

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PESQUISA EM SAÚDE**

MARGARIDA MARIA DE CAMPOS FERREIRA

**ATITUDE DO PORTADOR DE DIABETES FRENTE ÀS AÇÕES
PREVENTIVAS DE PROMOÇÃO NA SAÚDE**

MACEIÓ – AL

2014

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PESQUISA EM SAÚDE**

MARGARIDA MARIA DE CAMPOS FERREIRA

**ATITUDE DO PORTADOR DE DIABETES FRENTE ÀS AÇÕES
PREVENTIVAS DE PROMOÇÃO NA SAÚDE**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Pesquisa em Saúde do Centro Universitário Cesmac.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Carvalho Batista

Coorientadora: Profa. Me. Marisa Sá Leitão de Castro Soares

MACEIÓ – AL

2014

MARGARIDA MARIA DE CAMPOS FERREIRA

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Pesquisa em Saúde do Centro Universitário Cesmac.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Henrique Carvalho Batista - Centro Universitário Cesmac

Assinatura _____

Prof. Dr. Natanael Barbosa dos Santos - Centro Universitário Cesmac

Assinatura _____

Prof^a. Dr^a Margarete Pereira Cavalcante – Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus e a minha mãe, meu apoio de todas as horas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por me ter dado o dom da vida, e por iluminar a minha trajetória existencial.

A toda minha família, em especial, a minha mãe, Cordélia de Campos Ferreira, uma mulher de valor inestimável, uma grande mãe, sempre presente na minha vida.

Agradeço a Isabel Porto e Sônia Ferreira, pela contribuição oferecida, no decorrer do Mestrado.

Agradeço aos amigos, em especial à amiga Marisa Sá Leitão de Castro Soares e a Édél Alexandre Pontes, pelo carinho e pelo compartilhamento das ricas experiências.

Agradeço a minha psicanalista, Maria Crisales Rezende, por tudo que com ela aprendi, e pelo apoio.

Agradeço aos colegas mestrandos, pela convivência prazerosa.

Agradeço aos portadores de Diabetes Mellitus, da unidade docente assistencial, aos funcionários e profissionais de saúde, pela presteza das informações e pela participação, na pesquisa.

Agradeço ao meu orientador, Luiz Henrique Carvalho Batista, pela valiosa contribuição, para o desenvolvimento deste trabalho.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, na concretização desta pesquisa.

RESUMO

Diante da prevalência da Diabetes Mellitus (DM), revelada pela evidência dos altos índices de acometimento dessa doença no mundo, principalmente na América Central e na América do Sul, esta patologia tem se tornado um problema de Saúde Pública. Sendo evidenciado à nível global que os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida das populações estão associados a este incremento na carga de DM; suscitou a necessidade emergente do referido estudo, tendo como objetivo investigar as atitudes do portador de DM frente às ações preventivas de promoção na saúde. Para tal, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre questões básicas pertinentes a esse tema, a metodologia da pesquisa foi de caráter observacional e transversal. O estudo foi realizado da Unidade Docente Assistencial (UDA) com 50 portadores de DM, no ano de 2013. Utilizou formulário sócio-demográfico, em seguida, foi aplicado o questionário ATT -19 (Diabetes Attitude Questionnaire) sobre ajustamento psicológico para DM e a técnica do Grupo Focal. O estudo, ora enfocado apontou que 63,41% dos portadores de DM revelaram que, se não tivessem DM, as suas vidas seriam bem diferentes; e 68,29% ressaltaram que o controle adequado da doença envolve muitos sacrifícios e inconvenientes. Deste modo, os depoimentos mostraram que já existe um índice de pessoas que sabem não ser suficiente ter consciência da DM e das suas repercussões, o que foi considerada uma resposta positiva. Ao final, a negação, a ambivalência afetiva e a resistência foram perceptíveis por meio dos percentuais apontados, através dos dados coletados por meio do ATT-19 e da análise do Grupo Focal, onde se verificou a dualidade na comunicação verbal e não verbal.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Prevenção. Promoção na Saúde.

ABSTRACT

Considering the prevalence of Diabetes Mellitus (DM), revealed by the evidence of high rates of incidence of this disease worldwide, especially in Central America and South America, this disease has become a public health problem. As evidenced at a global level that the risk factors related to eating habits and lifestyle of the populations are associated with this increase of DM; raised the emerging need of the study, aimed to investigate the attitudes of patients with DM dealing with preventive actions in health promotion. To this end, the literature of key issues relevant to this topic was reviewed; the research methodology was of observational and cross-sectional nature. The study was conducted at the Faculty Care Unit (UDA) with 50 DM patients, in 2013. A sociodemographic form was used, then the ATT-19 questionnaire (Diabetes Attitude Questionnaire) on psychological adjustment to DM and the focus group technique was applied. The study pointed out that 63.41% of patients with DM revealed that, if they didn't have DM, their lives would be very different; and 68.29% emphasized that adequate control of the disease involves many sacrifices and inconveniences. Thus the testimonies showed that there is already an index of people who know that is not enough to be aware of DM and its impact, which was considered a positive response. Finally, denial, affective ambivalence and resistance were perceptible by the percentage indicated through the data collected via the ATT-19 and analysis of the focus group, where there was a duality in verbal and nonverbal communication.

Keywords: Diabetes Mellitus. Prevention. Health Promotion.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL.....	07
ARTIGO 1.....	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICE A.....	33
APÊNDICE B.....	36
ANEXO A.....	37
ANEXO B.....	40
ANEXO C.....	42

INTRODUÇÃO GERAL

A Sociedade Brasileira de Diabetes¹ alerta para o fato de que está em curso uma epidemia de Diabetes Mellitus (DM). Essa afirmativa tem sua origem na análise de dados estatísticos, de 1985, quando se fez uma estimativa de que, àquela época, existiam 30 milhões de adultos com DM, no mundo. O fato é que esse número cresceu para 135 milhões, em 1995, e atingiu os 173 milhões, em 2002. Com base nestes números, foi elaborada uma projeção de se chegar a 300 milhões de diabéticos, no ano 2030. Cerca de dois terços desses indivíduos considerados na pesquisa viviam nos países em desenvolvimento, com proporção crescente de pessoas afetadas, em grupos etários mais jovens. Diante disso, o DM tem sido considerado como a epidemia do século XXI, pelo grande aumento do número de diabéticos e em virtude do seu impacto na doença cardiovascular, principal causa de morte nas sociedades desenvolvidas (op. cit, 2014).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento dar-se-á, em especial, nas faixas etárias mais avançadas, devido ao aumento na expectativa de vida. Por outro lado, nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION ², 2014).

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2011)³ mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade.

De acordo com essa pesquisa, 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, o que representa uma diferença de mais de 50%. O levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade dos indivíduos, pois 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, em comparação com os índices evidenciados na faixa etária entre 18 e 24 anos onde, apenas 0,6% apresentam a diabetes.

Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital brasileira com o maior número de pessoas acometidas de diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%) (BRASIL, 2011). É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Foi evidenciado que os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes, globalmente.

Esse número de indivíduos diabéticos está aumentando de forma proporcional a alguns fatores de âmbito mais geral, como o envelhecimento da população, a maior urbanização, e a crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como em relação a maior sobrevida do paciente com DM.

Diante desses fatores, o DM vem aumentando sua importância e a sua crescente prevalência, e, quase sempre, está associado à dislipidemia, distúrbio caracterizado pela presença excessiva ou anormal de colesterol e triglicérides no sangue, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial.

De acordo com o Consenso Brasileiro sobre Diabetes⁴ (2000), “O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial.”

As consequências do DM em longo prazo resultam de alterações micro e macrovasculares, que levam à disfunção, dano ou falência, de vários órgãos. Dentre as complicações crônicas vinculadas a esta doença pode-se listar a *nefropatia*, com possível evolução para insuficiência renal; a *retinopatia*, com a possibilidade de

cegueira e/ou *neuropatia*, com risco de úlceras nos pés, amputações, *artropatia de Charcot* – doença degenerativa progressiva, que afeta as articulações (REVISTA INTO⁵, 2007, p. 32) --, que provoca manifestações anatômicas, como também, disfunção sexual. Os indivíduos portadores de DM apresentam maior risco de doença vascular aterosclerótica, como também, de doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral.

O DM é, portanto, uma doença provocada pelo aumento do nível de açúcar no sangue. Trata-se de um distúrbio caracterizado pelo comprometimento do metabolismo da glicose, que leva ao desenvolvimento tardio de complicações vasculares neuropáticas, conforme citado. Esta patologia está sendo reconhecida como um importante problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, ocupando um percentual de 30% a 40% das causas de morbidade entre adultos. Este fato tem sido observado no Brasil, assim como em outras localidades do mundo (GRUBITS⁶, LERARIO⁷,1998)

O DM é uma doença do metabolismo da glicose causada pela falta ou má absorção de insulina, hormônio produzido pelo pâncreas e cuja função é quebrar as moléculas de glicose para transformá-las em energia a fim de que seja aproveitada por todas as células. A ausência total ou parcial desse hormônio interfere não só na queima do açúcar como na sua transformação em outras substâncias (proteínas, músculos e gordura).

Mesmo em indivíduos assintomáticos poderá haver hiperglicemia discreta, porém em grau suficiente para causar alterações funcionais ou morfológicas por um longo período, antes que o diagnóstico seja estabelecido, pois durante a fase inicial, geralmente, não se percebe sintomas. Após a instalação da hiperglicemia, aparecem sintomas, como perda inexplicada de peso, polidipsia (sede e ingestão de muito líquido) e poliúria (aumento do número de micção).

Como referenciado anteriormente, em alguns casos não há sintomas, e isto ocorre com maior frequência no diabetes tipo 2. Neste caso, a pessoa pode passar muitos meses, às vezes anos, para descobrir a doença. Os sintomas muitas vezes são vagos, como é o de formigamento, nas mãos e pés. Portanto, é importante pesquisar diabetes

em todas as pessoas com mais de 40 anos de idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Existem fatores de risco que podem desencadear o DM. Dentre estes, pode-se enfatizar a obesidade, inclusive a infantil; hereditariedade; a falta de atividades físicas, praticadas com regularidade; a hipertensão arterial; os níveis altos de colesterol e triglicérides; a ingestão de certos medicamentos, como os que são preparados a base de cortisona; idade acima dos 40 anos (diabetes tipo 2); estresse emocional.

De acordo com Torquato et AL⁶. (2003), foi evidenciado um alto grau de desconhecimento, sobre a doença, por intermédio de uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto -- Estudo de Prevalência de Diabetes Mellitus --, no período de 1996 a 1997. Do universo de indivíduos diagnosticados como portadores de DM, 46,5% deles desconheciam este fato. Esses dados são ratificados por outros estudos referenciados por International Diabetes Federation⁷ (2014); Bahia et al.⁸ (2011), Rosa⁹ (2008), onde se chegou à conclusão de que 50% dos indivíduos, diagnosticados como portadores de DM, desconheciam essa realidade.

Para Assunção; Ursine¹⁰ (2008), trata-se de uma doença causada por dois fatores: pela falta absoluta ou relativa de insulina, este tipo é conhecido como diabetes tipo I ou Insulinodependente (DMID); e quando o organismo tem incapacidade de usar a insulina adequadamente nas suas ações também conhecido como diabetes tipo II ou não-insulinodependente (DMNID).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), na atualidade, o DM é considerado um dos mais importantes problemas de saúde Pública, tanto pelo número de pessoas afetadas, pelas incapacitações e mortalidade, quanto pelos custos envolvidos no controle e tratamento, das suas complicações. De acordo com a American Diabetes Association – ADA¹¹ (2010), o DM tipo 2 atinge cerca de 90% dos casos evidenciados, e o do tipo 1 responde por aproximadamente 8% destes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010). De acordo com esta mesma fonte (2007), em algumas circunstâncias, a diferenciação entre o diabetes tipo 1 e o tipo 2 pode não ser simples. Em alguns casos de dúvida, podem ser solicitados níveis de anticorpos anti-GAD e avaliação da reserva de insulina pancreática por meio da medida de peptídeo-C plasmático. Anticorpos positivos e peptídeo C abaixo de 0,9 ng/ml

sugerem o diagnóstico de diabetes tipo 1, enquanto que anticorpos negativos e peptídeo C elevado sugerem diabetes tipo 2 (apud. MARASCHIN et al ¹², 2010).

