

LAURA GONÇALVES DE AZEVEDO

**PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS E FATORES
ASSOCIADOS EM IDOSOS DE FLORIANÓPOLIS, SANTA
CATARINA.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
Ano 2012**

LAURA GONÇALVES DE AZEVEDO

**PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS E FATORES
ASSOCIADOS EM IDOSOS DE FLORIANÓPOLIS, SANTA
CATARINA.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro
Professor Orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
Ano 2012**

Azevedo LG

Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina. / Laura Gonçalves de Azevedo. – Florianópolis, 2012.
29 p.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina– Curso de Graduação em Medicina.

1. Diabetes mellitus
2. Idosos
3. Fatores associados
4. Prevalência
5. Epidemiologia
6. Inquérito domiciliar

AGRADECIMENTOS

À minha avó, por todo o amor e apoio que me dedica, pelas orações e pelas sábias palavras nos momentos difíceis. Que sua sabedoria continue iluminando minha vida por muitos anos!

Aos meus amados pais, por estarem ao meu lado em todos os momentos, me guiando com muito amor e paciência. Obrigada por todo o apoio, carinho, e pela confiança que sempre depositaram em mim.

À minha irmã Eliza, pela preocupação e pelas longas conversas com as quais aprendo mais a cada dia! Que ainda possa aprender muito contigo!

À minha irmã Helena, pela disponibilidade e paciência para me ouvir falar deste trabalho e pela inspiração que me desperta. Que sua energia continue agitando minha vida!

À minha grande família, pela torcida e confiança. Amo todos vocês.

Aos meus amigos e amigas, que plantaram um pedaço de si em minha história, pelas longas conversas e risadas, e pelas experiências que me proporcionaram um grande crescimento pessoal. Pessoas tão especiais, que guardarei sempre em meu coração, obrigada pela amizade sincera!

Ao meu amigo e namorado Árley, exemplo de companheirismo e de bom coração, por facilitar e encantar a minha vida! Obrigada pela compreensão, por todo o amor e pela disponibilidade em me ajudar com qualquer coisa, a qualquer hora. Você é parte deste trabalho!

À Dra. Aline, minha supervisora do centro de saúde, pelo exemplo profissional de cuidado, comprometimento e carinho com os pacientes.

Ao professor Antonio Boing, que aceitou me orientar neste trabalho, e o fez com muita paciência e competência. Obrigada pelo aprendizado que me proporcionou!

A todos os participantes, que aceitaram participar desta pesquisa e tornaram possível a realização deste trabalho.

A esta Universidade, a todos os professores que fizeram parte da minha formação e aos pacientes com os quais me deparei ao longo do curso e que me emocionaram com suas histórias de vida e me ensinaram muito sobre a profissão que escolhi.

Que eu possa retribuir!

RESUMO

Objetivos: investigar a prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em idosos residentes na zona urbana de Florianópolis, Santa Catarina, no período de setembro de 2009 a junho de 2010.

Método: estudo transversal de base populacional conduzido em Florianópolis em 2009-2010. A população do estudo foi constituída por idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, não institucionalizados e residentes na zona urbana do município. O diagnóstico profissional de diabetes foi autorreferido e sua associação com variáveis independentes foi testada através da Regressão de Poisson.

Resultados: 1.705 idosos foram entrevistados. A prevalência da doença foi de 21,6%, sendo a medida pontual mais elevada entre as mulheres, aqueles com idade entre 70 e 79 anos, que reportaram avaliação negativa de sua saúde, com provável deficiência cognitiva, insuficientemente ativos, no grupo que consultou com médico nos últimos 3 meses, e nos de baixa escolaridade e capacidade funcional. Após a análise multivariada, permaneceram associadas ao diabetes a dependência moderada/grave, autoavaliação negativa de saúde e consulta médica nos últimos 3 meses.

Conclusões: a prevalência de diabetes encontrada entre os idosos de Florianópolis foi elevada, confirmando a relevância do diabetes mellitus como problema de saúde pública. A construção de políticas públicas de promoção de saúde e prevenção de diabetes deve considerar sua variação entre grupos populacionais.

Descritores: Diabetes mellitus. Idosos. Fatores associados. Prevalência. Epidemiologia. Inquérito domiciliar.

ABSTRACT

Objectives: to investigate the prevalence of diabetes mellitus and associated factors in older adults living in the urban area of Florianópolis, Santa Catarina, in the period between September 2009 and June 2010.

Methods: population-based cross-sectional study conducted in 2009-2010 in Florianópolis. The study population consisted of elderly aged 60 years or more, of both sexes, non-institutionalized and living in the urban area. The professional diagnosis of diabetes was self-reported and its association with independent variables was tested by Poisson regression.

Results: 1.705 elderly participants were interviewed. Disease prevalence was 21.6%, and the punctual measure was higher among women, those aged between 70 and 79 years, who reported negative evaluation of his health, with possible cognitive impairment, insufficiently active, among the group who consulted doctor in the last three months, and those who had low educational level and low functional capacity. After multivariate analysis, diabetes remained associated with moderate / severe dependency, negative self-assessment of health and medical consultation in the last three months.

Conclusions: the prevalence of diabetes among elderly people in Florianópolis was high, confirming the importance of diabetes mellitus as a public health problem. The construction of public policies for health promotion and prevention of diabetes should consider its variation between population groups.

