) e insulina de correção (bolus de correção) (ELSAYED *et al.*, 2023; SBD, 2022).

A escolha do esquema terapêutico visa à mimetização do processo de secreção fisiológica de insulina de modo a reduzir os eventos adversos (CARNEIRO *et al.*, 2022). Neste contexto, dois grandes grupos de insulinas são destacados, tais

como: insulinas basais que apresentam início de ação mais lento e maior período de duração, como é o caso da insulina humana NPH, determir, glargina e degludeca, e as insulinas prandiais apresentam início de ação mais rápido e duração mais curta, como é o caso da insulina humana regular, aspartate, glulisina, asparte e lispro. Ainda, existem as associações de insulinas que contêm um componente de insulina basal e um componente de insulina prandial (CARNEIRO *et al.*, 2022). Na Tabela 1 é apresentada a farmacocinética das insulinas basais, prandiais e pré-misturadas.

Tabela 1. Farmacocinética das insulinas basais, prandiais e pré-misturadas

Tipo	Nome	Início	Pico	Duração
Insulinas Basais				
Análogo de ação intermediária	Determir	1-3h	6-8h	18-22h
Análogo de ação ultra-longa	Glargina U300	6h	-	36h
Análogo de ação ultra-longa	Degludeca	<4h	-	42h
Análogo de ação longa	Glargina U100	2-4h	-	20-24h
Insulina intermediária	NPH	2-4h	4-10h	10-18h
Insulinas Prandiais (Bolus)				
Análogo de ação ultra-rápida	Fast Aspartate	2-5min	1-3h	5h
Análogo de ação ultra-rápida	Inalada	Imediato	10-20min	1-2h
Análogo de ação ultra-rápida	Glulisina	5-15min	30min-2h	3-5h
Análogo de ação ultra-rápida	Asparte	5-15min	30min-2h	3-5h
Análogo de ação ultra-rápida	Lispro	5-15min	30min-2h	3-5h
Insulina rápida	Regular	30-60min	2-3h	5-8h
Insulinas Pré-Misturadas				
NPH/Regular	Humulin 70/30	30min-1h	3-12h	10-16h
NPL/Lispro	Humalog Mix 25	5-15min	1-4h	10-16h
NPL/Lispro	Humalog Mix 50	5-15min	1-4h	10-16h
NPA/Asparte	NovoMix 70/30	5-15min	1-4h	10-16h

Fonte: (Sociedade Brasileira de Diabetes - 2022 - Adaptado)

EISayed *et al.* (2023) ressalta que as insulinas são classificadas de acordo com o tipo, tempo de ação, pico e duração da ação, por exemplo, os análogos de insulina basal possuem duração de ação mais longa com concentrações plasmáticas e perfis de atividade mais uniformes e constantes do que a insulina humana NPH, já os análogos de ação rápida tem o início mais rápido e duração de ação mais curta do que a insulina humana regular.

No tratamento do DM2 são adotadas terapias não farmacológicas e farmacológicas. As medidas terapêuticas não farmacológicas envolvem mudanças no estilo de vida, como orientações nutricionais, prática regular de exercícios físicos, controle de peso, cessação do tabagismo e álcool. O tratamento medicamentoso pode envolver os antidiabéticos orais (ADOs) e insulinas (SILVA; FERREIRA, 2022).

Os principais ADOs pertencem à classe das biguanidas, agonistas do receptor do GLP-1, inibidores do SGLT2, inibidores da DPP-IV, sulfonilureias, pioglitazona, inibidores da alfa-glicosidade, glinidas e insulinas (SBD, 2022). A escolha do medicamento baseia-se nas características do paciente, tais como: idade, evolução da doença, risco de hipoglicemia, obesidade, taxa dos níveis glicêmicos de jejum (pós-prandial e HbA1c), doenças coexistentes e o custo do tratamento (SILVA; FERREIRA, 2022).