Outros tipos específicos de diabetes são mais raros e podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas à forma de aparecimento do diabetes tipo 1 é em geral abrupta, e acomete principalmente crianças e adolescentes, que não apresentam excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, e evolui, de forma rápida, para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009).

É importante ressaltar que o termo “tipo 1”, relacionado ao DM, indica o processo de destruição da célula *beta* que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração desta é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células *beta* é geralmente causada por processo autoimune (tipo 1 ou tipo 1A), que pode ser detectado por autoanticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina. Em menor proporção, a causa é desconhecida (tipo 1 A (idiopático) ou tipo 1B (autoimune)). A destruição das células *beta* em geral ocorre em um processo rapidamente progressivo, incidindo principalmente em crianças e adolescentes, com o pico de incidência entre 10 e 14 anos, mas pode ocorrer, também, em adultos (op. cit, 2009).

O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. No entanto, com a epidemia de obesidade que tem atingido as crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes, em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes. O termo “tipo 2” é utilizado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, ou seja, quando há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle, que, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas controlar o quadro hiperglicêmico (op. cit, 2009).

Diante dessas evidências, instalou-se a necessidade de que os profissionais de saúde estejam preparados para oferecer acolhimento e suporte a todos os portadores de diabetes, fornecendo espaço de escuta, desmistificando as fantasias. Conforme Kübler-Ross¹³ (2002) podem ser vivenciadas no diagnóstico e tratamento da DM, as seguintes fases: negação, quando se nega a doença ou parte do tratamento recomendado; revolta, quando afloram sentimentos de raiva, deslocados para os grupos em que o doente convive como a família, a equipe de saúde e os amigos; barganha, negociação que o portador tenta fazer com os profissionais ou com a família e os amigos, na busca de algum tipo de vantagem ou solução, frente ao sofrimento gerado pelo adoecimento; depressão, quando a emoção que predomina é a de perda, que é acompanhada de uma grande tristeza; e, finalmente a aceitação, que é a consequência da mudança gradativa no comportamento, quando o nível de conscientização é maior, e ocorre a adaptação, que leva a uma maior responsabilidade pelo estado geral de saúde.

Deste modo, faz-se necessário ter um olhar mais aprofundado nas ações preventivas do portador de diabetes, visto que, alguns desses indivíduos não têm atitudes preventivas reais, de promoção à saúde, o que os conduz a complicações como: retinopatia, neuropatia, doença renal, acidente vascular encefálico, coronariopatias, amputação e incapacidade visual. Quando hospitalizados, trazem consigo consequentemente valores, crenças, atitudes e relações sociais, e acabam por perder a identidade, reduzidos a ocupantes de leitos numerados, e suscetíveis a perdas, que aumentam, progressivamente, o seu nível de estresse e diminuem, consequentemente, a sua qualidade de vida.

Logo, é imprescindível que as ações de saúde considerem os aspectos motivacionais para o autocuidado, a participação da família e o estabelecimento adequado de vínculos efetivos com a equipe multidisciplinar, com base no questionamento: sobre os fatores que interferem na atitude do portador de diabetes frente às ações preventivas, como é o caso da promoção à saúde. Diante disso, o estudo propôs a investigar as atitudes do portador de diabetes, frente às ações preventivas de promoção da saúde, por meio da aceitação do diagnóstico do diabetes e reações psicológicas dos pacientes com esta patologia; da avaliação da adaptação à rotina diária e validação dos dados encontrados, no que se refere à de atitude.

Utilizando-se os dados da pesquisa foi elaborado um artigo científico, para publicação em periódico de forte impacto, na área do conhecimento, que obedece às normas do periódico “PSICOLOGIA: TEORIA E PESQUISA”
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722013000300011&script=sci_arttext>

ARTIGO 1

ATITUDE DO PORTADOR DE DIABETES FRENTE ÀS AÇÕES PREVENTIVAS DE PROMOÇÃO NA SAÚDE

Margarida Maria de Campos Ferreira¹
Luiz Henrique Carvalho Batista²
Marisa de Sá Leitão de Castro Soares³
Rogério Costa Ferro⁴
Cynthia Helena Santos da Silva⁵
Érika dos Santos⁶

RESUMO

Diante da prevalência da Diabetes Mellitus (DM), revelada pela evidência dos altos índices de acometimento dessa doença no mundo, principalmente na América Central e na América do Sul, esta patologia tem se tornado um problema de Saúde Pública. Sendo evidenciado à nível global que os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida das populações estão associados a este incremento na carga de DM; suscitou a necessidade emergente do referido estudo, tendo como objetivo investigar as atitudes do portador de DM frente às ações preventivas de promoção na saúde. Para tal, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre questões básicas pertinentes a esse tema, a metodologia da pesquisa foi de caráter observacional e transversal. O estudo foi realizado da Unidade Docente Assistencial (UDA) com 50 portadores de DM, no ano de 2013. Utilizou formulário

¹ Mestranda em Pesquisa em Saúde Cesmac (2013)

Especialista em Psicologia Clínica pela Fundação Educacional Jayme de Altavila (1997)
Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste (1990). Graduada em Psicologia pela Fundação Educacional Jayme de Altavila (1988). Docente da Estácio- Faculdade de Alagoas (2014)

² Doutorado em Odontologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2004)

Mestrado em Odontologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2002)

Graduação em Odontologia - Universidade Federal de Alagoas (1997)

³ Mestrado em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco (1997)

Especialização em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia (1997)

Graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Pernambuco (1972)

⁴ Especialista em Dependência Química pelo Centro Universitário Cesmac (2013)

Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Cesmac (2011)

⁵ Cynthia Helena Santos da Silva

Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Cesmac

⁶ Érika dos Santos

Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Cesmac

sócio-demográfico, em seguida, foi aplicado o questionário ATT -19 (Diabetes Attitude Questionnaire) sobre ajustamento psicológico para DM e a técnica do Grupo Focal. O estudo, ora focado apontou que 63,41% dos portadores de DM revelaram que, se não tivessem DM, as suas vidas seriam bem diferentes; e 68,29% ressaltaram que o controle adequado da doença envolve muitos sacrifícios e inconvenientes. Deste modo, os depoimentos mostraram que já existe um índice de pessoas que sabem não ser suficiente ter consciência da DM e das suas repercussões, o que foi considerada uma resposta positiva. Ao final, a negação, a ambivalência afetiva e a resistência foram perceptíveis por meio dos percentuais apontados, através dos dados coletados por meio do ATT-19 e da análise do Grupo Focal, onde se verificou a dualidade na comunicação verbal e não verbal.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Prevenção. Promoção na Saúde.

ATTITUDES OF DIABETES REGARDING PREVENTIVE ACTIONS IN HEALTH PROMOTION

ABSTRACT

Considering the prevalence of Diabetes Mellitus (DM), revealed by the evidence of high rates of incidence of this disease worldwide, especially in Central America and South America, this disease has become a public health problem. As evidenced at a global level that the risk factors related to eating habits and lifestyle of the populations are associated with this increase of DM; raised the emerging need of the study, aimed to investigate the attitudes of patients with DM dealing with preventive actions in health promotion. To this end, the literature of key issues relevant to this topic was reviewed; the research methodology was of observational and cross-sectional nature. The study was conducted at the Faculty Care Unit (UDA) with 50 DM patients, in 2013. A sociodemographic form was used, then the ATT-19 questionnaire (Diabetes Attitude Questionnaire) on psychological adjustment to DM and the focus group technique was applied. The study pointed out that 63.41% of patients with DM revealed that, if they didn't have DM, their lives would be very different; and 68.29% emphasized that adequate control of the disease involves many sacrifices and inconveniences. Thus the testimonies showed that there is already an index of people who know that is not enough to be aware of DM and its impact, which was considered a positive response. Finally, denial, affective ambivalence and resistance were perceptible by the percentage indicated through the data collected via the ATT-19 and analysis of the focus group, where there was a duality in verbal and nonverbal communication.

Keywords: Diabetes Mellitus. Prevention. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Consenso Brasileiro de Diabetes (2000), “o DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hipoglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipdemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial.

Segundo essa mesma entidade (2002), dentre os tipos de DM, hoje conhecidos, pode-se citar o *tipo 1*, onde há destruição da célula beta e ocorre a deficiência absoluta de insulina de natureza autoimune ou idiopática (de etiologia desconhecida ou de origem primitiva); e *tipo 2*, que varia, de uma predominância de resistência insulínica, com relativa deficiência de insulina e um defeito predominantemente secretório, com ou sem resistência insulínica.

As consequências da DM, em longo prazo resultam de alterações micro e macrovasculares, que levam a disfunções, danos e falência de vários órgãos. Dentre as complicações crônicas vinculadas a esta doença pode-se listar a nefropatia, com possível evolução para doença renal; a retinopatia, com a possibilidade de cegueira e/ou neuropatia com neuropatia, com artropatia de Charcot, doença degenerativa progressiva que afeta as articulações (INTO, 2007), que provoca manifestações anatômicas, como também, disfunção sexual. Os indivíduos portadores de DM apresentam maior risco de doença vascular aterosclerótica, como também, de doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral.

Para Alfradique (2009) o DM é um problema de saúde, que deve ser considerado como condição sensível à atenção primária, evidências demonstram que uma forma adequada para tratar deste problema, ainda na atenção básica, diminui o sofrimento dos indivíduos acometidos pela doença, e evita hospitalizações e mortes, por complicações cardiovasculares.

Na área da Biologia, a etiologia se preocupa com as causas das doenças, com os agentes ou fatores que causam esta doença, que podem ser endógenos, intrínsecos ao próprio organismo ou exógenos, que são os advindos do meio

ambiente, pelo papel que desempenham na causalidade multifatorial das doenças e pelo seu potencial agressivo de virulência. Estas informações são importantes quando se trata das atitudes que o portador de DM deve ter, diante da sua vida.

Nesse contexto, o compromisso de seguir, ou o desejo de interromper o tratamento, traduzido em atitude positiva ou negativa, frente à doença, está sempre presente no cotidiano da pessoa com DM. A atitude, entendida como predisposição à adoção de ações de autocuidado, pode ser ensinada, e aprendida (RODRIGUES; SANTOS; TEIXEIRA; GONELA; ZANETTI, 2012).

Para Torres; Pace; Stradioto (2010), os programas educativos sobre DM, adequados ao contexto sociocultural dos indivíduos, favorecem uma melhor compreensão da educação em saúde, para o autocuidado em diabetes, e proporcionam ao indivíduo uma gama de conhecimentos habilidades, atitudes e motivação, para controlar a doença. O objetivo deste artigo é investigar as atitudes do portador de Diabetes Mellitus (DM), frente às ações preventivas de saúde.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi um estudo observacional e transversal, com amostra não-probabilística realizado em um projeto de estágio de uma instituição de Ensino Superior e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino, do Centro Universitário Cesmac (COEPE), protocolo nº 1643/12 no dia 17/12/2012. (ANEXO A)

O campo utilizado para a realização deste estudo foi a população da Unidade Docente Assistencial (UDA), composta de 1383 indivíduos, que abrangem 577 famílias, onde se encontram 52 portadores de diabetes. Este número foi obtido por meio de um levantamento realizado nas fichas cadastrais da UDA. A pesquisa foi realizada com 41 portadores de diabetes, sendo que devido a perdas como 02 usuários foram a óbito, 05 se recusaram e 04 eram analfabetos. Os 41 sujeitos foram convidados para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), baseado nas resoluções nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS, MS) aos correspondentes (APÊNDICE A).

Nos critérios de inclusão foram considerados elegíveis mulheres e homens entre 40 e 60 anos, usuários da referida IES, moradores da zona urbana de Maceió – AL, portador de diabetes independente do tipo e que possuem mais de três anos de diagnóstico. Quanto às condições de exclusão, estas foram o fato de ser portador de complicações, como doença renal, retinopatia, neuropatia, acidente vascular encefálico, coronariopatias, amputação, incapacidade visual, cognitiva; e auditiva, pelo impedimento, para responder os instrumentos da pesquisa e ser analfabeto.