Keywords: Diabetes mellitus. Elderly people. Associated factors. Prevalence. Epidemiology. Household Survey.

INTRODUÇÃO

O diabetes é um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo. Seus efeitos deletérios sobre a circulação sanguínea, que podem ocasionar complicações microvasculares (como retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (como doença arterial coronariana, doença arterial periférica e doença cerebrovascular), o tornam a principal causa de insuficiência renal terminal, cegueira adquirida e amputação de membros inferiores¹⁻³.

Estimativas globais indicam rápido aumento de sua incidência e mortalidade¹. No ano 2000, aproximadamente 171 milhões de pessoas viviam com diabetes em todo o mundo, valor que deve chegar a cerca de 366 milhões em 2030. Aproximadamente dois terços das pessoas com diabetes vivem em países em desenvolvimento, sendo que, no Brasil, a mesma tendência de acréscimo da prevalência da doença deve ser observada. Estima-se que no país o número de diabéticos passará de 4,6 milhões em 2000 para 8,9 milhões em 2030⁴.

Além do impacto negativo na expectativa de vida, o diabetes está associado a pior qualidade de vida e severos custos financeiros aos doentes e serviços de saúde^{1,5}. O gasto com cuidado ambulatorial de pacientes com diabetes no Brasil é estimado em US\$ 2.108 por ano, chegando a US\$ 3.199 em pacientes com complicações severas⁶.

O diabetes se destaca como importante causa de morbidade e mortalidade, principalmente entre os idosos, faixa etária onde a doença é mais prevalente⁷⁻⁹. Idosos com diabetes mellitus têm altas taxas de morte prematura¹⁰ e maior prevalência de incapacidade funcional¹¹⁻¹³ e de comorbidades¹⁴. Além disso, observou-se maior risco de quedas, fraturas e alterações cognitivas em idosos diabéticos^{11,13,15,16}.

Dentre os fatores associados ao diabetes destacam-se idade elevada^{7,9,17,18}, obesidade, sedentarismo, presença de antecedentes familiares da doença e baixos níveis de colesterol HDL^{7,17}. Em relação ao gênero, alguns estudos apontaram maior acometimento do sexo feminino¹⁸⁻²⁰, porém em outros não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos^{7-10,21,22}. Quanto às condições socioeconômicas, muitos estudos encontraram maior prevalência da doença na população com baixa escolaridade^{7-9,17,19,21,22}, e, em relação à renda, os dados são divergentes. Na literatura, existem associações da doença com baixa renda⁷, com alta renda^{19,22}, e ainda há estudos que não mostraram nenhuma associação entre renda e diabetes^{10,21}.

Ilustrado o impacto do alto custo social e financeiro do diabetes ao sistema de saúde e ao idoso portador da doença, esta pesquisa teve como objetivo investigar a prevalência do diabetes mellitus e fatores associados em idosos residentes na zona urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina, no período de setembro de 2009 a junho de 2010.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base domiciliar integrante do inquérito populacional denominado EpiFloripa Idoso. Tal inquérito foi realizado em 2009/2010 e teve como objetivo analisar as condições de saúde da população idosa de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. A população do estudo foi constituída por idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, não institucionalizados e residentes na zona urbana do município. Em 2009, a população idosa deste município era estimada em 44.460 pessoas (10,9% da população total)²³.

Para calcular o tamanho da amostra utilizaram-se como parâmetros prevalência para o desfecho desconhecida (50%), nível de confiança de 95% e erro amostral igual a 4 pontos percentuais. Considerando-se que a amostra foi por conglomerados, multiplicou-se o valor obtido por 2 (deff) e adicionaram-se 20% para perdas previstas e 15% para controle de fatores de confusão. Para isso, utilizou-se o programa Epi-Info 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos*). Assim, obteve-se uma amostra final 1.599 pessoas. Devido à disponibilidade financeira e com o objetivo de ampliar o seu poder, a amostra foi ampliada para 1911 idosos.

O processo de seleção da amostra foi realizado por conglomerados em dois estágios. No primeiro, todos os 420 setores censitários urbanos da cidade foram colocados em ordem crescente segundo a renda média mensal do chefe da família e foram sorteados 80 destes setores (oito setores em cada decil de renda). As unidades do segundo estágio foram os domicílios. Como o censo mais recente havia sido realizado em 2000, foi necessário atualizar o número de domicílios em cada setor. Para isso, os supervisores de campo do estudo percorreram os setores censitários sorteados e contaram todos os domicílios particulares ocupados, obedecendo-se às normas do

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁴. O número de domicílios nos setores variou de 61 a 725. Setores com menos de 150 domicílios foram agrupados e setores com mais de 500 domicílios foram divididos, respeitando-se o decil de renda correspondente e a proximidade geográfica. Após este procedimento, que resultou em 83 setores censitários e reduziu o coeficiente de variação inicial de 52,7% para 35,2%, sortearam-se sistematicamente 60 domicílios por setor censitário. Todos os idosos residentes nos domicílios sorteados foram considerados elegíveis para serem entrevistados.