O tratamento farmacológico de primeira linha do DM2 inicia-se com a metformina devido ao seu perfil de segurança e eficácia, baixa possibilidade de hipoglicemia, efeito neutro no peso, baixo custo e por reduzir o risco de eventos cardiovasculares, além de prevenir complicações relacionadas ao diabetes (SBD, 2022). O tratamento de segunda linha ocorre quando não há resposta terapêutica, neste caso recomenda-se a terapia dupla inicial, associando dois ADOs. Persistindo a falta de resposta terapêutica, a terapia com ADOs associado à insulina deve ser considerada (BARBOSA; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2023). A inclusão de insulina no tratamento do DM2 é indicada para pessoas que não correspondem ao tratamento com ADOs e/ou apresentam glicemia de jejum igual ou superior a 300 mg/dL e HbA1c maior que 9% associado a sintomas de hiperglicemia (ELSAYED *et al.*, 2023).

1.1.4 Rede de atenção à saúde em diabetes no SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pelo tratamento do diabetes, proporcionando linhas de cuidado e suporte às pessoas com a doença. As linhas de cuidados definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS) e outros pontos da rede de atenção à saúde (RAS), a fim de garantir a prevenção, tratamento e reabilitação (BORGES *et al.*, 2018).

No Brasil, o manejo e a prevenção do diabetes e suas complicações ficam a cargo, principalmente, da APS, sendo considerada a porta de entrada das pessoas no SUS. A APS é o nível de atenção principal para o controle e prevenção do diabetes, sendo resolutiva para pessoas que necessitam de acesso, cuidado e acompanhamento contínuo (DA GAMA *et al.*, 2021). Assim, o tratamento adequado, adesão terapêutica e acompanhamento são fatores essenciais para o manejo e controle do DM (NEVES *et al.*, 2019). As pessoas com diabetes são acolhidas na APS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelos Núcleos Ampliados de Saúde da Família da Atenção Básica (Nasf-AB), estes serviços realizam intervenções terapêuticas, com enfoque coletivo e individual (DA GAMA *et al.*, 2021).

Em 2019, foi aprovada a Lei nº 13.895/2019, que institui a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética no SUS. A lei estabelece que o SUS seja responsável pelo tratamento medicamentoso do diabetes e problemas causados pela doença, bem como, a realização de campanhas de divulgação e conscientização sobre a importância e a necessidade de medir regularmente os níveis glicêmicos e de controlá-los. (BRASIL, 2019).

Segundo Muzy *et al.* (2021) com acesso a serviços de saúde, acesso a medicamentos, manejo terapêutico adequado, adesão terapêutica e acompanhamento contínuo, pessoas com diabetes podem ter boa qualidade de vida. Entretanto, quando não há o devido cuidado e diagnóstico precoce, o DM pode ocasionar complicações, agravos à saúde e saturação dos sistemas de saúde.

1.1.5 Acesso aos medicamentos para o diabetes no SUS

O acesso aos medicamentos é um dos pontos decisivos para a assistência à saúde, adesão ao tratamento e cuidado integral. No âmbito do SUS, os medicamentos disponíveis, em nível ambulatorial, para o tratamento de doenças ou de agravos são padronizados a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no qual os medicamentos são organizados dentro da assistência farmacêutica (AF) por meio dos componentes: básico, estratégico e especializado (COMIRAN *et al.*, 2018).

A RENAME compreende a seleção e padronização de medicamentos indicados para o atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS, sendo um importante instrumento orientador do uso de medicamentos e insumos neste contexto. A seleção dos medicamentos essenciais leva em conta as doenças prevalentes e de relevância para a população, com o intuito de garantir a promoção do uso racional de medicamentos, eficácia e segurança. Logo, esta relação, cumpre um papel estratégico nas políticas de saúde, disponibilizando medicamentos e insumos no âmbito do SUS (BRASIL, 2022).

A RENAME serve como norte para a construção das relações estaduais, distritais e municipais de medicamentos essenciais. As listas para a seleção dos medicamentos essenciais devem ser elaboradas de acordo com o perfil epidemiológico da população específica, seguindo critérios farmacoeconômicos, de efetividade e segurança terapêutica (DISTRITO FEDERAL, 2021).

Desde 2006, a Lei Federal nº 11.347 garante o acesso a medicamentos e insumos para o automonitoramento às pessoas com diabetes. A lei garante que as pessoas com diabetes receberão, gratuitamente, os medicamentos necessários para o tratamento de sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar (BRASIL, 2006).