A coleta de dados sociodemográficos foi realizada por meio do formulário composto por questões relacionadas à identificação, idade, sexo, condição socioeconômica, renda familiar, tempo de diagnóstico e atividade física (APÊNDICE B). Em seguida, foi aplicado o questionário ATT -19 (Diabetes Attitude Questionnaire) sobre ajustamento psicológico para DM. O ATT-19 é um questionário sobre a medida de ajustamento psicológico para DM, desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais sobre a doença. Consiste de 19 itens que incluem seis fatores: a) estresse associado a DM, b) receptividade ao tratamento, c) confiança no tratamento, d) eficácia pessoal, e) percepção sobre saúde, f) aceitação social. As questões 11, 15 e 18 começam com o escore reverso. A principal aplicação da escala de atitudes foi associada à avaliação de intervenção educacional. Cada resposta é medida pela escala de Likert de cinco pontos (discordo totalmente - escore 1, até concordo totalmente – escore 5), o total da taxa – escore indica a atitude positiva sobre a doença (ANEXO B).

A partir da aplicação do questionário foi selecionado intencionalmente um grupo focal, que seguiu o critério de que fosse composto de 10 participantes que possuíssem, em comum, as seguintes características: não aceitação do diagnóstico de diabetes e atitude negativa frente à doença. Em seguida, foi marcado o encontro do grupo focal, que foi composto de dez participantes. O encontro aconteceu em uma sala do prédio onde funciona o Estágio Integrado da IES.

Os participantes, em princípio, deveriam ter alguma vivência com o tema a ser discutido, de tal modo que sua participação pudesse trazer elementos,

ancorados em suas experiências cotidianas. O grupo reuniu-se em uma sala neutra, acessível e silenciosa, com cadeiras dispostas em forma de círculo. Inicialmente o moderador apresentou-se, como também, os outros membros -- observador e relator da equipe --, e expôs os objetivos da pesquisa e do grupo, de forma honesta e rápida. Em seguida, explicou a forma de funcionamento do grupo. Além das regras gerais, foi explicitamente enfatizado que não se busca consenso nas discussões, apenas, ser compreendida, e que, pelo contrário, a divergência de perspectiva e experiência é extremamente bem vinda, nesses casos.

Foi anteriormente solicitado o consentimento do grupo para efetuar a gravação, com a garantia de total sigilo, do material obtido. A condução do grupo focal ocorreu a partir de um roteiro de tópicos relacionados, primeiramente com as questões de investigação que o projeto visava responder, contendo de 3 a 5 tópicos, no máximo, que foram planejados com antecedência. Os tópicos foram expressos ao grupo, por meio de estímulos, como cartazes, figuras, filmes e histórias.

Durante a condução do grupo o moderador exerceu os mais variados papéis, tais como: solicitar esclarecimentos ou aprofundamento de pontos específicos; conduzir o grupo para o próximo tópico quando um ponto já foi suficientemente explorado; estimular os tímidos; desestimular os tipos dominadores (que não param de falar); e finalizar o grupo.

Os dados colhidos com a utilização do grupo focal foram de natureza qualitativa. A análise foi obtida através do sumário etnográfico e da codificação dos dados, via análise de conteúdo. A diferença principal entre estes dois procedimentos é que o primeiro vai repousar nas citações textuais dos participantes do grupo, para ilustrar os achados principais da análise, enquanto o segundo enfatizou a descrição numérica de como determinadas categorias explicativas aparecem ou estão ausentes das discussões, e em quais contextos isto ocorre.

Os resultados obtidos foram analisados através de estatística descritiva em tabela. Foi utilizado o programa Excel.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na referida pesquisa foi realizada a aplicação da versão Brasileira do Questionário Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19), com o objetivo de avaliar o ajustamento psicológico do portador de DM. As dezenove questões apresentam os seguintes domínios: receptividade ao tratamento, estresse associado, aceitação social, percepção sobre saúde, eficácia pessoal e confiança ao tratamento. A tabela abaixo apresentou os seguintes resultados:

Tabela: Distribuição dos escores (ATT-19) - 2013

QUESTÃO	NÃO CONCORDO		DISCORDO		CONCORDO		CONCORDO TOTALMENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1º	8	19,51	7	17,07	20	48,78	6	14,63	41	100%
2º	10	24,39	11	26,83	12	29,27	8	19,51	41	100%
3º	15	36,58	7	17,07	9	21,95	10	24,39	41	100%
4º	6	14,64	5	12,19	21	51,22	9	21,95	41	100%
5º	22	53,66	12	29,27	5	12,19	2	4,88	41	100%
6º	12	29,27	15	36,58	8	19,51	6	14,63	41	100%
7º	9	21,95	17	41,46	9	21,95	6	14,63	41	100%
8º	4	9,76	9	21,95	18	43,9	10	24,39	41	100%
9º	19	46,34	11	26,83	7	17,07	4	9,76	41	100%
10º	19	46,34	6	14,64	11	26,83	5	12,19	41	100%
11º	12	29,27	13	31,71	10	24,39	6	14,63	41	100%
12º	1	2,86	2	5,71	18	51,43	14	40	35	100%
13º	16	40	10	25	3	7,5	11	27,5	41	100%
14º	13	32,5	18	45	6	15	3	7,5	40	100%
15º	0	0	5	12,5	25	62,5	10	25	40	100%
16º	9	25,71	17	48,57	6	17,14	3	8,57	35	100%
17º	10	25	22	55	7	17,5	1	2,5	40	100%
18º	3	7,5	5	12,5	24	60	4	10	40	100%
19º	23	57,5	9	22,5	8	20	4	10	40	100%

Fonte: Dados da Pesquisa

Na questão 1, 63,41% - se não tivessem diabetes seriam pessoas bem diferentes, somatório entre 48,78 concordaram e 14,63% concordaram totalmente. Com relação à questão 4, 73,17% ratificaram que a maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptarem ao fato de ser diabéticas, sendo resultado de 51,22% concordaram em parte, e 21,95% concordaram totalmente.

Quanto a questão 8, 68,29% concordaram que o controle adequado do diabetes envolve muito sacrifício e inconvenientes, percentil obtido através do somatório de 43,90% que concordaram e 24,39% concordaram totalmente.

De acordo com a questão 11, 60,98% discordaram que diabetes não atrapalha a vida social deles. Este total obtido, sendo que 31,71% discordaram e 29,27% não concordaram de jeito nenhum;

Na questão 14, 77,5% discordaram que tem dificuldade em saber se estão bem ou doentes, valor total dos 45% discordaram e 32,5% não concordaram de jeito nenhum; enquanto que na questão 15, 62,5% concordaram que diabetes não é realmente um problema porque pode ser controlado.

Na questão 18, 60% concordaram que convivem bem com o diabetes; porém, 80% discordaram que costumam achar injusto que tenham diabetes e outras pessoas tenham saúde, valor obtido na questão 19 do ATT-19.

Desse universo, 60% concordaram que convivem bem com o diabetes, mas, ao mesmo tempo, observa-se uma ambivalência afetiva, quando 73,17% concordam que a maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de serem diabéticos, e 68,29% concordaram que o controle adequado do diabetes envolve sacrifício e inconvenientes.

Deste modo, para prevenção e controle da doença, e promoção da saúde, existe a necessidade de uma atuação direta com a coletividade, visando ao autocuidado, principalmente através da educação voltada para a DM que, apesar de amplamente recomendada, ainda é incipiente, na América Latina (GAGLIARDINO, 2002).

Após os resultados obtidos com a aplicação do questionário ATT-19 (Diabetes Atitudes Questionnaire) sobre ajustamento para DM, foram selecionadas 10 pessoas que possuíam atitude negativa, frente à doença, para participarem de um grupo focal..

É importante pontuar que o grupo focal, numa abordagem clínica, possui como objetivo precípua trazer à tona sentimentos e sensações, que não seriam apreendidos através de métodos de pesquisa estruturados. O grupo focal pode acessar informações inconscientes que estão presentes no processo de aceitação ou não, do adoecimento.

A metodologia participativa atua na busca de conhecimentos de como os participantes pensam a realidade e, assim, contribui para o desenvolvimento de capacidades e habilidades, não só para o autocuidado, mas, também, para a atuação dos participantes como agentes multiplicadores de informações (Kimura, 1996, Araujo, 2005).

Os depoimentos dos participantes da pesquisa demonstram a reflexão sobre o processo de adquirir novos hábitos de vida. O grupo focal estimula a tomada de consciência, da problemática. A troca de experiências propicia o conhecimento sobre as estratégias que podem encetar mudanças significativas, como a inclusão de atividades físicas (andar, dançar, dentre outras).

Torna-se importante a inserção de inovações educativas, junto aos portadores de diabetes. O entendimento de tal fenômeno pode revelar o favorecimento da atenção ao ser humano integral, submetido ao seu cuidar profissional, e não apenas o olhar sobre a enfermidade, que o acomete (Araujo, 2005).

As considerações dos participantes do grupo focal mostram a importância de um trabalho de grupo centrado na metodologia participativa, com enfoque em educação/promoção, da saúde e da qualidade de vida.

“É o que a gente tem que fazer, né? Procurar o médico, fazer exercícios, alimentação certa, nas horas certas.”

Isto mostra que o portador de diabetes tem como meta a alimentação certa, nas quantidades corretas, e nas horas certas.

“Ai agora descobri que estou com um problema; deu pressão, que eu nunca tomei remédios p/pressão, né? O meu...a...a...a diabetes, não, a glicose deu alterada...to assistindo a aula e vou direto marcar médico de novo, apesar que eu ja fiz um check up to esperando os exames.”

É a necessidade de favorecer os cuidados com a doença, de modo a assegurar uma melhor qualidade de vida e equilíbrio emocional.

O grupo focal proporcionou um espaço, que permitiu o fluir das dificuldades enfrentadas pelos portadores de diabetes. Foi uma experiência focada no eixo socioecológico de vigilância e de promoção da saúde/qualidade de vida. É o que comprovam os seguintes comentários:

“Ai, eu to preocupada porque na minha casa se você chegar para pegar uma colher de açúcar para alguém que tiver comendo...a gente tem que sair para comprar, porque não tem, eu só como arroz integral, eu só como pão integral e sem açúcar”. Eu não “tomo adoçante nem açúcar, porque eu não gosto, o meu café é puríssimo”.

Faz-se importante pontuar que as falas dos participantes podem apresentar erros gramaticais, mas, em nome da autenticidade, como também, em respeito às pessoas que se colocaram, optou-se pela fidelidade á forma como se expressaram.

Então, outra participante afirmou:

“Eu tava dizendo as meninas também, o açúcar do meu café é o leite”.

Uma das preocupações da pesquisa são os cuidados/autocuidados necessários, inclusive um adequado plano alimentar, onde o planejamento alimentar deve estar em consonância com o controle de peso e o exercício físico supervisionado por um profissional de saúde, especializado.

“Eu fiquei agora frustrada porque se você entrar na minha casa, não tem bolacha... adoro, sou apaixonada por bolo, mas não tem bolo porque eu não posso, eu não quero, entendeu. Sigo uma coisa muito corretinha pra que, porque eu fui a um casamento, fui madrinha de um casamento, para eu for a um casamento e não comer bolo e de lascar né, desculpa ai, então eu como, pelo amor de Deus, mas eu faço ao meu dia a dia, tudo normal, caraca, bicho, eu quis ficar um pouco revoltada, sabe,mas não vou ficar, eu faço, eu pago hidro, deixei a hidro agora um tempo, disse por que, sei lá, deixei mas eu estou na caminhada”.

Verificou-se que as metodologias participativas, utilizadas em trabalhos grupais, possibilitam aos participantes de um grupo vivenciar suas emoções, conhecimentos, determinados fatos, e as representações sociais, deste entendimento. Para Antunes (1993), desde que existam fatos científicos ou experiências a conhecer, avaliar ou investigar, pode-se colocar em prática algumas técnicas específicas para conhecimento, outras ainda para avaliação, porque o conhecimento é obtido através de fatos e experiências, o conhecimento não deve contradizer os fatos comparados, e um conhecimento se justifica quando parte de uma experiência e é evidenciado por outro conhecimento.