Consideraram-se perdas os sujeitos que se encontravam impossibilitados de responder ao questionário por motivo de viagem e os que não foram localizados após quatro visitas, inclusive no período noturno e final de semana. Consideraram-se recusas os casos de idosos que optaram por não responder ao questionário. As recusas e perdas não foram substituídas.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário padronizado e pré-testado, aplicado na forma de entrevistas face a face, utilizando-se o *Personal Digital Assistants* (PDA). O trabalho de campo foi realizado entre setembro de 2009 e junho de 2010 por meio de entrevistas individuais nos domicílios sorteados. O estudo-piloto incluiu 99 idosos residentes em setores não amostrados para a pesquisa. A consistência dos dados e controle de qualidade foram verificados semanalmente, através de um questionário reduzido, aplicado por telefone, em 10% das entrevistas selecionadas aleatoriamente.

As variáveis exploratórias no presente estudo foram: sexo (masculino e feminino), faixa etária (60-69, 70-79 e 80 anos ou mais de idade), situação conjugal (com ou sem companheiro), cor da pele autorreferida (branca, parda e preta; amarelos e indígenas não foram incluídos na análise dessa variável por apresentar baixa amostra),

escolaridade (4 anos ou menos de estudo, 5 a 8 anos , 9 a 11, 12 ou mais anos estudados), autoavaliação de saúde (positiva ou negativa), renda per capita em quartis, consulta médica nos últimos 3 meses, plano de saúde privado, provável deficiência cognitiva, atividade física total categorizada e capacidade funcional.

A informação sobre ter diabetes ou não foi autorreferida, e explicitou a necessidade de um diagnóstico prévio feito por um médico ou outro profissional de saúde.

Testou-se a associação da prevalência de diabetes e as variáveis independentes através da Regressão de Poisson. Inicialmente foi realizada a análise bivariada, obtendo-se como medida de efeito a razão de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança 95%. Foram incluídas na análise multivariada todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$, permanecendo no modelo final aquelas com $p < 0,05$. Em todas as análises considerou-se o efeito do desenho amostral e os pesos individuais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob protocolo nº352/2008. Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar da pesquisa.

RESULTADOS

As recusas e perdas corresponderam a 10,8%. Foram efetivamente entrevistados 1.705 idosos, sendo 1.089 (63,9 %) do sexo feminino e 616 (36,1%) do sexo masculino. A distribuição por faixa etária da amostra estudada está apresentada na tabela 1. A maior parte dos idosos (58,2%) relatou viver com companheiro, se declarou de cor branca (87%), tinha 4 anos ou menos de estudo (44%) e era fisicamente ativa (50,9%). Maiores detalhes da distribuição da amostra na tabela 1.

A prevalência de diabetes mellitus foi de 21,6% (IC95%: 18,3-24,8), sendo maior entre as mulheres (22,8%; IC95%: 19,1-26,4) em relação aos homens (19,6%; IC95%: 15,7- 23,5). A prevalência da doença foi maior nos idosos com idade entre 70 e 79 anos, naqueles com autoavaliação negativa da saúde, com provável deficiência cognitiva, em idosos insuficientemente ativos, no grupo que consultou com médico nos últimos 3 meses, e também foi maior quanto menor o número de anos de estudo e quanto menor a capacidade funcional (Tabela 1).

A análise bruta mostrou que a prevalência da doença em idosos com 70 a 79 anos foi 32% maior do que naqueles com 60 a 69 anos, porém a prevalência nesta última faixa etária não apresentou diferença estatisticamente significativa com a faixa etária de 80 anos ou mais. Em relação à escolaridade, a prevalência de diabetes no grupo com 4 anos ou menos de estudo foi 40% maior do que naqueles com 12 anos ou mais. Além disso, a prevalência foi 28% maior nos idosos com provável deficiência cognitiva e 46% maior nos insuficientemente ativos. A prevalência de diabetes nos idosos cuja autoavaliação da saúde foi negativa foi 2,22 vezes maior do que naqueles que autoavaliaram sua saúde positivamente, e a prevalência naqueles que consultaram

com médico nos últimos 3 meses foi 2,11 vezes maior do que naqueles que não consultaram. Na presença de dependência moderada ou grave a prevalência foi 2,21 vezes maior do que na ausência de dependência. As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa com a prevalência de diabetes. Após a análise multivariada, entretanto, permaneceram associadas ao desfecho apenas a dependência moderada/grave, autoavaliação negativa de saúde, e consulta médica nos últimos 3 meses. Maiores detalhes estão disponíveis na tabela 2.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a prevalência de diabetes mellitus autorreferido em idosos foi de 21,6% (IC95%: 18,3-24,8), valor superior ao encontrado por Mendes *et al.*²¹, que detectaram prevalência de 17,6% da doença entre idosos residentes em São Paulo, no ano de 2003. A prevalência encontrada em nosso estudo também foi superior àquela encontrada por Francisco *et al.*¹⁰ (15,4%) entre os idosos residentes em diferentes áreas do Estado de São Paulo, entre 2001 e 2002. Viegas-Pereira *et al.*¹⁹ identificaram prevalência também inferior à do presente estudo (11,9%), neste mesmo segmento populacional, no Estado de Minas Gerais, em 2003. No Projeto Bambuí - Estudo de Coorte de Base Populacional da Saúde dos Idosos⁷, em que foram aplicados testes clínicos para o diagnóstico da doença, a prevalência de diabetes foi de 14,6%. No Projeto SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento²⁶, a prevalência do diabetes autorreferido pela população idosa residente no Município de São Paulo foi estimada em 17,9%.