Costa *et al.* (2022) elucida que o acesso gratuito a esses medicamentos é assegurado pelos sistemas de saúde e farmácias credenciadas junto ao Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). O PFPB foi criado em 2004 pelo Governo Federal, cujo objetivo é complementar a disponibilização de medicamentos utilizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim, as pessoas com diabetes podem obter os medicamentos nas UBS quanto nas drogarias credenciadas ao PFPB.

1.2 JUSTIFICATIVA

O diabetes é um problema de saúde pública e sua prevalência eleva-se a cada ano, tornando-se um desafio para os sistemas de saúde. Silva *et al.* (2018) enfatiza que o diabetes é uma doença que necessita de um acompanhamento contínuo e intervenções que contribuam para o controle adequado da doença, sendo considerado um tratamento complexo, exigindo participação efetiva da rede de cuidado, do paciente e da família.

Ressalta-se que o manejo adequado do diabetes, assistência prestada pela rede de atenção à saúde, mudanças no estilo de vida, disponibilidade de medicamentos e identificação do diabetes na fase inicial diminuem as complicações, hospitalizações e saturação dos sistemas de saúde (SOUZA *et al.*, 2022).

A disponibilidade de medicamentos essenciais nos serviços de saúde, em diversos países do mundo, ainda é considerada baixa, visto que a indisponibilidade de medicamentos resulta a não adesão ao tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Muzy *et al.* (2021) ainda ressalta que analisar a disponibilidade dos medicamentos e formas de obtenção é essencial para a garantia da adesão ao tratamento.

Ainda segundo Souza *et al.* (2022), mesmo com a implementação de políticas públicas e assistências prestadas pelo SUS, esta doença possui necessidade de investimentos do setor de saúde pública, de forma a implementar novas estratégias que contribuam para a farmacoterapia do diabetes, para melhor atender a demanda dos sistemas de saúde. Neste cenário, torna-se fundamental analisar a disponibilidade dos medicamentos essenciais ofertados em diferentes localidades do Brasil, bem como averiguar as ações de políticas públicas de saúde para o manejo do diabetes, visto que o acesso aos medicamentos é primordial para um melhor resultado terapêutico.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Analisar os antidiabéticos orais e insulinas nas relações de medicamentos essenciais das capitais brasileiras e do Distrito Federal (DF).

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar os medicamentos para o diabetes nas relações de medicamentos essenciais das capitais brasileiras e DF;
- Comparar os antidiabéticos orais e insulinas disponíveis nas relações de medicamentos essenciais das capitais brasileiras DF com a lista modelo de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Rename 2022.

1.4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVARES, J. *et al.* Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 51, p. 1s–9s, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rsp/a/8YvWPwQsXhhGRVrNqtPbfpJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 dez. 2022.

BARBOSA, A. DE M.; ARAÚJO, W. E. C. DE; NASCIMENTO, M. H. F. Insulinas análogas de ação prolongada comparadas à insulina NPH para tratamento de Diabetes Mellitus Tipo 2 em adultos: revisão rápida. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”**, v. 9, p. 1- 16 9b3, 2023. Disponível em:

<https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/584/281>. Acesso em: 20 jul. 2023.

BORGES, D. de B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. 1, p. 162–178, 2018. Disponível em: <<https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7>>. Acesso em: 9 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006**: Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes. Brasília: Diário Oficial da União; 2006. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.895, de 30 de outubro de 2019**: Institui a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética. Diário Oficial da União - seção 1, Brasília, 31 de out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 54, de 11 de maio de 2020**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellitus Tipo 2. Brasília, Diário Oficial da União, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME**. 1. ed. Brasília, 2022. 181 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Avaliação e Monitoramento de Tecnologias. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC. **Protocolo Clínico e Diretrizes**

Terapêuticas Diabetes Mellitus Tipo 1, Brasília: Ministério da Saúde, p. 15-18, 2020.

CARNEIRO, A. S. *et al.* Diabetes Mellitus tipo 1: classificação, diagnóstico e metas de tratamento. 2022. **Repositório Universitário da Ânima (RUNA)**. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/25992>. Acesso em: 20 jul. 2023.

COBAS R. *et al.* Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2022. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-rastreamento-do-diabetes-tipo-2/>. Acesso em: 07 jan. 2023.