Atualmente, vem sendo dada maior ênfase à necessidade dos pacientes reconhecerem os saberes específicos que os mesmos detêm sobre a doença, e as emoções que este processo desencadeia. Portanto, é fundamental enfatizar que não basta ter a consciência da doença e suas repercussões, pois a doença física atinge diretamente o emocional, e este não é determinado, apenas, por aspectos conscientes.

Neste sentido, a instabilidade emocional pode influenciar ou impedir um bom controle do processo de adoecimento, se este não for internalizado, de forma adequada, e aceito. A adoção de inovações educativas, aplicadas ao campo da saúde, que tratem o fenômeno educativo na sua totalidade, considera, desde o lidar com os desejos, até a questão dos hábitos socioculturais, e dos valores. Inserido no presente paradigma, é imprescindível que os portadores de diabetes adquiram o conhecimento necessário sobre autocuidado, e estratégias que possam favorecer o processo de decisões do seu cotidiano, inclusive, a adesão ao tratamento.

No que diz respeito à ambivalência, resistência ou negação, é importante referenciar que Freud (1974), de acordo com Anna Freud, apud. Hermeto; Martins (2012), em seu esboço estrutural da *psique*, descreveu a existência de um modelo parecido, no interior da inconsciência humana, e propôs um aparato psíquico de três partes: o Id, primitivo, governado pelo desejo, busca a satisfação das necessidades; o Superego, que tenta impor os valores sociais e os deveres; e o Ego, que controla os impulsos, e delibera como agir. Este último é um moderador, suspenso entre o Id e o Superego. A voz crítica do Superego, por sua

vez, suscita angústia e, nesse momento, segundo levantou-se as defesas do Ego. A mesma retórica apontou os seguintes mecanismos de defesa: humor, sublimação, negação e deslocamento.

Foi evidenciada a negação, enquanto mecanismo de defesa dos portadores de diabetes na lida com a angústia de ser diabético. Isto é muito patente na pesquisa quando os participantes a negam ao afirmar na questão 18, quando concordaram que convivem bem com o diabetes, pois apresentaram um sentimento de ambivalência afetiva, na questão 11, o que foi destacado pelos 60,98% que discordaram sobre a fato do diabetes não atrapalhar a vida social. Na questão 8, 68,29% concordaram que o controle adequado do diabetes envolve muitos sacrifícios e inconvenientes, além da resistência e negação, quanto ao diagnóstico de DM apontados na questão 1, onde 63,41% concordaram que se não tivessem diabetes, seriam pessoas bem diferentes; na questão 4, 73,17% concordaram que a maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de serem diabéticas.

O termo ambivalência, que caracteriza esta situação evidenciada na pesquisa, foi cunhado por Freud, tomado a Breuer, que o criou. O último considerava a ambivalência em três domínios: voluntário, quando, por exemplo, o individuo quer, ao mesmo tempo, comer e não comer; o intelectual, o individuo enuncia simultaneamente uma proposição e seu contrario; e afetivo, quando se ama e se odeia, num só momento, a mesma pessoa (Laplanche; Pontalis, 1983). De acordo com esses teóricos, ambivalência é a presença simultânea, na relação com um mesmo objeto, de tendências, de atitudes e de sentimentos opostos, por excelência, o amor e o ódio.

A originalidade da noção de ambivalência, em relação ao que foi descrito antes, como a complexidade de sentimentos ou flutuações de atitude, reside, por um lado, na manutenção de uma oposição do tipo sim-não, em que a afirmação e a negação são simultâneas e indissociáveis; e, por outro lado, no fato de que essa oposição é fundamental e pode se reencontrar em diversos setores da vida psíquica. Breuer (Idem, p. 1983), por privilegiar a ambivalência afetiva, utiliza, neste sentido, a orientação freudiana.

Para Laplanche; Pontalis (1983), no decorrer do tratamento psicanalítico, dá-se o nome de resistência a tudo que, nos atos e palavras do analisando, se opõe ao acesso deste, ao seu inconsciente. Freud falou de resistência à psicanálise para designar uma atitude de oposição as suas descobertas, na medida em que elas realçavam os desejos inconscientes e infligiam aos homens um “vexame psicológico”.

Sendo observado que o grupo total da amostra, de respondentes do ATT-19, e o pequeno grupo destacado, que participou do grupo focal, são coincidentes, pois a análise dos percentuais, de ambos, revela as mesmas conclusões.

Segundo Grubits; Coelho; Piccinim (2007), o estudo das origens, consequências e variações de comportamentos, em relação à apresentação da doença, para cada indivíduo, é o ponto fundamental para as implicações óbvias, que a elaboração de programas de prevenção e para disseminar a compreensão do processo saúde/doença, em geral. Os indivíduos, frente aos processos de adesão ao tratamento de uma doença crônica, necessitam acionar defesas adaptativas, pois, o ser doente vivencia constantemente uma ambiguidade, diante da cronicidade de ter DM, pois, para manejar e aprender a lidar com esta patologia crônica, faz-se necessário que se tenha mecanismos de defesa, frente às limitações e sacrifícios, na vida social e nas atitudes de prevenção e promoção da saúde, na rotina diária.

CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto, faz-se necessário, lançar um olhar criterioso sobre ações preventivas, na direção do portador de diabetes, visto que alguns deles não possuem cuidados efetivos, voltados para a atenção e a prevenção. Os depoimentos mostram que não é suficiente ter consciência da DM e das suas

repercussões, pois a doença física atinge diretamente o seu âmbito emocional, o que pode impedir um bom controle desse processo.

A negação, a ambivalência afetiva e a resistência foram perceptíveis por meio da pesquisa realizada pelos percentuais apontados, no final da análise dos dados coletados por meio do ATT-19 e na realização do grupo focal, onde se verificou a dualidade na comunicação verbal e não verbal, pois o ser humano é complexo e os seus mecanismos de defesa que são utilizados para lidar com a ansiedade, proveniente do diagnóstico de DM, gera a ambivalência (o “querer e não querer”) e a resistência, que lhes são inerentes.

Logo, é imprescindível que as ações de saúde considerem os aspectos motivacionais para o autocuidado, para a participação da família, e o estabelecimento adequado de vínculos afetivos com a equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

ANGERAMI-CAMON, V A. [et al]. E a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira, 1997.

ASSUNÇÃO, T S; URSINE, P G S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em portadores de diabetes millitus assistidos pelo Programa de Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 13, suplemento II, 2008.

FREUD, Sigmund. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Estudos sobre Histeria. Vol.II, 1974, Rio de Janeiro. Imago. PTraduzido do alemão e do inglês, sob a direção de Jaime Salomão.

GATTI, B. A. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Liber Editora, 2005.

GRUBITS, S. & GUIMARÃES, L. A M. Psicologia da saúde: especificidades e diálogo interdisciplinar. São Paulo: Vetor, 2007.

GUYTON, A C., HALL, J E. Tratado De Fisiologia Médica 10. Ed. Rj . Guanabara Koogan, 2002

HERMETO, M. Clara ; Martins, Ana Luiza. O Livro da Psicologia. São Paulo: Globo, 2012.

KUBLER- ROSS, E. “Sobre a morte e o morrer”: 8ª Ed., Martins Fontes. São Paulo, 1998.

LAPLANCHE, J. e J. B, Pontalis. *Vocabulário da Psicanálise*. Organização de Daniel Lagache. 7 ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1983.

MELLO FILHO, J. Psicossomática Hoje. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PENTEADO, M. S; OLIVEIRA, T. C. Associação estresse – diabetes millitus tipo II. Revista Brasileira de Clínica Médica, 2009.

PORTH, C M. Fisiopatologia. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SCHMIDT, M I et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. THE LANCET. London, p.61-74, maio. 2011.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes: Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. São Paulo, 2007.

TORRES, H C; HORTALE V A, SCHALL V T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de diabetes mellitus. Ver. Saúde Pública 2005; 39(6):906-11.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresentou uma análise sobre a importância da integridade biopsicossocial do paciente acometido de DM, como condição decisiva para favorecer os cuidados com a doença, de modo a lhe garantir uma melhor qualidade de vida. Além disso, é bom ressaltar que a terapêutica farmacológica, a dieta balanceada e a prática regular de atividades físicas, são fatores decisivos no processo de promoção à saúde.

É importante pontuar, que ocorreu, através dos estudos realizados sobre o tema, a falta de conhecimento sobre as características dessa doença – pelos seus portadores -, pode criar empecilhos ao processo de acompanhamento das ações preventivas, e do necessário autocuidado. Conviver com DM requer mudanças no estilo de vida, pois se trata de vivenciar um processo gradativo de adaptação, às mudanças psicossociais, decorrentes da referida doença. Deste modo, é fundamental sensibilizar os diabéticos sobre as alterações pessoais que podem decorrer da DM, e da imperiosa necessidade de alterações pessoais, no estilo de vida, no que se refere à saúde, e da criação de estratégias de enfrentamento, dessa patologia.

É essencial que se aponte outro aspecto que exerce influência sobre a saúde emocional dos diabéticos diz respeito a sua autoimagem. Esta insatisfação com a autoimagem pode gerar baixa autoestima e fragilidade psicológica, podendo propiciar quadros depressivos.

A necessidade de apontar os aspectos psicológicos do portador de diabetes está relacionada ao objetivo de alertar esse indivíduo para a necessidade de adquirir hábitos saudáveis. Este é um trabalho centrado no paradigma da saúde, em uma abordagem socioecológica de vigilância e promoção da saúde.

É o enfoque no oferecimento de estímulos motivacionais para o autocuidado e para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. É fundamental favorecer, aos portadores de DM, esse processo de empoderamento. Para isso, é imprescindível que os portadores dessa patologia adquiram o conhecimento efetivo sobre esta doença, inclusive sobre as estratégias de enfrentamento, no que se refere ao processo de adoecimento, e no que diz respeito às decisões a serem tomadas no seu cotidiano.

Deste modo, o portador da DM torna-se agente e sujeito capaz de transformar da sua realidade. Diante dessas atitudes e providências esse indivíduo, em face da doença, pode maximizar a sua qualidade vida.

A pesquisa ressaltou a relevância da discussão sobre este tema, pois, ao apontar as ansiedades e conflitos, que atravessam o dia a dia, do portador de DM, foi possível fomentar o debate sobre a importância da visibilidade do novo paradigma da saúde, que tem por fundamento a humanização, a qual se faz indispensável, no exercício da ação de lidar com demandas, desejos, crenças, mudanças de hábito e estilos de vida. É, pois, o entendimento do necessário favorecimento da atenção ao ser humano, na sua integralidade, sob a visão de preceitos éticos.

REFERÊNCIAS

- 1 Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes: tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus*. São Paulo, 2007. Recuperado em outubro de 2013, em <http://www.anad.org.br/Profissionais/images/Diretrizes_SBD_2007.pdf>. Acesso em janeiro de 2014.
- 2 DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2009/Sociedade brasileira de diabetes 3 ed. Itapevi, São Paulo: A. Araújo Farmacêutica, 2009.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2012.
- 4 CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DIABETES SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2*. Maio de 2000.
- 5 Artroplastia total do quadril como tratamento primário de fratura de colo do fêmur. *Revista Into*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 1-48, mai/ago.2007 Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_into_2007_2.pdf> Acesso em janeiro de 2014.
- 6 GRUBITS, S. & GUIMARÃES, L. A M. *Psicologia da saúde: especificidades e diálogo interdisciplinar*. São Paulo: Vetor, 2007.
- 7 LERARIO, Antonio Carlos. DIABETE MELITO: aspectos epidemiológicos. *Ver. Soc. Cardiol.* Estado de São Paulo. Vol 8. n. 5 Set/Out 1998, p. 885
- 8 World Health Organization. *Global status report on non communicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization; 2011.
- 9 TORQUATO M. T. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 121, n. 6, p. 224-30, 2003.
- 10 INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Factsheets*. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>> Acesso em: 22 jan. 2014.
- 11 BAHIA, L. R. et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian public health system. *Value Health*, [S. l.], v. 14, n. 5, Suppl. 1, p. S137–140, 2011.
- 12 ROSA, R. S. *Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008.