Constitui uma limitação desta pesquisa o fato de não terem sido realizados testes clínicos para confirmar o diagnóstico referido pelos participantes. No entanto, embora a morbidade autorreferida seja influenciada pela escolaridade e uso de serviços de saúde²⁷, esta informação apresenta moderada sensibilidade e especificidade, sendo instrumento útil em estudos epidemiológicos, embora a prevalência da doença possa sofrer subestimações²⁸.

Em relação à prevalência do desfecho entre os sexos, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Achado semelhante foi encontrado por Passos *et al.*⁷, Francisco *et al.*¹⁰ e Mendes *et al.*²¹.

No presente estudo, diabetes se associou à autoavaliação negativa da saúde. Este achado está de acordo com o estudo de Francisco *et al.*¹⁰, que também observou maior prevalência de diabetes entre as pessoas que reportaram percepção ruim ou muito ruim de sua própria saúde. Outros autores também encontraram a mesma associação entre essas duas variáveis^{29,30}. Estudo utilizando o SF-36 (*Medical Outcomes Study 36- Item Short- Form Health Survey*)³¹ apontou, nos idosos diabéticos, pior qualidade de vida em saúde em todas as dimensões avaliadas, em especial em relação à capacidade funcional e ao estado geral de saúde. Essa associação entre diabetes e autoavaliação negativa da saúde pode ser explicada pelo fato de o diabetes ser uma doença capaz de causar inúmeras complicações e limitações, podendo, assim, alterar a percepção da própria saúde^{10,31}. Corroboram esta hipótese estudos que encontraram alta proporção de boa avaliação da própria saúde em amostra de idosos diabéticos com baixa prevalência de complicações^{10,21} e estudo desenvolvido por Giacomini *et al.*¹², no qual se observou piora gradual da auto-avaliação da saúde com o aumento da incapacidade funcional entre idosos. Contudo, esses achados têm pouco poder explicativo no presente estudo, já que a associação entre diabetes e autoavaliação negativa da saúde se manteve mesmo após controle pela variável capacidade funcional. Vale ressaltar que autoavaliação da saúde é um preditor importante de sobrevida em idosos³² e que indivíduos que relatam condições de saúde escassa ou pobre têm riscos de mortalidade consistentemente maiores que aqueles que referem melhor estado de saúde³³.

A associação encontrada entre diabetes e dependência moderada/grave, embora conflitante com o estudo desenvolvido por Alves *et al.*³⁴, que não demonstrou associação estatisticamente significativa entre diabetes e capacidade funcional do idoso, é coerente com estudo de Alvarenga *et al.*¹¹, no qual idosos diabéticos apresentaram pior desempenho na mobilidade funcional do que os idosos sem a doença. Além disso,

Rekeneire *et al.*³⁵ relataram associação entre diabetes mellitus e a presença de indicadores precoces de declínio funcional, e, em um artigo de revisão da literatura sobre incapacidade funcional entre idosos residentes na comunidade, diabetes mellitus foi descrita como uma das condições mais frequentemente associadas ao declínio funcional, juntamente com hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral e artrite³⁶. Em estudo desenvolvido por Giacomini *et al.*¹² o diabetes também esteve associado à incapacidade grave, enquanto a hipertensão arterial sistêmica e a artrite se associaram à incapacidade leve ou moderada. No *Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III)*³⁷, homens e mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, com diabetes, apresentaram risco 2 a 3 vezes maior de ser incapaz de andar um quarto de milha, subir escadas e fazer trabalhos domésticos, quando comparados com pessoas de mesma idade, sem a doença. Mulheres com diabetes também apresentaram velocidade de caminhada significativamente mais lenta, pior equilíbrio, e probabilidade 58% maior de cair do que as mulheres não diabéticas. A associação entre diabetes e incapacidade funcional é plausível, e os mecanismos que a justificam são provavelmente multifatoriais¹³. No NHANES III³⁷, doença arterial coronariana (DAC) e elevado índice de massa corporal (IMC) foram os mais fortes fatores explicativos desta associação entre as mulheres, correspondendo a 52% do seu aumento de risco para incapacidade. Entre os homens, DAC e acidente vascular cerebral foram os fatores explicativos mais importantes, justificando 25 e 21% do aumento do risco para incapacidade, respectivamente. Em outro estudo, idade, DAC, artrite, inatividade física, elevado IMC e deficiência visual foram preditores importantes de incapacidade entre mulheres com diabetes³⁸, e, em pesquisa onde foram coletadas mais informações sobre doença dos membros inferiores, a disfunção dos nervos periféricos, a doença arterial periférica e a depressão foram os principais preditores de incapacidade física³⁹. Em cada

um desses estudos, no entanto, um significativo excesso de risco para incapacidade associada ao diabetes se manteve mesmo após o controle das complicações relacionadas à doença. Isso indica ou que o diabetes tem uma influência intrínseca sobre a incapacidade ou que outras complicações da doença, não mensuráveis ou não descobertas, influenciam o risco de incapacidade¹³.

