FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA ACERCA DA RELAÇÃO ENTRE PERIODONTITE E DIABETES MELLITUS

ANA ADALGISA DORNELAS DE MATOS
ANNA BEATRIZ FONTELLES QUEIROZ CAVALCANTI

Recife
2026

Percepção de estudantes de enfermagem e medicina acerca da relação entre periodontite e diabetes mellitus

Ana Adalgisa Dornelas de Matos
Brasileira
Email: ana.adalgisa4@gmail.com

Discente do curso de Odontologia da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS
http://lattes.cnpq.br/2685221452287613
ORCID: https://orcid.org/0009-0005-5181-9109

Anna Beatriz Fontelles Queiroz Cavalcanti

Brasileira

Email: biafontellesqueiroz@gmail.com
Discente do curso de Odontologia da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS
http://lattes.cnpq.br/1043109495239888
ORCID: https://orcid.org/0009-0000-2275-9390

Diego Moura Soares (Autor correspondente)
Brasileiro
Docente do curso de Odontologia da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS
Email: diegomsoares@fps.edu.br
http://lattes.cnpq.br/2584990442587812
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9842-6709

Artigo extraído do **Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia** intitulado “Percepção dos estudantes de Enfermagem e de Medicina sobre a relação entre a periodontite e o diabetes mellitus”, Faculdade Pernambucana de Saúde, 2026.

Financiamento: Não houve.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

RESUMO

Objetivo: avaliar a percepção e o conhecimento de estudantes de medicina e enfermagem sobre a relação entre periodontite e diabetes mellitus. **Método:** estudo transversal, descritivo e analítico, realizado com 199 estudantes com idade igual ou maior de 17 anos, sendo 113 de medicina e 86 de enfermagem. Os dados foram coletados por questionário estruturado e submetidos à análise estatística. **Resultados:** apesar de 92,0% reconhecerem que compreender a relação entre saúde bucal e condições sistêmicas contribui para uma prática integral e interdisciplinar, o conhecimento específico mostrou-se limitado. Apenas 48,7% identificaram corretamente o conceito de periodontite, 3,0% apresentaram resposta considerada correta para a questão sobre o principal sinal clínico, 30,2% conheciam a relação bidirecional entre periodontite e diabetes e 6,0% reconheceram a possível contribuição do tratamento periodontal para o controle glicêmico. Apenas 19,6% relataram já ter discutido essa relação durante a formação. Estudantes de medicina apresentaram maior proporção de acertos na definição de periodontite que estudantes de enfermagem (p=0,011). **Conclusão:** os achados evidenciam lacunas entre a valorização da integração oral-sistêmica e o conhecimento efetivo dos estudantes, indicando a necessidade de estratégias curriculares integradas e interprofissionais ao longo da formação.

PALAVRAS-CHAVE: Periodontite. Diabetes Mellitus. Estudantes de Ciências da Saúde. Educação Interprofissional. Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

A doença periodontal constitui um grupo de condições inflamatórias que acometem os tecidos de proteção e sustentação dos dentes gengiva, ligamento periodontal, cemento e osso alveolar. Frequentemente, inicia-se devido a uma resposta inflamatória desregulada diante da colonização bacteriana lenta e persistente na superfície dentária e nos tecidos gengivais. Entretanto, quando a reação do hospedeiro ao desafio microbiano se torna exacerbada, ocorre a destruição progressiva do periodonto.[1] Dentre suas principais manifestações clínicas destacam-se a gengivite, caracterizada pela inflamação restrita ao

tecido gengival, e a periodontite, forma mais severa e destrutiva, que envolve a perda gradual dos tecidos de suporte dental.[1]

Durante a progressão da periodontite, os patógenos presentes no biofilme dental ativam os leucócitos do sistema imunológico inato, desencadeando a liberação de mediadores pró-inflamatórios, como citocinas, que amplificam a resposta inflamatória local.[2] Além disso, a ativação do sistema imunológico adquirido contribui para a manutenção de um estado inflamatório crônico, intensificando os danos aos tecidos periodontais. Estudos indicam que a suscetibilidade individual, determinada por respostas imunes e inflamatórias específicas do hospedeiro, desempenha papel crucial na extensão da destruição tecidual.[3]

Dessa forma, a periodontite não resulta apenas da presença bacteriana, mas da interação complexa entre os microrganismos e a resposta imunológica do indivíduo, que, quando exacerbada, leva à degradação progressiva do periodonto.

Além de suas repercussões locais, a periodontite tem sido associada a diferentes condições sistêmicas, incluindo doenças metabólicas e cardiovasculares, o que reforça a importância de sua compreensão para além da cavidade bucal.[4]

Entre essas associações, destaca-se a relação com o diabetes mellitus. A interação entre essas duas condições tem despertado crescente interesse na área da saúde pública, uma vez que ambas compartilham fatores de risco modificáveis, como tabagismo, má alimentação e sedentarismo. Além de apresentarem mecanismos fisiopatológicos comuns, especialmente relacionados a processos inflamatórios e à resposta imunológica do hospedeiro. Evidências científicas apontam, ainda, para uma relação bidirecional entre a periodontite e o diabetes: a presença de diabetes mal controlado aumenta a suscetibilidade e a gravidade das alterações periodontais, enquanto a inflamação crônica decorrente da periodontite pode interferir negativamente no controle glicêmico.[5]