13 Assunção, T. S., e Ursine, P G S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde Coletiva*, vol. 13, suplemento II, 1993.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus legais representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

Eu, _____ tendo sido convidado(a) participar como voluntário do estudo “Atitude do portador de diabetes às ações preventivas como promoção à saúde”, que será realizado no Estágio Integrado de uma IES, recebi da Sra. Margarida Maria de Campos Ferreira, Psicóloga, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- a) O estudo tem como objetivo geral: verificar as atitudes do portador de diabetes às ações preventivas como promoção à saúde;
- b) Objetivos específicos: Investigar a aceitação do diagnóstico do diabetes e reações psicológicas dos homens e mulheres, usuários do projeto de Estágio Integrado de uma IES, residentes na zona urbana de Maceió – Al; avaliar a adaptação à rotina diária do portador de diabetes; validar dados encontrados de atitude do portador de diabetes;
- c) Pretende-se com este estudo descrever quais os fatores que interferem na atitude do portador de diabetes às ações preventivas como promoção à saúde;
- d) A pesquisa será realizada de outubro
- e) de 2012 à janeiro de 2013, na Unidade Docente Assistencial – UDA, localizado na Rua Radialista Odete Pacheco, S/N, Farol, CEP: 57021-160;
- f) Após solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, baseado nas resoluções nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS, MS), os usuários do Estágio Integrado do CESMAC responderam:
 - Questionário de coleta de dados sociodemográficos a estes, composto por questões relacionadas à: identificação, idade, sexo, condição socioeconômica, crença familiar, tempo de diagnóstico e atividade física;
 - O ATT - 19 (Diabetes Attitude Questionnaire) é um questionário sobre a medida de ajustamento psicológico para DM, desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais sobre a doença. Consiste de 19 itens que incluem seis fatores: a) estresse associado a DM, b) receptividade ao tratamento, c) confiança no tratamento, d) eficácia pessoal, e) percepção sobre saúde, f) aceitação social;
 - A técnica do Grupo Focal será realizada com um grupo composto por 6 a 10 participantes, a coleta de dados através do grupo focal tem uma de suas maiores riquezas basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos.

Atitude do portador de diabetes às ações preventivas como promoção à saúde
 Pesquisadores: Prof. Dr. Luiz Henrique de Carvalho Batista e Margarida Maria de Campos Ferreira

- g) A pesquisa apresentará riscos mínimos, uma vez que não serão realizados procedimentos invasivos. Os desconfortos e os riscos que eventualmente venham ocorrer serão de ordem subjetiva. Pode acontecer de os avaliados se sentirem constrangidos com algumas perguntas durante a aplicação do questionário ATT-19, por exemplo. Para minimização deste desconforto, o contato preliminar e aplicação do questionário ATT-19 para coleta de dados seguirão os critérios de natureza ética preconizados pela resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Contarei com a assistência da Psicóloga Margarida Maria Ferreira de Campos em caso de desconforto de ordem subjetiva.
- h) Todas as informações obtidas nesta pesquisa serão tratadas em sigilo, sendo apenas divulgados os resultados entre os profissionais da área, sem identificação dos participantes.
- i) Quanto aos benefícios, os participantes desta pesquisa terão orientações psicoeducativas através de uma cartilha autoexplicativa das atitudes do portador de diabetes às ações preventivas como promoção à saúde; possibilitando novas posturas nas políticas públicas frente ao diabetes.
- j) Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
- k) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo; Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- l) Estou ciente que tenho o direito de não responder a alguma pergunta que não queira.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do(a) participante voluntário(a):

Domicílio:(rua,conjunto).....Bloco:

Nº:, complemento:Bairro:

Cidade:CEP:.....Telefone:

Ponto de referência:

<p>Atitude do portador de diabetes às ações preventivas como promoção à saúde Pesquisadores: Prof. Dr. Luiz Henrique de Carvalho Batista e Margarida Maria de Campos Ferreira</p>

Contato de urgência (participante): Sr(a):

Domicílio: (rua, conjunto).....Bloco:

Nº:, complemento:Bairro:

Cidade:CEP:Telefone:

Ponto de referência:

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:

Nome: Margarida Maria de Campos Ferreira

Endereço: Av. Fernandes Lima, nº 34, Bloco A, apt. 602, Farol.

Telefone: (82) 9975-1439

Instituição:

Centro Universitário – CESMAC

Endereço: Rua Sebastião Granjeiro, 918. Farol, CEP.: 57021-060. Telefone: 3215-5062

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino (COEPE), pertencente ao Centro Universitário Cesmac – FEJAL: Rua Cônego Machado, 918. Farol, CEP.: 57021-060. Telefone: 3215-5062. Correio eletrônico: cepcesmac@gmail.com

Maceió, _____ de _____ de _____

**Assinatura ou impressão datiloscópica
do(a) voluntário(a) ou responsável legal**
(rubricar as demais folhas)

Assinatura do responsável pelo Estudo
(rubricar as demais folhas)

<p>Atitude do portador de diabetes às ações preventivas como promoção à saúde Pesquisadores: Prof. Dr. Luiz Henrique de Carvalho Batista e Margarida Maria de Campos Ferreira</p>
--

APÊNDICE B
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Iniciais: _____ Número do prontuário: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Telefone: _____

- 1) Sexo: 1. Masculino 2. Feminino
- 2) Idade – Anos completos: _____
- 3) Estado Civil
 1. solteiro
 2. casado/amasiado
 3. viúvo
 4. desquitado ou divorciado
 5. outro
- 4) Escolaridade
 1. Anos de estudo: _____
- 5) Ocupação
 1. Trabalha
 2. Aposentado
 3. Do lar
 4. Outra
- 6) Renda Familiar: _____
- 7) Número de membros da família: _____
- 8) Tempo da doença – anos completos: _____
- 9) Tipo de diabetes: _____
- 10) Ocorrência do diabetes com outro(s) membros(s) da família: _____

ANEXO A



Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino do Centro Universitário Cesmac (COEPE)

Registro nº 25000.196371/2011-70 – CONEP/CNS/SIPAR/MS – 10/11/2011.

Maceió, 15 de fevereiro de 2013.

PARECER CONSUBSTANCIADO

I) IDENTIFICAÇÃO:

Protocolo nº: 1643/12 Título: Atitude do portador de diabetes às ações preventivas como promoção à saúde

Grupo III Área de conhecimento: Ciências da Saúde Código: 4.06

Pesquisador Responsável: Margarida Maria de Campos Ferreira

Instituição Responsável: Centro Universitário Cesmac

Data de Entrada: 01/10/2012

Analisado na 75ª Reunião Extraordinária

Data da Reunião: 17/12/2012

II) SUMÁRIO GERAL DO PROTOCOLO:

O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio caracterizado por comprometimento do metabolismo da glicose que leva o desenvolvimento tardio de complicações vasculares neuropáticas. No Brasil, assim como em outras localidades o DM está sendo reconhecido como um importante problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, ocupando um percentual de 30% a 40% das causas de morbidade entre adultos. Trata-se de uma doença causada por dois fatores: pela falta absoluta ou relativa de insulina, diabetes tipo I ou Insulinodependente (DM1D); e o diabetes tipo II ou não-insulinodependente (DM2D) quando o organismo tem incapacidade de usar a insulina adequadamente nas suas ações. A doença crônica deve possuir uma ou mais características: ser permanente, deixar incapacidade residual, produzir alterações patológicas irreversíveis, necessidade de reabilitação ou períodos longos de observação, controle e cuidados. São processos mórbidos de variada etiologia que, por sua relativa frequência e severidade, adquirem singular importância médica, social e econômica para a comunidade. Considerando-se a especificidade do diabetes como doença crônica, o conhecimento da patologia por meio de informações e educação constitui aspecto relevante no tratamento. Vivenciar o diagnóstico de uma patologia crônica mesmo que não transmissível envolve diversas transformações de hábitos, interferindo consideravelmente na rotina diária. É essencial o conhecimento de questões sobre o processo de individualização de acordo com a faixa etária e estado metabólico, das doenças intercorrentes, hábitos socioculturais, dentre outros. Os profissionais de saúde devem estar preparados para oferecer acolhimento e suporte a todos os portadores de diabetes, fornecendo espaço de escuta e desmistificando as fantasias. Faz-se necessário ter um olhar às ações preventivas do portador de diabetes, pois alguns não têm atitudes preventivas efetivas de promoção à saúde, levando a comorbidades como: retinopatia, neuropatia, doença renal, acidente vascular encefálico, coronariopatias, amputação e incapacidade visual. Quando hospitalizados, trazem consigo valores, crenças, atitudes e relações sociais, perdendo a identidade, ocorrendo perdas que aumentam o nível de estresse destes indivíduos. Logo, é imprescindível que as ações de saúde considerem os aspectos motivacionais para o autocuidado, a participação da família e o estabelecimento adequado de vínculos efetivos com a equipe multidisciplinar. Essa pesquisa tem por objetivo investigar as atitudes do portador de diabetes quanto às ações preventivas como promoção à saúde. Trata-se de um estudo observacional transversal, a ser realizado em um projeto de estágio de uma Instituição de Ensino Superior. A população da unidade docente assistencial tem 1383 pessoas, 577 famílias e 52 portadores de diabetes, chegando a este número por um levantamento realizado nas fichas cadastrais da UDA. Será realizado um censo com os 52 portadores de diabetes na referida unidade independente do tipo de diabetes. A amostragem será não probabilística. Os sujeitos serão recrutados através de contato telefônico. Caso aceitem voluntariamente, serão convidados para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) numa sala reservada da Instituição de Ensino Superior – IES, com horário previamente agendado. Serão considerados elegíveis mulheres e homens entre 40 e 60 anos, usuários da referida IES, moradores da zona urbana de Maceió – Al, portador de diabetes independente do tipo e que possuem mais de três anos de diagnóstico. Os critérios de exclusão compreenderão: recusa em participar e recusa em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, ser portador de comorbidades como doença renal, retinopatia, neuropatia, acidente vascular encefálico, coronariopatias, amputação, incapacidade visual, cognitiva e auditiva para responder os instrumentos da pesquisa. Em uma sala do estágio integrado da IES da cidade de Maceió serão esclarecidos os objetivos e procedimentos da pesquisa; a confidencialidade e os critérios para interromper a pesquisa. Em seguida, será solicitada a assinatura do TCLE. Após isso, será entregue um formulário de coleta de dados sociodemográficos a estes, composto por questões relacionadas à: identificação, idade, sexo, condição socioeconômica, crença familiar,