No presente estudo, diabetes associou-se também à presença de consulta médica nos últimos 3 meses. Em estudo desenvolvido por Moraes *et al.*⁴⁰, em 2006, a procura por serviços de saúde também esteve associada ao diabetes mellitus, porém a população estudada era a população urbana com 30 anos ou mais, residente no município de Ribeirão Preto, São Paulo. Estudos têm mostrado que, embora a maioria dos idosos diabéticos frequentem periodicamente os serviços de saúde, ainda é alto o número de idosos que não o fazem, sendo o principal motivo apontado por estes o fato de não acharem necessário^{10,21,22}, o que revela a gravidade da falta de informação, já que o diabetes é uma doença silenciosa e altamente incapacitante e a maioria das pessoas afetadas só procura o serviço de saúde na presença de uma manifestação crônica da doença⁴¹. Deve-se considerar, contudo, que os idosos referiram diagnóstico de diabetes feito por médico ou outro profissional, e aqueles que frequentam mais os serviços de saúde apresentam maior chance de receber o diagnóstico. Pode decorrer desse fato a maior prevalência da doença nesses pacientes.

Embora muitos estudos tenham identificado associação de diabetes com baixos níveis de escolaridade^{7-9,17,19,21,22}, tal associação não foi verificada neste estudo. A não existência de associação entre condições socioeconômicas e diabetes também foi encontrada nos estudos realizados por Belon *et al.*²² e Francisco *et al.*¹⁰, e pode ser resultante do viés de sobrevivência, visto que pessoas diabéticas com piores condições de vida têm maior risco de morte prematura⁴².

O presente estudo confirmou a relevância do diabetes mellitus como importante problema de saúde pública. A construção de políticas públicas de promoção de saúde e prevenção de diabetes deve considerar sua variação entre grupos populacionais e visar reduzir o ônus advindo da alta prevalência dessa doença, proporcionando uma vida com maior qualidade ao idoso diabético e reduzindo os custos gerados pela carga sobre o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. van Dieren S, Beulens JWJ, van der Schouw YT, Grobbee DE, Neal B. The global burden of diabetes and its complications: an emerging pandemic. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17(1): 3-8.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. Bruno RM, Gross JL. Prognostic factors in Brazilian diabetic patients starting dialysis: a 3-6 year follow-up study. *J Diabetes Complications* 2000; 14(5): 266-71.
4. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27(5): 1047-53.
5. Bourdel-Marchasson I, Helmer C, Fagot-Campagna A, Dehail P, Joseph PA. Disability and quality of life in elderly people with diabetes. *Diabetes Metab* 2007; 33(1): 66-74.
6. Bahia LR, Araújo DV, Schaan BD, Dib SA, Negrato CA, Leão MP, et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian public health system: results from a multicentric survey. *Value in Health* 2011.
7. Passos VMA, Barreto SM, Diniz LM, Lima-Costa MF. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community – the Bambuí health and aging study. *São Paulo Med J* 2005; 123(2): 66-71.
8. Torquato MTCG, Montenegro RM, Viana LAL, Souza RAHG, Lanna CMM, Lucas JCB, 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 Med J* 2003; 121(6): 224-30 .
9. Bosi PL, Carvalho AM, Contrera D, Casale G, Pereira MA, Gronner MF, et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos, SP. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2009; 53(6): 726-32.
10. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(1): 175-84.
11. Alvarenga PP, Pereira DS, Anjos DMC. Mobilidade funcional e função executiva em idosos diabéticos e não diabéticos. *Rev bras fisioter* 2010; 14(6): 491-6.

12. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(6): 1260-70.
13. Gregg EW, Brown A. Cognitive and physical disabilities and aging-related complications of diabetes. *Clinical Diabetes* 2003; 21:113-8.
14. Tavares DMS, Côrtes RM, Dias FA. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. *Rev enferm UERJ* 2010; 18(1): 97-103.
15. Greg EW, Engelgau ME, Narayan KMV. Cognitive decline, physical disability, and other unappreciated outcomes of diabetes and aging. *BMJ* 2002; 325: 916-7.
16. Strachan MWJ, Frier BM, Deary IJ. Type 2 diabetes and cognitive impairment. *Diabet Med* 2003; 20: 1-2.
17. Souza LJ, Chalita FEB, Reis AF, Teixeira CL, Gicovate C, Bastos DA, et al. Prevalência de Diabetes Mellitus e Fatores de Risco em Campos dos Goytacazes, RJ. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003; 47(1): 69-74.
18. Goldenberg P, Franco LJ, Pagliaro H, Silva RS, Santos CA. Diabetes Mellitus autorreferido no Município de São Paulo: prevalência e desigualdade. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(1): 37-45.
19. Viegas-Pereira APF, Rodrigues RN, Machado CJ. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. *R bras Est Pop* 2008; 25(2): 365-76.
20. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998; 21 (9):1414-31.
21. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina I, Alves MCGP. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(6): 1233-43.
22. Belon AP, Francisco PMSB, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, et al. Diabetes em idosos: perfil sociodemográfico e uso de serviços de saúde. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008. http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1642.pdf Acessado em 05/01/2012.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para o TCU. Estimativas da população para 1º de julho de 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf Acessado em 02/Jan/2012.