COMIRAN, E.; DE LIMA SILVA PUGLIESE, R.; KARWOWSKI, F.; CRISTIANE GUSSO BRAGA, K. O serviço de entrega de medicamentos em casa como forma de melhoria do acesso em saúde pública. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 1, n. 1, p. 91-100, 24 jul. 2018. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/47/18>. Acesso em: 30 nov. 2022.

COSTA, K. S. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: obtenção de medicamentos por adultos em tratamento para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2022, v. 31, n. spe1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/Y96d5sTmFPqVV4yzKWggYdw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jan. 2023.

DA GAMA, C. A. P. *et al.* Estratégia de saúde da família e adesão ao tratamento do diabetes: fatores facilitadores. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 11-35, 2021. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3285/2929>. Acesso em: 06 jan. 2023.

DE MOURA VIEIRA, L. *et al.* Lacunas de seleção na relação nacional de medicamentos essenciais: os medicamentos de uso hospitalar no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 6, p. 24507-24523, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/39393/pdf>. Acesso em: 05 dez. 2022.

DE SOUZA, L. E. S. *et al.* Ações de saúde pública no Brasil contra o Diabetes Mellitus: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e59211427822-e59211427822, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/359528867_Acoes_de_saude_publica_no_Brasil_contra_o_Diabetes_Mellitus_uma_revisao_integrativa. Acesso em: 29 nov. 2022.

DISTRITO FEDERAL, S. de S. do. **Relação de Medicamentos Essenciais do Distrito Federal (REME-DF)**. 2. ed. Brasília: [s. n.], 2021. E-book. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/reme-df>. Acesso em: 08 jan. 2023.

ELSAYED, NUHA A. *et al.* Associação Americana de Diabetes. Abordagens farmacológicas para o tratamento glicêmico: **Padrões de Cuidados em Diabetes – 2023**. *Diabetes Care*, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.2337/dc23-S009>>. Acesso em: 08 jan. 2023.

ELSAYED, NUHA A. *et al.* Associação Americana de Diabetes. Classificação e Diagnóstico de Diabetes: **Padrões de Cuidados em Diabetes – 2023**. *Diabetes Care*, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.2337/dc23-S002>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas, 10. ed. Brussels: **International Diabetes Federation**; p. 34-45, 2021. Disponível em: <<https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

LYRA R, A. L. *et al.* Tratamento farmacológico da hiperglicemia no DM2. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022**. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-farmacologico-da-hiperglicemia-no-dm2/>>. Acesso em: 05 jan. 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Indicadores da linha de cuidado de pessoas com diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2022, v. 31, n. spe1. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/vW7jBP7fqLvrtrytKpc7vQh/#>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MUZY, J. *et al.* Caracterização da atenção ao paciente com diabetes na atenção primária a partir do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3583-3602, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/bTswJZLF7shwb5Nt8PvsRk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MUZY, J. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021, v. 37, n. 5. Epub 28 Maio 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/B9Fhg54pjQ677YVx9g3mHwL/#>>. Acesso em: 06 jan. 2023.

NEVES, R. G. *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 2 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/qLrXpkBm9ZyrwBhBzm8T7Kr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 07 dez. 2022.

OPAS - **ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE**. Número de pessoas com diabetes nas Américas mais do que triplica em três décadas. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/11-11-2022-numero-pessoas-com-diabetes-nas-americas-mais-do-que-triplica-em-tres-decadas>>. Acesso em: 14 jan. 2023.

OLIVEIRA R. E. S. *et al.* A influência do autocuidado e das fontes de apoio social no manejo do diabetes mellitus tipo 1. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 11, p. e11043, 16 nov. 2022. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11043/6707>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Dia Mundial do Diabetes 2022**. Washington, D.C.: PAHO, 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/en/campaigns/world-diabetes-day-2022>>. Acesso em: 17 jan. 2023.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Panorama of Diabetes in the Americas**. Washington, D.C.: PAHO, 2022. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56643>>. Acesso em: 15 dez. 2022.

PUÑALES M. *et al.* Rastreamento de comorbidades autoimunes no DM1. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022**. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/rastreamento-de-comorbidades-autoimunes-no-dm1/>>. Acesso em: 02 jan. 2023.

RODACKI M. *et al.* Classificação do diabetes. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022**. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>>. Acesso em: 07 dez. 2022.