tempo de diagnóstico e atividade física. Aos sujeitos portadores de diabetes tipo I e II, serão entregues e aplicados o questionário ATT- 19 (Diabetes Attitude Questionaire) sobre ajustamento psicológico para DM. Os resultados obtidos serão analisados através da estatística descritiva em gráficos e/ou tabelas. Para a correlação entre as variáveis será utilizado o programa EPI-Info. A partir do questionário serão selecionados intencionalmente três grupos focais seguindo tais critérios, cada um com dez participantes que possuem em comum as seguintes características: não aceitação do diagnóstico de diabetes e atitude negativa frente à doença. Em seguida, será marcado o encontro do grupo focal, tendo no máximo cada um deles 10 participantes, que acontecerá em uma sala do prédio onde funciona o Estágio Integrado da IES. A técnica do Grupo Focal será realizada com os portadores de diabetes com a caracterização acima citada que será o foco do trabalho interativo e da coleta do material discursivo / expressivo. Os participantes devem ter alguma vivência com o tema a ser discutido, de tal modo que sua participação possa trazer elementos ancorados em suas experiências cotidianas. O grupo acontecerá em uma sala neutra, acessível e silenciosa com cadeiras dispostas em forma de círculo. Inicialmente, o moderador apresenta-se e também aos outros membros observador e relator da equipe, e expõe os objetivos da pesquisa e do grupo de forma honesta e rápida. Em seguida, explica a forma de funcionamento do grupo. Além das regras gerais, será explicitamente enfatizado que não se busca consenso na discussão a ser empreendida e que a divergência de perspectiva e experiência é extremamente bem vinda. Será solicitado o consentimento do grupo para efetuar a gravação e dar garantia de total sigilo do material obtido. A condução do grupo focal será a partir de um roteiro de tópicos relacionados primeiramente com as questões de investigação que o projeto visa responder, contendo de 3 a 5 tópicos no máximo, planejados com antecedência. Os tópicos serão expressos ao grupo através de estímulos como: cartazes, figuras, filmes ou histórias. Durante a condução do grupo, o moderador exercerá os mais variados papéis; solicitar esclarecimentos ou aprofundamento de pontos específicos, conduzir o grupo para o próximo tópico quando um ponto já foi suficientemente explorado; estimular os tímidos; desestimular os tipos dominadores (que não param de falar); finalizar o grupo. Os dados colhidos com a utilização do grupo focal são de natureza qualitativa. A análise será obtida através do sumário etnográfico e da codificação dos dados via análise de conteúdo. A diferença principal entre estes dois procedimentos é que o primeiro vai repousar nas citações textuais dos participantes do grupo, que vão assim ilustrar os achados principais da análise, enquanto o segundo enfatiza a descrição numérica de como determinadas categorias explicativas aparecem ou estão ausentes das discussões, e em quais contextos isto ocorre. A pesquisa apresentará riscos mínimos, uma vez que não serão realizados procedimentos invasivos. Os desconfortos e os riscos que eventualmente venham ocorrer serão de ordem subjetiva. Pode acontecer de os avaliados se sentirem constrangidos com algumas perguntas durante a aplicação do questionário ATT-19, por exemplo. Para minimização deste desconforto, o contato preliminar e aplicação do questionário ATT-19 para coleta de dados seguirão os critérios de natureza ética, preconizados pela resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Todas as informações obtidas nesta pesquisa serão tratadas em sigilo, sendo apenas divulgados os resultados entre os profissionais da área, sem identificação dos participantes. Quanto aos benefícios, os participantes terão orientações psicoeducativas através de uma cartilha autoexplicativa das atitudes do portador de diabetes quanto às ações preventivas como promoção à saúde, possibilitando novas posturas nas políticas públicas frente ao diabetes. Como critérios para interromper a pesquisa aponta-se a desistência de 50% dos participantes da pesquisa e a retirada da autorização por parte da IES.

III) TCLE (linguagem adequada, descrição dos procedimentos, identificação dos riscos e desconfortos esperados, endereço do responsável, ressarcimento, sigilo, liberdade de recusar ou retirar o consentimento, entre outros):

Apresentado com identificação das diretrizes definidas na Resolução 196/96 CNS/MS.

IV) CONCLUSÃO DO PARECER

APROVADO

V) CONSIDERAÇÕES

Ilma. Profa. Esp. **Margarida Maria de Campos Ferreira**, lembre-se que, segundo a res. CNS 196/96:

- Sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;
- V.S.^a deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

- O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador, assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP;
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas;
- Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente em 14/05/2013 e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria

Atenciosamente,


Profa Alice Cristina Oliveira Azevedo
Coord do COEPE/CESMAC

ANEXO B

Versão Brasileira do Questionário
Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19)

INSTRUÇÕES: este formulário contém 19 perguntas para ver como o Sr(a) se sente sobre o diabetes e o seu efeito em sua vida. Coloque um X na opção que corresponde à sua resposta

<p>1. Se eu não tivesse DIABETE, eu seria um pessoa bem diferente</p> <p>() Não concordo de jeito nenhum</p> <p>() Discordo</p> <p>() Concordo</p> <p>() Concordo totalmente</p>	<p>6. Parece que não tem muita coisa que eu possa fazer para controlar minha DIABETE</p> <p>() Não concordo de jeito nenhum</p> <p>() Discordo</p> <p>() Concordo</p> <p>() Concordo totalmente</p>
<p>2. Não gosto que me chame de DIABÉTICO</p> <p>() Não concordo de jeito nenhum</p> <p>() Discordo</p> <p>() Concordo</p> <p>() Concordo totalmente</p>	<p>7. Há pouca esperança de levar uma vida normal com DIABETE</p> <p>() Não concordo de jeito nenhum</p> <p>() Discordo</p> <p>() Concordo</p> <p>() Concordo totalmente</p>
<p>3. Ter DIABETE foi a pior coisa que aconteceu na minha vida</p> <p>() Não concordo de jeito nenhum</p> <p>() Discordo</p> <p>() Concordo</p> <p>() Concordo totalmente</p>	<p>8. O controle adequado da DIABETE envolve muito sacrifício e inconvenientes</p> <p>() Não concordo de jeito nenhum</p> <p>() Discordo</p> <p>() Concordo</p> <p>() Concordo totalmente</p>
<p>4. A maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de ter DIABETE</p> <p>() Não concordo de jeito nenhum</p> <p>() Discordo</p> <p>() Concordo</p> <p>() Concordo totalmente</p>	<p>9. Procuro não deixar que as pessoas saibam que tenho DIABETE</p> <p>() Não concordo de jeito nenhum</p> <p>() Discordo</p> <p>() Concordo</p> <p>() Concordo totalmente</p>
<p>5. Costumo sentir vergonha por ter DIABETE</p> <p>() Não concordo de jeito nenhum</p> <p>() Discordo</p> <p>() Concordo</p>	<p>10. Ser diagnosticado com DIABETE é o mesmo que ser condenado a uma vida de doença</p> <p>() Não concordo de jeito nenhum</p> <p>() Discordo</p>

<p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p>11. Minha dieta de DIABETE não atrapalha muito minha vida social</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p>12. Em geral, os médicos precisam ser muito mais atenciosos ao tratar de pessoas com DIABETE.</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p>13. Ter DIABETE durante muito tempo muda a personalidade da pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p>14. Tenho dificuldade em saber se estou bem ou doente</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p>15. DIABETE não é realmente um problema porque pode ser controlado</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>	<p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p>16. Não há nada que eu possa fazer, se você tiver DIABETE</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p>17. Não há ninguém com quem eu possa falar abertamente sobre a minha DIABETE</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p>18. Acredito que convivo bem com a DIABETE</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p>19. Costumo achar que é injusto que eu tenha DIABETE e outras pessoas tenham saúde muito boa</p> <p><input type="checkbox"/> Não concordo de jeito nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p>
--	---

ANEXO C

NORMAS APA

Os Periódicos ANPAD utilizam para citações e referências as normas da American Psychological Association [APA]. Desse modo, abaixo encontra-se breve resumo e exemplificações dessas normas para orientação dos autores de artigos a serem submetidos.

Citação

O método empregado pelas Normas APA é **autor-data**, isto é, o sobrenome do autor e o ano de publicação. O texto deve ser documentado citando o autor e a data de publicação dos trabalhos pesquisados e consultados. **Todos os autores citados no texto**, e apenas eles, devem estar presentes nas referências com as informações completas. Este procedimento é obrigatório.

Referências

A lista de referências completa deve ser apresentada no final do texto e por ordem alfabética pelo sobrenome do primeiro autor.

2 SUMÁRIO

ORIENTAÇÕES SOBRE CITAÇÕES E REFERÊNCIAS-----	2
Autores-----	4
Um autor -----	4
Dois autores -----	4
Três a cinco autores-----	4
Seis ou mais autores-----	4
Uso do 'e' - '&' -----	5
Autor entidade-----	5
Autor editora -----	6
Sem autor-----	6
Autor anônimo -----	6
Fonte secundária-----	6
Citações do mesmo autor no mesmo ano -----	6
Autor com Jr., Filho, etc. no nome -----	7
Sobrenomes com artigos e proposições -----	7
Data de Publicação-----	7
Livros -----	7
Pôsteres, revistas mensais e boletins-----	7
Publicações semanais e diárias-----	7
Aguardando publicação -----	8
Não publicado -----	8
2 CASOS ESPECÍFICOS DE CITAÇÕES E REFERÊNCIAS -----	8
Citações -----	8

Páginas-----	8
Trabalho dentro do parênteses -----	8
Comunicações pessoais -----	8
Citações em notas -----	8
Autores com o mesmo sobrenome -----	9
Referências-----	9
Autores-----	9
Uso da vírgula-----	9
Apresentação do ano -----	9
Títulos de livros, artigos e trabalhos acadêmicos -----	9
Recurso tipográfico-----	9
Páginas-----	9
Informações adicionais -----	9
Números -----	9
Abreviaturas referenciais -----	10
Organização da lista de referências -----	10
3 MODELOS DE REFERÊNCIAS -----	10
Livros -----	10
Obra completa-----	10
Obras com informações adicionais-----	10
Obras com editores -----	11
Coleção-----	11
Capítulo ou artigo -----	11
Capítulo (livro editado) -----	11
Obra traduzida-----	11
Edição revisada-----	12
Periódicos -----	12
Periódicos científicos, revistas e boletins -----	12
Suplemento de periódico -----	12
Periódicos com editores -----	12
Periódico eletrônico-----	12
Versão eletrônica de periódico impresso -----	12
Artigo de revista-----	13
Outros Casos de Referências-----	13
Anais / proceedings-----	13
Tese e dissertação -----	13
Manual, mimeo, folheto -----	13
Apostila de disciplina -----	14
Working Paper -----	14
Relatórios técnicos e de pesquisa -----	14
Documentos eletrônicos-----	14
Leis/ Constituição -----	14

1 Orientações sobre Citações e Referências

Autores

Um autor O sobrenome do **autor** deverá ser escrito com a primeira letra em maiúsculo e o restante em minúsculo, independente de estarem fora ou dentro dos parênteses:

No texto (Giddens, 1978). Giddens (1978).

Nas referências Giddens, A. (1978). *Novas regras do método sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar.

Dois autores

Quando um trabalho tem **dois autores**, citar os sobrenomes seguidos da data de publicação toda vez que a referência ocorrer no texto.

No texto Moody e White (2003). (Moody & White, 2003)

Nas referências Moody, J., & White, D. R. (2003) Structural cohesion and embeddedness: a hierarchical concept of social groups. *American Sociological Review*, 68(1), 103- 127.

Três a cinco autores

Quando um trabalho tem **três, quatro ou cinco autores**, acrescentar todos os sobrenomes na primeira citação seguida da data de publicação. Nas subseqüentes, incluir apenas o sobrenome do primeiro autor seguido de *et al.* E da data de publicação.

No texto **1ª citação**

Alves Filho, Cerra, Maia, Sacomano Neto e Bonadio (2004)

(Alves Filho, Cerra, Maia, Sacomano Neto, & Bonadio, 2004)

Citações subseqüentes

Alves Filho *et al.* (2004) (Alves Filho *et al.*, 2004)

Nas referências Alves Filho, A. G., Cerra, A. L., Maia, J. L., Sacomano Neto, M., & Bonadio, P.

V. G. (2004). Pressupostos do gerenciamento da cadeia de suprimentos: evidências de estudos sobre a indústria automobilística. *Gestão & Produção*, 11(3), 275-288.

Exceção Se duas referências com o mesmo ano ficarem idênticas quando abreviadas, cite os sobrenomes dos primeiros autores e de tantos autores quanto forem necessários para distinguir as duas referências, seguidos por vírgula e *et al.*

Exemplo **1ª citação** tanto Bradley, Ramirez e Sôo (1994) quanto Bradley, Sôo, Ramirez e Brown, (1994).

Citações subseqüentes

Bradley, Ramirez e Sôo (1994) e Bradley, Sôo *et al.* (1994).

Seis ou mais autores

Quando um trabalho **tem seis ou mais autores**, citar apenas o sobrenome do primeiro autor seguido de *et al.* e da data de publicação, e nas referências acrescentar todos os autores.

5 No texto

Alves Filho *et al.* (2001).

Nas referências

Alves Filho, A. G., Rachid, A., Nogueira, E., Donadone, J. C., Martins, M. F., Truzzi, O. M. S., Bento, P. E. G., Martins, R. A., & Vanalle, R. M. (2001). *Oconsórcio modular e seus impactos na cadeia de suprimentos da fábrica demotores VW-São Carlos* (Relatório Final, Projeto Temático, Processo FAPESP 97/13071-9). São Carlos, SP, Universidade Federal de São Carlos.