24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm> (acessado em 01/Jul/2008).
25. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 40-8.
26. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Ver Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 127-41.
27. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA, Uchoa E. Validade do diabetes autorreferido e seus determinantes: evidências do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:947-53.
28. Martin, L. M. et al. Validation of self-report chronic conditions and health services in a managed care population. *American Journal of Preventive Medicine* 2000; 18(3): 215-8.
29. Ramkumar A, Quah JLS, Wong T, Yeo LS, Nieh CC, Shankar A, et al. Self-rated health, associated factors and diseases: community-based cross-sectional study of Singaporean adults aged 40 years and above. *Ann Acad Med Singapore* 2009; 38:606-12.
30. Phillips LJ, Hammock RL, Blanton JM. Predictors of self-rated health status among Texas residents. *Rural Remote Health* 2005; 2:1-10.
31. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 25:314-21.
32. Korten AE, Jorm AF, Jiao Z, Letenneur L, Jacomb PA, Henderson AS, et al. Health, cognitive, and psychosocial factors as predictors of mortality in an elderly community sample. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:83-8.
33. Idler EL, Benyamini Y. Self rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.
34. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influencia das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(8): 1924-30.
35. Rekeneire N, Resnick HE, Schwartz AV, Shorr RI, Kuller LH, Simonsick EM, et al. Diabetes is associated with subclinical functional limitation in non-disabled older individuals. *Diabetes Care* 2003; 26: 3257-63.
36. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999; 48: 445-69.

37. Gregg EW, Beckles GL, Williamson DF, Leveille SG, Langlois JA, Engelgau MM, Narayan KM: Diabetes and physical disability among U.S. adults. *Diabetes Care* 2000; 23(9): 1272-7.
38. Gregg EW, Mangione CM, Cauley JA, Thompson TJ, Schwartz AV, Ensrud KE, et al. Diabetes and incidence of functional disability in older women. *Diabetes Care* 2002; 25 (1): 61-7.
39. Volpato S, Blaum C, Resnick H, Ferrucci L, Fried LP, Guralnik JM: Comorbidities and impairments explaining the association between diabetes and lower extremity disability. *Diabetes Care* 2002; 25 (4):678-83.
40. Moraes SA, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(5): 929-41.
41. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. *Diabetes Care* 1992; 15:1509-16.
42. Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JOA, Uchôa E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sócio-demográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. *Inf Epidemiol SUS* 2002; 11:91-105.

Tabela 1 – Características da amostra e prevalência de diabetes de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de uso de serviços de saúde em idosos. Florianópolis, 2009/2010.

Table 1 - Sample characteristics and prevalence of diabetes according to demographic, socioeconomic, behavioral, and use of health services in elderly. Florianópolis, 2009/2010.

Variáveis	Amostra n (%)	Prevalência de diabetes (IC_{95%})
Sexo		
Feminino	1.089 (63,9)	22,8 (19,1-26,4)
Masculino	616 (36,1)	19,6 (15,7-23,5)
Faixa etária (anos)		
60 a 69	854 (50,1)	18,8 (15,0-22,5)
70 a 79	612 (35,9)	24,7 (21,0-28,4)
80 ou mais	239 (14,0)	23,9 (16,9-30,9)
Situação conjugal		
Com companheiro	993 (58,2)	21,3 (17,9-24,6)
Sem companheiro	712 (41,8)	22,0 (17,6-26,3)
Cor da pele		
Branca	1.444 (87,0)	21,6 (17,6-25,6)
Parda/preta	215 (13,0)	23,4 (17,0-29,7)
Escolaridade (anos de estudo)		
≥ 12	394 (23,3)	17,2 (12,2-22,3)
9 a 11	234 (13,8)	20,2 (12,9-27,5)
5 a 8	321 (18,9)	22,7 (15,4-29,9)
≤ 4	745 (44,0)	24,2 (20,1-28,3)
Auto-avaliação de saúde		
Positiva	860 (51,2)	13,6 (10,1-17,2)
Negativa	821 (48,8)	30,3 (26,3-34,3)
Renda per capita em quartis (R\$)		
Quartil 1	427 (25,0)	21,0 (15,9-26,0)
Quartil 2	435 (25,5)	23,6 (18,0-29,1)
Quartil 3	425 (24,9)	23,3 (18,5-28,1)
Quartil 4	418 (24,5)	18,5 (11,6-25,4)
Consultou com médico nos últimos 3 meses		
Não	481 (28,2)	12,1 (7,8-16,4)
Sim	1.224 (71,8)	25,5 (22,1-29,0)
Plano de saúde privado		
Sim	1.087 (63,8)	20,8 (17,1-24,5)
Não	618 (36,2)	23,1 (18,8-27,4)
Provável deficiência cognitiva		
Não	880 (52,0)	18,9 (14,6-23,3)
Sim	812 (48,0)	24,3 (20,2-28,4)
Atividade física total categorizada		
Fisicamente ativo	868 (50,9)	17,7 (14,7-20,8)
Insuficientemente ativo	837 (49,1)	25,9 (21,1-30,6)
Capacidade funcional		
Ausência de dependência	458 (26,9)	14,7 (10,4-19,0)
Dependência leve	709 (41,6)	17,6 (14,4-20,9)
Dependência moderada/grave	538 (31,6)	32,5 (26,7-38,3)

Tabela 2 – Análises brutas e multivariada entre prevalência de diabetes e variáveis selecionadas em idosos. Florianópolis, 2009/2010.