SALCI, M. A. *et al.* Atenção primária ao portador de diabetes mellitus na perspectiva do modelo assistencial às condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2017, v. 25. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/KqrCzL9TjgWHKKCpHZpQF4G/abstract/?lang=en#>>. Acesso em: 06 jan. 2023.

SANTOS, E. C. B. *et al.* Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus. **Texto & Contexto – Enfermagem**, 2018, v. 27, n. 1. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/3M4MJ3JVKWn8bq3kHDqxf8w/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 jan. 2023.


SILVA, F. R.; FERREIRA, L. S. A importância da atenção farmacêutica aos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 quanto ao uso de antidiabéticos orais: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 4, n.1, 2022. Disponível em: <<https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/336>>. Acesso em: 13 jan. 2023.

SILVA, J. W.; GABBAY, M, L. R.; BERTOLUCI, M. Insulinoterapia no diabetes mellitus tipo 1 (DM1). **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022**. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/insulinoterapia-no-diabetes-mellitus-tipo-1-dm1/>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

2. ARTIGO CIENTÍFICO

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO À REVISTA CONTEXTO & SAÚDE

QUALIS (QUADRIÊNIO 2017-2020): A4

[RCS] Agradecimento pela submissão 



Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz <revistaseletronicas@unijui.edu.br>

Para: Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira



Ter, 25/07/2023 18:30

Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira,

Agradecemos a submissão do trabalho "Antidiabéticos orais e insulinas nas relações de medicamentos essenciais das capitais brasileiras e Distrito Federal" para a Revista Contexto & Saúde.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/authorDashboard/submission/14905>

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail: secrevista@unijui.edu.br

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Revista Contexto & Saúde

<http://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude>

Revista Contexto & Saúde

Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde (PPGAIS)

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

ANEXO I – NORMAS DE SUBMISSÃO À REVISTA CONTEXTO & SAÚDE

INSTRUÇÕES GERAIS

Disponível

em:

<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/about/submissions>

A Revista Contexto & Saúde é uma publicação do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Atenção Integral à Saúde que tem por objetivo a divulgação da produção técnico-científica de temas relacionados à área de Ciências da Saúde.

São aceitos trabalhos na seguinte categoria:

- a) Artigos Originais nos idiomas português, inglês ou espanhol.
- b) No momento a Revista não está aceitando Artigos de Revisão
- c) Não serão aceitos Relatos de Experiência

Artigos de Revisão: A Revista publica um número reduzido de artigos de revisão anualmente. Artigos de revisão também requerem coautoria com um docente doutor vinculado a Programa de Pós-Graduação.

O nome dos autores não deve aparecer no corpo do texto e também devem ser eliminados trechos que prejudiquem a garantia de anonimato e traços de identificação da origem nas propriedades do documento. Os dados de identificação dos autores devem ser registrados diretamente e apenas nos campos apropriados da página de cadastramento do usuário. Deverão ser preenchidos, obrigatoriamente, os seguintes dados: instituições de origem, minicurrículo, respectivos *e-mails* e código Orcid. Esses dados não devem constar no arquivo Word enviado pelo portal.

Os trabalhos devem ser digitados em *Word for Windows* ou compatível.

- a) Letra tipo *Times New Roman*, tamanho 12 (Utilizar itálico somente para palavras em idioma estrangeiro)
- b) Papel formato A4
- c) Espaçamento entrelinhas de 1,5
- d) Margens (direita, esquerda, superior e inferior) de 2,5 centímetros;

- e) Figuras e tabelas deverão ser inseridas no texto em ordem sequencial e numeradas na ordem em que são citadas no texto
- f) As referências deverão estar em acordo com as normas Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)
- g) Recomenda-se até 30 referências
- h) Ao menos 75% das referências devem ser dos últimos 5 anos
- i) As referências citadas no corpo do texto devem ser listadas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos, sem citar os nomes dos autores (exceto aquelas que constituam referências teóricas ou metodológicas). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último algarismos, separados por hífen. Exemplo: ¹⁻³; quando intercalados, eles devem ser separados por uma vírgula. Ex.: ^{1-2,4}.
- j) Entre a citação numérica e a palavra que a precede, não deve haver espaço. Exemplo: Coronavírus^{3-6,16,21}.
- k) Não deve ser mencionada a indicação da página consultada para a referência citada no artigo.
- l) As referências bibliográficas utilizadas serão apresentadas no final do artigo, listadas na ordem em que aparecem no texto.