Exceção Se duas referências com o mesmo ano ficarem idênticas quando abreviadas, cite os sobrenomes dos primeiros autores e de tantos autores quanto forem necessários para distinguir as duas referências, seguidos por vírgula e *et al.*

Exemplo **1ª citação**

Tanto Kossylyn, Koenig, Barret, Cave, Tang and Gabrieli (1992) quanto

Kossylyn, Koenig, Gabrieli, Tang, Marsolek and Daly (1992).

Citações subseqüentes

Kossylyn, Koenig, Barret *et al.* (1992) e Kossylyn, Koenig, Gabrieli *et al.* (1992)

Uso do ‘e’ - ‘&’ Quando os autores estiverem **entre parênteses**, acrescentar ‘&’ antes do último autor.

No texto

(Moody & White, 2003).

(Charnes, Cooper, & Rodhers, 1978).

Quando os autores estiverem **fora dos parênteses**, acrescentar antes do último autor ‘e’, quando o artigo estiver em português e ‘and’ quando o artigo estiver em inglês.

Moody e White (2003) Charnes, Cooper and Rodhers (1978).

Nas referências

Moody, J., & White, D. R. (2003) Structural cohesion and embeddedness: a hierarchical concept of social groups. *American Sociological Review*, 68(1), 103-127.

Charnes, A., Cooper, W., & Rodhers, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*. 2(6), 429-444.

Autor entidade Corporações, associações, órgãos s governamentais, entre outros, deverá ser escrito por extenso na primeira citação e abreviado a partir de então.

No texto

1ª citação

Banco Central do Brasil [BACEN] (2003).

Citações subsequentes

BACEN (2003). (BACEN, 2003)

Nas referências

Banco Central do Brasil. (2003). *Anuário de crédito rural*. Recuperado em 10 novembro, 2003, de <http://www.bcb.gov.br/htms/CreditoRural/2001/re153211.pdf>

Exceção Se o nome do autor for curto ou se a abreviatura não for facilmente reconhecida, escreva-o por extenso toda vez que ele aparecer no texto.

6 Autor editora

Quando o **autor também é a Editora**, colocar no lugar da editora a palavra ‘Autor’ quando o artigo estiver em português e ‘Author’ quando o artigo estiver em inglês.

No texto Editora Abril (2002). (Editora Abril, 2002).

Nas referências Editora Abril (2002). *Revista Exame: melhores & maiores*. São Paulo, SP: Autor.

Sem autor

Inclusive materiais legais, citar n o texto as primeiras palavras do título, ou o título inteiro se ele for curto, e o ano. Na lista de referências coloque o título na posição do autor.

No texto

Lei n. 9.984 (2000).

Constituição (1988).

Nas referências O título passa a ocupar a posição do autor *Lei n. 9.984, de 17 de julho de 2000* (2000). Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Águas - ANA, entidade federal de implementação da Política Nacional de Recursos Hídricos e de coordenação do Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos, e dá outras providências. Brasília. 2000.

Recuperado em 10 abril, 2007, de

<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/L9984.htm>

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998). Brasília.

Recuperado em 10 abril 2007, de

http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm

Autor anônimo

Quando o autor de um trabalho é designado como Anônimo, cita r no texto a palavra “Anônimo” para artigo em português e ‘Anonymous’ para artigos em inglês, seguida de vírgula e ano de publicação.

No texto Anônimo (1983). (Anônimo, 1983).

Nas referências Anônimo (1983). *Jovem Guarda. Vigu Especial*, 5(56), 4-15.

Fonte secundária

Citação de um trabalho discutido em fonte secundária, indicar o autor da obra original e o ano (se possível), logo após acrescentar ‘como citado em’ (artigo em português) e ‘as cited in’ (artigo em inglês), o autor, ano e página da obra utilizada para consulta. Na lista de referências indicar apenas os dados da obra secundária (material que foi utilizado como meio de consulta para a citação). No caso de citação direta é obrigatório a indicação da página.

No texto Den Dulk *et al.* (1999 como citado em Rego & Souto, 2004, p. 32).

Nas referências Rego, A., & Souto, S. (2004). Comprometimento organizacional em organizações autênticas: um estudo luso-brasileiro. *Revista de Administração de Empresas*, 44(3), 30-43.

Citações do mesmo autor no mesmo ano

Diversos documentos do mesmo autor, publicados num mesmo ano, devem ser identificados após o ano pelos sufixos a, b e c, sem espaçamento. Na lista de referências são ordenados alfabeticamente pelo título. No texto Pettigrew (1992a). Pettigrew (1992b). Pettigrew (1992a, 1992b).

7 Nas referências Pettigrew, A. M. (1992a). On studying managerial elites. *Strategic Management Journal*, 13(Special Issue), 163-182. Pettigrew, A. M. (1992b). The character and significance of strategy process research. *Strategic Management Journal*, 13(Special Issue), 5-16.

Autor com Jr., Filho, etc. no nome

Não incluir na citação sufixos como **Jr., Filho, Neto, II, III etc.** Na lista de referências incluí-los após o último nome abreviado. Acrescentar vírgula antes do sufixo.

No texto Manzoni (2002). Manzoni, 2002 (Manzoni, 2002).

Nas referências Manzoni, R., Jr. (2002). 25 Melhores serviços de internet banking. *Revista Business Standard*, 13, 12-20.

Sobrenomes com artigos e preposições

Sobrenome de autores que contêm artigos e preposições de, do, dos, von, van, vu, la, etc., caso seja parte do sobrenome (Ex. DeNooy), trate o prefixo como parte do sobrenome e ordene na lista de referências pelo prefixo. Caso contrário (Exs. de Meyer, von Winterfeldt), desconsidere o prefixo e trate-o como parte do nome do meio.

No texto DeNooy, 2003 Meyer (1993) Winterfeldt e Edwards (1986).

Nas referências DeNooy, W. (2003). Fields and networks: correspondence analysis and social network analysis in the framework of field theory. *Poetics*, 31(5-6), 305-327.

Meyer, A. de (1993). Management of an international network of industrial R&D laboratories. *R&D Management*, 23(2), 109-127.

Winterfeldt, D. von, & Edwards, W. (1986). *Decision analysis and behavioral research*. Cambridge: Cambridge University Press.

Data de Publicação

Livros Colocar o ano de publicação

No texto Pozo (1999). (Pozo, 1999).

Nas referências Pozo, J. (1999). *Aprendizes e mestres: a nova cultura de da aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.

Pôsteres, revistas mensais e boletins

Pôsteres apresentados em congressos, revistas mensais e boletins informativos, acrescentar o mês de publicação após o ano. Exemplo (2007, janeiro) (2007, January)

Publicações semanais e diárias

Acrescentar o ano, mês e dia. Exemplo (2006, março 25). (2006, March 25).

8 Aguardandopublicação

Trabalhos aceitos para publicação, mas ainda não publicado, colocar no local da data a expressão no prelo para artigos em português e *in press* para artigos em inglês. Não indicar a data até que o trabalho tenha realmente sido publicado.

Exemplo (no prelo). (*in press*).

Não publicado Deve ser utilizado o ano do *copyright*, este é o ano de produção do trabalho.

2 Casos Específicos de Citações e Referências Citações

Páginas

No caso de citação direta usar “pp.” se a fonte é mais de uma página **OU** “p.” se a fonte é uma página.
Exemplo Giddens, 1989, p. 270 Giddens, 1989, pp. 270-271

Trabalho dentro do parênteses

Citação de dois ou mais trabalhos dentro dos mesmos parênteses, devem ser apresentados na mesma ordem que aparecem na lista de referências:

Organizar dois ou mais trabalhos do(s) mesmos autor(es) na ordem (crescente) por ano de publicação.

Exemplo (Edeline & Weinberger, 1991, 1993)

Organizar dois ou mais trabalhos do(s) mesmos autor(es) na ordem (crescente) por ano de publicação. As citações em produção (in press) devem ser colocadas por último.

Exemplo (Edeline & Weinberger, 1991, 1993, in press);

Citações de diversos autores no mesmo parênteses devem ser organizados em ordem alfabética pelo sobrenome do primeiro autor. Separar as citações por ponto e vírgula.

Exemplo (Balda, 1980; Kamil, 1988; Pepperberg & Funk, 1990).

Comunicações pessoais

Citação de comunicações pessoais (cartas, memorandos, comunicações eletrônicas [correio eletrônico, grupos de discussão, mensagens de quadros de avisos eletrônicos], conversas telefônicas e assemelhados). Como elas não fornecem dados recuperáveis, não são incluídas na lista de referências. Citar as comunicações pessoais apenas no texto. Forneça as iniciais, o sobrenome do comunicador e uma data o mais exata possível.

Exemplo J. I. P. Costa (2005).

Citações em notas

Quando o autor não foi em momento algum citado no corpo do texto, e estiver presente nas notas, acrescentar todas as informações da referência apenas no corpo da nota.

9 Autores com o mesmo sobrenome

Citação de diversos autores com o mesmo sobrenome, deve ser incluída as iniciais do primeiro autor em todas as citações do texto, mesmo que o ano de publicação seja diferente.

Exemplo R. O. Luce (1959) e P. A. Luce (1986) também colocam que ...

J. M. Goldberg e Neff (1961) e M. R. Goldberg e Wurtz (1972) estudaram ...

Referências

Autores Na lista de referência **todos os autores devem ser incluídos**, independente de seu número.

Uso da vírgula **Para separar os sobrenomes dos autores**, utiliza-se vírgula.

Apresentação do ano

O **ano** apresenta-se entre parênteses logo após o(s) autor(es) seguido de ponto final. Ex. Oliveira, M. (2007).

Títulos de livros, artigos e trabalhos acadêmicos

Utilizar a inicial maiúscula apenas na primeira palavra, com **exceção** de nomes próprios, nomes comerciais e universitários.

Recurso tipográfico

O **recurso tipográfico** utilizado para destacar o título da publicação deverá ser em *itálico*.

Páginas As páginas na lista de referências devem ser apresentadas das seguintes formas:

‘p.’ para a indicação de uma página e ‘pp.’ para indicação acima de duas páginas.

Informações adicionais

Indicar logo após o título e entre parênteses, **informações adicionais fornecidas na publicação** para a identificação e acesso (edição, número de relatório, número de volume, número de Work Paper etc.). Não use ponto entre o título e o parênteses.

Caso a publicação possua uma descrição que seja de suma importância na identificação e acesso além das apresentadas entre parênteses, inclua-a entre colchetes.

Exemplo [tradução inglesa] [folheto] [filme]

Edições A primeira **edição** não precisa ser mencionada, apenas se faz necessário a partir da segunda. As **edições** devem ser apresentadas entre parênteses com sua simbologia colocada ao lado do n°. **e não sobrescrito**. Artigos em português (2ª ed.), e artigos em inglês (2nd ed.).

Período de publicação

Os meses devem ser indicados de forma extensa, no idioma original da publicação. A escrita dos meses e ou estações do ano, em português deverá ser por extenso em minúsculo (janeiro), e em inglês deverá ser por extenso em maiúsculo (January).

Números

Número em algarismo romano que não pertençam a títulos deverão ser substituídos por números ordinais.

10 Abreviaturas referenciais

Uso de pontos em abreviaturas referenciais (Vol. 1, 2nd ed., p. 6).

Organização da lista de referências

Trabalhos do mesmo autor por ano de publicação, o mais antigo primeiro.

Exemplo Porter, M. (1986)

Porter, M. (1989)

Trabalhos de um autor precedem trabalhos de autores múltiplos que iniciam pelo mesmo sobrenome

Exemplo Jensen, M. C. (1986).

Jensen, M. C., & Meckling, W. (1976).

Trabalhos do mesmo primeiro autor com diferentes segundo e terceiros autores, devem ser colocados por ordem alfabética pelo sobrenome do segundo autor.

Exemplo Lambert, D. M. (1992).

Lambert, D. M., & Harrington, T. C. (1989).

Lambert, D. M., Stock, J. R., & Ellram, L. M. (1998).

Trabalhos de diversos autores com o mesmo sobrenome, devem ser ordenados alfabeticamente pela primeira inicial.

Exemplo

Thursby, J. G., & Thursby, M. C. (2000).

Thursby, M., Jensen, R., & Thursby, J. (1991).