Table 2 - Univariable and multivariate analyzes of prevalence of diabetes and selected variables in elderly. Florianópolis, 2009/2010

Variáveis	RP (IC 95%)	Valor de P	RP ajustada (IC 95%)	Valor de P ajustado
Sexo		0,105		
Masculino	1,00			
Feminino	1,16 (0,97-1,39)			
Faixa etária (anos)		0,004		
60 a 69	1,00			
70 a 79	1,32 (1,08-1,59)			
80 ou mais	1,27 (0,98-1,64)			
Situação conjugal		0,722		
Com companheiro	1,00			
Sem companheiro	1,03 (0,86-1,24)			
Cor da pele		0,671		
Branca	1,00			
Parda/preta	1,08 (0,751,57)			
Escolaridade (anos de estudo)		0,039		
≥ 12	1,00			
9 a 11	1,17 (0,81-1,70)			
5 a 8	1,32 (0,90-1,94)			
≤ 4	1,40 (1,04-1,90)			
Autoavaliação de saúde		<0,001		<0,001
Positiva	1,00		1,00	
Negativa	2,22 (1,72-2,86)		1,75 (1,33-2,30)	
Renda per capita em quartis (R\$)		0,494		
Quartil 1	1,00			
Quartil 2	1,12 (0,82-1,53)			
Quartil 3	1,11 (0,80-1,54)			
Quartil 4	0,88 (0,58-1,34)			
Consultou com médico nos últimos 3 meses		0,001		0,001
Não	1,00		1,00	
Sim	2,11 (1,52-2,94)		1,82 (1,30-2,56)	
Plano de saúde privado		0,305		
Sim	1,00			
Não	1,11 (0,91-1,36)			
Deficiência cognitiva		0,056		
Não	1,00			
Sim	1,28 (0,99-1,66)			
Atividade física total categorizada		0,001		
Fisicamente ativo	1,00			
Insuficientemente ativo	1,46 (1,19-1,79)			
Capacidade funcional		0,001		0,002
Ausência de dependência	1,00		1,00	
Dependência leve	1,20 (0,88-1,64)		1,04 (0,77-1,39)	
Dependência moderada/grave	2,21 (1,68-2,90)		1,51(1,14-2,00)	

ANEXO 1

Normas adotadas

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, **em 16 de junho de 2011.**

Adotou-se as Normas para Submissão de Arquivos da Revista Brasileira de Epidemiologia, disponíveis em <http://submission.scielo.br/index.php/rbepid/about/submissions#authorGuidelines>

(acesso em 05/06/2012), e transcritas a seguir:

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no New England Journal of Medicine 1997; 336: 309 e na Revista Panamericana de Salud Publica 1998; 3: 188-96. Os artigos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados de Abstract, além do Resumo (no idioma original do artigo). O manuscrito deverá ser apresentado com uma página de rosto, onde constarão: título (quando apresentado em português ou espanhol, trazer também o título em inglês), nome(s) do(s) autor(es) e respectiva(s) instituição(ões) a que pertence(m), por extenso, endereço para correspondência e fontes de financiamento da pesquisa e respectivo número do processo. O parecer do Comitê de Ética em Pesquisa deve ser encaminhado no momento da submissão do manuscrito. • Margem com configuração “Normal” em todo o texto, - Superior e Inferior=2,5 cm e Esquerda e Direita=3 cm. • Espaçamento duplo em todo o texto. • Fonte: tamanho 12 em todo o texto (Arial ou Times New Roman). • Fornecer Folha de Rosto, com títulos do manuscrito em português e inglês, bem como os dados dos autores. • Inserir quebra de página a cada Seção (Folha de rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Métodos, Resultados, Conclusão, Referências, Tabelas, Quadros e Figuras). • O Resumo deve ter no mínimo 150 e no máximo 250 palavras. • O Abstract deve ter no mínimo 150 e no máximo 250 palavras. • Fornecer 6 (seis) Palavras-chave (mínimo). • Fornecer 6 (seis) Keywords (mínimo). • As Referências devem ser numeradas consecutivamente de

acordo com a ordem em que forem citadas pela primeira vez no texto (e não por ordem alfabética). • Os títulos e notas de rodapé das Tabelas, Figuras e Gráficos deverão ser bilíngües (português/inglês ou espanhol/inglês). Apenas insira após o título em português, não é necessário o corpo das tabelas, figuras e gráficos em inglês. Deve haver quebra de página a cada uma delas. O número máximo de Tabelas, Gráficos e Figuras: 5 (total). • A RBE é publicada em preto e branco. As Tabelas, Gráficos, Quadros e Figuras devem estar no mesmo padrão. • Após as adequações, a versão final do manuscrito deve ter o máximo de 25 páginas. • Envio da cópia da Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa • Envio posterior declarações assinadas por todos os autores (Declaração de Conflito de Interesses, Declaração de Cessão de Direitos Autorais, Declaração de Exclusividade), através do sistema de submissão online (Doc. Sup.).