Exemplos de referência

LIVRO: ⁶ Rios TA. Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2001.

ARTIGO EM PERIÓDICO: ⁵Pai SD, Langendorf TF, Rodrigues MCS, Romero MP, Loro MM, Kolankiewicz ACB. Validação psicométrica de instrumento que avalia a cultura de segurança na Atenção Primária. Acta paul enferm. 2019;32(6):642-650. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900089>

DISSERTAÇÕES E TESES: PREFERENCIALMENTE NÃO USAR, POR SER CONSIDERADA LITERATURA CINZENTA.

As notas de rodapé devem ser numeradas ao longo do texto e utilizadas apenas quando efetivamente necessárias.

Os trabalhos devem ser submetidos na seção ARTIGOS, posteriormente o editor irá encaminhar a uma das seções da revista:

Exercício Físico & Saúde; Nutrição & Saúde; Enfermagem & Suas contribuições para prática; Fisioterapia & Saúde; Educação & Saúde; Ciências Farmacêuticas & Saúde; Epidemiologia: Saúde & Sociedade; Ciências Básicas & Saúde; Contexto & Saúde – Geral

Nestas seções são aceitos trabalhos na categoria

Artigo Original: Aceita todo tipo de pesquisa original nas áreas da Saúde, incluindo pesquisa com seres humanos e pesquisa com animais. O artigo deve ser estruturado nos seguintes itens: Título, Resumo, Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. (Até 20 páginas).

Recomendações para todas as categorias de trabalhos

1. Título: que identifique o conteúdo do trabalho em até 15 palavras. Apresentá-lo no idioma do trabalho e em Inglês.
2. Resumo: até 250 palavras, elaborado em parágrafo único, sem subtítulo, acompanhado de sua versão em inglês (*Abstract*). O primeiro resumo deve ser no idioma do trabalho e deve conter objetivo, método, resultados e conclusão.
3. Para as pesquisas de cunho qualitativo, que apresentem trechos de depoimentos dos entrevistados, deve ser utilizado recuo de 1,25cm da margem esquerda, sem itálico, sem aspas e com a identificação do depoente depois do ponto e entre parênteses. Exemplo: A pesquisa qualitativa apresenta os depoimentos dos participantes. (Suj1)
4. Descritores: de 3 a 6, que permitam identificar o assunto do trabalho, em português (Descritores) e inglês (*Descriptors*), conforme os “Descritores em

Ciências da Saúde” (<http://decs.bvs.br>), podendo a Revista modificá-los se necessário.

5. Introdução: deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinência e relevância do tema) e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.
6. Método: deve identificar o tipo de estudo, a população ou a amostra estudada, os critérios de seleção, o período do estudo e o local (quando aplicado), os métodos estatísticos, quando apropriado, e as considerações éticas (nº de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).
7. Resultados: devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. Pode ser redigida junto com a discussão ou em uma seção separada.
8. Discussão: deve conter a comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. Pode ser redigida junto com os resultados ou em uma seção separada. Deve trazer com clareza a contribuição do trabalho e comentários a respeito das limitações do estudo.
9. Conclusões ou Considerações Finais: devem destacar os achados mais importantes, levando em consideração os objetivos do estudo e as implicações para novas pesquisas na área.
10. Referências: recomenda-se o uso de, no máximo, 30 referências atualizadas (75% dos últimos cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial fundamental para o estudo.
11. Figuras e tabelas: figuras e tabelas deverão ser inseridas no texto em ordem sequencial, numeradas na ordem em que são citadas no texto. Devem ser

devidamente numeradas e legendadas. Em caso de utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes citar a fonte original.

12. Aspectos éticos: em pesquisas que envolvem seres humanos a submissão deverá conter o número do parecer do Comitê de Ética, conforme prevê o parecer 466/2012 do Ministério da Saúde, o qual deve vir anexo nos documentos complementares. Da mesma forma, as pesquisas que envolvam experimentos com animais devem guiar-se pelos princípios éticos adotados pelo Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (Concea) e deverá ser informado o número do parecer da Comissão de Ética de Experimentação animal (Ceua). O parecer deve vir em anexo nos documentos complementares.