3 Modelos de Referências

Livros

Obra completa

Caso a cidade onde se localiza a Editora não seja uma cidade conhecida, acrescente o Estado ou País (usar abreviaturas para o Estado). Coloque dois pontos após a localização. Se duas ou mais localidades de publicação são apresentadas, indicar a localidade primeiramente listada no livro ou, caso especificado, a localização da matriz da editora.

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). *Título: subtítulo*. Local de Publicação: Editora.

Exemplo Toffler, A. (1994). *O choque do futuro* (5a ed.). Rio de Janeiro: Record.

Obras com informações adicionais

Informações adicionais importantes fornecidas na publicação para a identificação e acesso da obra (edição, número de relatório, volume, etc.), devem ser indicada entre parênteses logo após o título, e anteceder os números de páginas (Vol. 1, 2nd ed., p. 6). Não usar ponto entre o título e os parênteses.

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). *Título: subtítulo* (Vol., ed., pp.). Local de Publicação: Editora.

Exemplo Castells, M. (2002). *O poder da identidade. A era da informação: economia, sociedade e cultura* (Vol. 2, 3a ed.). São Paulo: Paz e Terra.

Obras com editores

Sobrenome, Nome abreviado. (Ed. **OU** Coord. **OU** Org.). (ano de publicação).

Título: subtítulo (Vol., ed., pp.). Local de Publicação: Editora.

Exemplo Ackroyd, S., & Fleetwood, S. (Eds.). (2000). *Realist perspectives on management and organizations*. London: Routledge.

Coleção

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). *Título: subtítulo* (Vol., ed., pp.). (Coleção tal). Local de Publicação: Editora.

Exemplo ECR Brasil (1998). *ECR Brasil visão geral: potencial de redução de custos e otimização de processos*. (Coleção ECR Brasil). São Paulo: Associação ECR Brasil.

Capítulo ou artigo

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). Título do capítulo. In Nome abreviado. Sobrenome (Ed. OU Coord. OU Org.). *Título: subtítulo* (Vol., ed., pp.). Local de Publicação: Editora.

Watson, M. W. (1994). Vector autoregressions and cointegration. In R. F. Engle, & D. L. McFadden (Ed.). *Handbook of Econometrics* (Vol. 4, Chap. 47, pp. 2843-2915). Amsterdam: Elsevier.

Capítulo (livro editado)

Indicar as iniciais e o sobrenome de todos os editores precedido de In. No caso de existir dois autores, coloque o ‘&’ entre os autores sem a vírgula. (para obras de referências volumosas com amplo conselho editorial, a identificação do editor chefe seguida de *et al.* é suficiente).

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). Título do capítulo. In Nome abreviado. Sobrenome (Ed. OU Coord. OU Org.). *Título: subtítulo*. Local de Publicação: Editora.

Exemplo Tanguy, L. (1997). Competências e integração social na empresa. In F. Ropé & L. Tanguy (Orgs.). *Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa*. Campinas, SP: Papirus.

Obra traduzida

Na lista de referências indicar entre parênteses, após o título, o nome do(s) tradutor(es), (usar Trad. para artigos em português e Trans. para artigos em inglês) seguida de local de publicação, editora e entre parênteses e o ano de publicação da obra original.

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). *Título: subtítulo* (Nome abreviado. Sobrenome, Trad.). Local de Publicação: Editora. (Obra original publicada em ano de publicação).

Exemplo Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70, Livraria Martins Fontes (Obra original publicada em 1977).

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). *Título: subtítulo* (Vol., ed.,pp.). (Nome abreviado. Sobrenome, Trad.). Local de Publicação: Editora. (Obra original publicada em ano de publicação).

Exemplo Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2a ed.). (D. Grassi, Trad.). Porto Alegre: Bookman. (Obra original publicada em 1984).

12 Edição revisada

Acrescentar entre parênteses logo após o Título (Ed. rev.), artigos em português e (Rev. ed.), para artigos em inglês.

Exemplo Bryson, J. (1995). *Strategic planning for public and non-profit organization* (Rev. Ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Periódicos

Periódicos científicos, revistas e boletins

Indicar o **número do volume (em itálico)** e **número da edição** (quando houver) para periódicos científicos, revistas e boletins informativos.

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). Título do artigo. *Nome do Periódico, volume*(número), páginas.

Exemplo Peci, A. (2007). Reforma regulatória brasileira dos anos 90 à luz do modelo de Kleber Nascimento. *Revista de Administração Contemporânea*, 11(1), 11-30.

Suplemento de periódico

Indicar entre parênteses após o número do volume, que é um suplemento, e se houver número do suplemento, colocá-lo também dentro do parênteses.

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). Título do artigo. *Nome do Periódico, volume*(supl.nº), páginas.

Exemplo Easton, P. D. (1998). Discussion of revalued financial, tangible, and intangible assets: association with share prices and non market-based value estimates. *Journal of Accounting Research*, 36(suppl.), 235-247.

Periódicos com editores

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação, mês de publicação). Título do artigo. In Nome abreviado, Sobrenome (Ed.). *Nome do Periódico*, (Dados complementares: volume, número, páginas). Editora.

Exemplo Reis, E. (2000, August). Análise de clusters e as aplicações às ciências empresariais: uma visão crítica da teoria dos grupos estratégicos In E. Reis & M.

A. M. Ferreira (Eds.). *Temas em Métodos Quantitativos* (Vol.1, pp. 205–238). Edições Silabo.

Periódico eletrônico

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). Título do artigo. *Nome do Periódico*, volume(número), páginas. Recuperado em dia mês, ano, de endereço eletrônico completo.

Exemplos Santos, C. P. dos, & Fernandes, D. H. von der (2007). A recuperação de serviços e seu efeito na confiança e lealdade do cliente. *RAC-Eletrônica*, 1(3), 35-51.

Recuperado em 5 dezembro, 2007, de

http://anpad.org.br/periodicos/content/frame_base.php?revista=3

Porter, M. (1981). The contributions of industrial organization to strategic management. *The Academy of Management Review*, 6(4), 609-620. Retrieved November 12, 2002, from <http://www.jstor.org/journals/aom.html>

Versão eletrônica de periódico impresso

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). Título do artigo [Versão eletrônica], *Nome do Periódico*, volume(número), páginas.

Exemplos Rodrigues, A. L., & Malo, M. C. (2007). Estruturas de governança e empreendedorismo coletivo: o caso dos doutores da alegria [Versão eletrônica], *Revista de Administração Contemporânea*, 10(3), 29-50.

Vandenbos, G. Knapp, S., & Doe, J. (2001). Role of reference elements in the selection of resources by psychology undergraduates [Electronic version], *Journal of Bibliographic Research*, 5, 117-123.

Artigo de revista

Indicar a data apresentada na publicação – ano e mês para publicações mensais ou ano, mês e dia para publicações semanais e/ou diárias, acrescentar o volume o número, se houver, e páginas (número de páginas [p. ou pp.]).

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação, mês dia). Título do artigo.

Nome da Revista Periódico, volume(número), páginas.

Exemplo Schwartz, J. (1993, September 30). Obesity affects economic, social status. *The Washington Post*, pp A1, A4.

Outros Casos de Referências Anais /proceedings

Ayres, K. (2000, setembro). Tecno-stress: um estudo em operadores de caixa de supermercado. *Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, Florianópolis, SC, Brasil, 24.

Junglas, I., & Watson, R. (2003, December). U-commerce: a conceptual extension of e-commerce and m-commerce. *Proceedings of the International Conference on Information Systems*, Seattle, WA, USA, 24.

Tese e dissertação

Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). *Título do Trabalho*. Tipo do documento, Instituição, cidade, estado, país.

Ariffin, N. (2000). *The internationalisation of innovative capabilities: the Malaysian electronics industry*. Tese de doutorado, Science and Technology Policy Research (SPRU), University of Sussex, Brighton, England.

Torres, C. V. (1999). *Leadership style norms among americans and brazilians: assessing differences using jackson's return potential model*. Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, CSPP, USA.

Nogueira, E. E. S. (2000). *Identidade organizacional – um estudo de caso dosistema aduaneiro brasileiro*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Manual, mimeo, folheto

Lohmöller, J. B. (1984). *LVPLS program manual: latent variables path analysis with Partial Least Squares estimation* [Manual]. Köln: Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung, Universität zu Köln.

Pizolotto, M. (1997). *Conversas de corredor* [Mimeo]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Prefeitura Municipal de Curitiba - PMC. (2002). *Modelo colaborativo*.

Experiência e aprendizados do desenvolvimento comunitário em Curitiba [Folheto]. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública.

Lima, E. C. P. (1997). *Privatização e desempenho econômico: teoria e evidência empírica* (Texto para discussão, Nº 532). Brasília, DF: IPEA.

14 Apostila de disciplina

Gonzalez, R. S. (2001). *Balanço social – um disclosure necessário* [Apostila do Seminário Mercado de Capitais e Balanço Social]. São Paulo: ABAMEC.

Working Paper Bebchuk, L. (1999). A rent-protection theory of corporate ownership and control [Working Paper Nº 7203]. *National Bureau of Economic Research*, Cambridge, MA.

Relatórios técnicos e de pesquisa

Caso a organização responsável tenha atribuído um número ao relatório, indicá-lo entre parênteses após o título. Acrescente a cidade e estado de publicação, o nome exato do departamento, repartição, agência ou instituto específico que publicou ou produziu o relatório.

Exemplo Marques, E. V. (2003). *Uma análise das novas formas de participação dos bancos no ambiente de negócios na era digital* (Relatório de Pesquisa/2003), São Paulo, SP, Centro de Excelência Bancária, Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas.

Documentos eletrônicos

Documentos eletrônicos devem indicar o ano de publicação ou, caso a fonte seja atualizada regularmente, a data de atualização mais recente. Indicar após o título, informações suficientes para a localização do material. Usar os termos ‘recuperado’ e ‘de’ para a língua portuguesa e ‘Retrieved’ e ‘from’ para a língua estrangeira. O endereço eletrônico deve ser completo, permitindo o acesso imediato ao documento. Sobrenome, Nome abreviado. (ano de publicação). *Título: subtítulo*. Cidade, outros dados. Recuperado em dia mês, ano, de <http://www.endereço eletrônico completo>. Exemplo Gambetta, D. (2000). Can we trust trust? In D. Gambetta (Ed.). *Trust: making and breaking cooperative relations* (Chap. 13, pp. 213-237). Oxford: Department of Sociology, University of Oxford. Retrieved May 01, 2003, from <http://www.sociology.ox.ac.uk/papers/gambetta213-237.pdf>

Exemplo Famá, R., & Melher, S. (1999). *Estrutura de capital na América Latina: existiria uma correlação com o lucro das empresas?* Recuperado em 15 abril, 2004, de <http://www.fia.com.br/labfin/pesquisa/artigos/arquivos/1.pdf>

Site inteiro **Citação de Web site inteiro** deve ser apresentada no texto com o endereço do site completo, e **não precisa estar na lista de referências**.

No texto:

Exemplo A Figura 1 mostra uma parte do portão global do sistema da Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância (<http://www.unicef.com>) que apresenta as entradas para as páginas de cada país,

Leis/Constituição

Lei n. 9.984, de 17 de julho de 2000 (2000). Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Águas - ANA, entidade federal de implementação da Política Nacional de Recursos Hídricos e de coordenação do Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos, e dá outras providências. Brasília, DF.

Recuperado em 10 abril, 2007, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/L9984.htm>

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998). Brasília.

Recuperado em 10 abril 2007, de
http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm

15 Dados ou Base de dados eletrônica

Indique como autor o principal colaborador, a data de publicação deve ser o ano em que as cópias do arquivo de dados ou de base foram disponibilizadas pela primeira vez. Indique o título e, entre colchetes logo após o título, identifique a fonte como um arquivo de dados ou base de dados eletrônica. Não use ponto entre o título e o material entre colchetes. Indique a localização e o nome do produtor. Usar os termos 'recuperado' e 'de' para a língua portuguesa e 'Retrieved' e 'from' para a língua estrangeira. O endereço eletrônico deve ser completo, permitindo o acesso imediato ao documento. Exemplo *Economática - Tools for Investment Analysis* (n.d.). *Manual Economática*. Recuperado em 5 junho, 2004, de <http://manual.economica.com.br>