Condições para submissão

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

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (desde que não ultrapasse os 2MB).
3. Todos os endereços de URLs no texto (Ex.: <http://www.scielo.br>) estão ativos e prontos para clicar.
4. O texto está em espaço duplo; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas inseridas em seu final, e não no meio do texto. Contêm 25 páginas, incluindo todas as seções (Folha de rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão/considerações finais, Referências, Tabelas, Figuras, Gráficos e Quadros). Deve haver quebra de página entre todas as seções (inclusive entre as Tabelas, Gráficos e Figuras).
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista. A Revista Brasileira de

Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver): <http://www.icmje.org/>

6. Os manuscritos deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, declaração de exclusividade, declaração de conflito de interesses (conforme modelo fornecido pela Revista) e Documento de aprovação da pesquisa/estudo por Comitê de Ética em Pesquisa. A documentação deverá ser assinada por todos os autores e enviada para a RBE, por e-mail (rbesubmissao@fsp.usp.br) ou pelo sistema de submissão online. É indispensável o Documento de aprovação (ou dispensa) da pesquisa/estudo por Comitê de Ética em Pesquisa para o início do julgamento.
7. Todas as comunicações são feitas pelo sistema de submissão on-line. A secretaria da RBE não envia e-mail informando as etapas da submissão.
8. O Resumo deve ter, no máximo, 250 palavras, com 6 (seis) Palavras-chave. O Abstract deve ter, no máximo, 250 palavras, com 6 (seis) Key-words.
9. A ausência (ou não) de conflito de interesses deverá ser citada no texto, bem como a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.
10. DECLARAÇÃO DE EXCLUSIVIDADE Nós, autores (as), autores do trabalho intitulado: “XX”, declaramos para os devidos fins, que o manuscrito não foi jamais publicado em nenhum outro periódico ou qualquer outra forma de publicação, bem como está sendo submetido à apreciação exclusivamente da Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, xx de xxxxx de 2005.
Assinaturas _____ autor(a) autor(a)
_____ autor(a) autor(a)
11. São Paulo, xxx de 20xx. Prezado(a) Colaborador(a), A Revista Brasileira de Epidemiologia, seguindo uma tendência cada vez mais difundida no meio editorial na área da saúde em todo o mundo, e em respeito à legislação brasileira que rege as ações na área de pesquisa envolvendo seres humanos, está introduzindo a obrigatoriedade de duas medidas para as quais chamamos sua especial atenção: 1ª) Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): medida que já vem sendo exigida desde o início da publicação da RBE e que reafirmamos, exigindo especial menção no texto dos artigos ou em nota de rodapé. Poderia ser questionada essa exigência em alguns tipos de estudo que empregam apenas dados agregados, sem identificação de sujeitos, disponíveis em bancos de dados tão comuns na área da saúde. Nenhuma instância melhor

que um CEP para analisar a natureza das propostas de investigação, seguindo a orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS). O CEP que aprova a investigação deve ser registrado na CONEP. Em particular, devem ser contempladas as Resoluções: -196/96, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos; -251/97, sobre Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos para a área temática de Pesquisa com Novos Fármacos, Medicamentos, Vacinas e Testes Diagnósticos. - 292/99 e sua Regulamentação de agosto de 2002, que dizem respeito à área temática especial de Pesquisas Coordenadas do Exterior ou com Participação Estrangeira e Pesquisas que Envolvam a Remessa de Material Biológico para o Exterior. A Revista Brasileira de Epidemiologia apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisa clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado no final do resumo. 2ª) Declaração de Conflito de Interesses: não impede a publicação dos artigos, a critério do Comitê Editorial da RBE sempre baseado na opinião dos consultores “ad hoc” aos quais será solicitada especial atenção para a existência de potenciais conflitos. Importante é que o conflito de interesses, real ou potencial, seja explicitado. Existe vasta literatura associada a este tema que adquire importância cada vez maior, especialmente no terreno cada vez mais desenvolvido da avaliação de produtos e processos e da introdução de inovações diagnósticas, terapêuticas e profiláticas na prática individual e coletiva dos profissionais da saúde. Uma referência importante pode ser a “Declaration of Interests for WHO Experts” que regula a questão no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS) e pode ser encontrada em sua home page (www.who.int) usando o mecanismo de busca com a palavra “interests”.

12. Para os manuscritos em língua portuguesa, os autores devem fornecer títulos em inglês das Tabelas, Figuras, Quadros e Gráficos, após o título em português (não é necessário o corpo /texto de toda a Tabelas em inglês). Deve haver quebra de

página a cada uma delas. O número máximo de Tabelas, Gráficos e Figuras: 5 (total). Lembramos que a RBE é publica em preto e branco. Portanto as figuras e mapas devem seguir o padrão de publicação.

13. Para os manuscritos em língua portuguesa, os autores devem fornecer as legendas em inglês das Tabelas, Figuras, Quadros e Gráficos, após a legenda em português (não é necessário o corpo /texto de toda a Tabelas em inglês).
14. Para os manuscritos submetidos em inglês, os autores devem fornecer títulos em português das Tabelas, Figuras, Quadros e Gráficos, após o título em inglês (não é necessário o corpo /texto de toda a Tabelas em português). Deve haver quebra de página a cada uma delas. O número máximo de Tabelas, Gráficos e Figuras: 5 (total). Lembramos que a RBE é publica em preto e branco. Portanto as figuras e mapas devem seguir o padrão de publicação.
15. Para os manuscritos submetidos em inglês, os autores devem fornecer legendas em português das Tabelas, Figuras, Quadros e Gráficos, após a legenda em inglês (não é necessário o corpo /texto de toda a Tabelas em português).