Por sua vez, o Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não-comunicável caracterizada pela hiperglicemia persistente, resultante de defeitos na produção ou na ação da insulina. No DM tipo 1, a deficiência de insulina decorre da destruição autoimune das células β pancreáticas, enquanto no DM tipo 2 há uma combinação de resistência periférica à insulina e secreção inadequada desse hormônio. Essa disfunção metabólica altera o equilíbrio glicêmico, favorecendo complicações microvasculares e macrovasculares ao longo do tempo, sendo fundamental o controle glicêmico para reduzir os impactos sistêmicos da doença.[6]

A associação entre periodontite e diabetes apresenta grande relevância para a saúde pública, uma vez que ambas são doenças crônicas multifatoriais que compartilham fatores de risco modificáveis e mecanismos inflamatórios semelhantes.[5] Sendo assim, além da periodontite ter impacto comprovado no diabetes, o diabetes também pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento da periodontite, apresentando, uma relação bidirecional.[5]

Diversos estudos demonstram que indivíduos com diabetes apresentam risco aproximadamente três vezes maior de desenvolver periodontite quando comparados a indivíduos sem diabetes.[7] Essa associação reforça a influência do controle glicêmico sobre a saúde periodontal, uma vez que a hiperglicemia persistente está relacionada a alterações na resposta imunoinflamatória, disfunção de neutrófilos e prejuízo dos mecanismos de reparo tecidual, favorecendo maior suscetibilidade e gravidade da doença periodontal.[7] Essa interação também apresenta implicações terapêuticas, uma vez que o controle da condição periodontal pode repercutir no controle metabólico. Evidências provenientes de revisões sistemáticas e meta-análises indicam que o tratamento periodontal não cirúrgico pode promover melhora dos parâmetros periodontais e redução da hemoglobina glicada (HbA1c) em pacientes com diabetes mellitus e periodontite.[8-9] Assim, a saúde periodontal e o controle metabólico devem ser considerados de forma integrada na abordagem dessas duas condições crônicas.[9]

Dentro do contexto da formação em saúde, é fundamental que os estudantes de medicina e enfermagem desenvolvam percepção e conhecimento sobre a interação entre periodontite e diabetes, reconhecendo a importância de abordar essas condições de forma integrada. Evidências recentes indicam que programas de educação interprofissional, nos quais estudantes de diferentes áreas aprendem juntos sobre saúde oral e doenças sistêmicas, aumentam o conhecimento, melhoram atitudes e promovem maior confiança para atuação em equipes multiprofissionais.[10]

Além disso, estudos apontam que, embora profissionais de enfermagem reconheçam a associação entre infecções periodontais e condições sistêmicas, ainda existem lacunas no conhecimento específico sobre doença periodontal, reforçando a necessidade de uma formação robusta nesse tema.[11] Esse entendimento possibilita que

futuros profissionais identifiquem fatores de risco, compreendam a importância do controle glicêmico e reconheçam sinais clínicos precoces, promovendo intervenções mais eficazes. Assim, a educação voltada para essa conexão sistêmica contribui para a integração da saúde bucal e geral, preparando os estudantes para uma atuação interdisciplinar na atenção primária e garantindo que, enquanto profissionais, possam orientar, prevenir e manejar essas condições de forma segura e efetiva.

A formação dos estudantes de medicina e enfermagem deve prepará-los para compreender e atuar diante das inter-relações entre o diabetes mellitus e a periodontite, condições crônicas de alta prevalência que frequentemente coexistem nos pacientes atendidos na atenção primária. O desenvolvimento desse conhecimento ainda na graduação é essencial para que, no futuro, esses profissionais estejam aptos a reconhecer sinais clínicos, valorizar o encaminhamento interdisciplinar e adotar uma abordagem integral ao paciente. Dessa forma, a educação em saúde torna-se um instrumento indispensável para reduzir complicações e promover uma prática clínica mais integrada e resolutiva.[12]

A relação bidirecional entre o diabetes e a periodontite já é amplamente consolidada na literatura;[13-14-15-16] entretanto, ainda há escassez de estudos voltados à percepção dos futuros profissionais de saúde sobre essa interconexão. Nesse contexto, este estudo tem como objetivo avaliar a percepção e o conhecimento dos estudantes de medicina e enfermagem regularmente matriculados na Faculdade Pernambucana de Saúde acerca da relação entre a periodontite e o diabetes mellitus, considerando que esses discentes representarão a próxima geração de profissionais responsáveis pela promoção da saúde pública e pela atuação integrada na atenção primária.

MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional, transversal analítico, com abordagem quantitativa, na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), localizada em Recife, Pernambuco, Brasil. A população do estudo foi constituída por estudantes regularmente matriculados nos cursos de Medicina e Enfermagem da instituição.

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sob o parecer nº 8.248.099, em conformidade com a

Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes receberam esclarecimentos sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo e participaram voluntariamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas.

A amostra foi não probabilística, por conveniência, e composta por 199 estudantes de Medicina e Enfermagem. Foram incluídos participantes com idade igual ou superior a 17 anos, de ambos os sexos, regularmente matriculados em um dos cursos investigados e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídos os estudantes que não responderam adequadamente ao instrumento de coleta ou que optaram por desistir da participação. A coleta de dados ocorreu entre maio e junho de 2026, de forma presencial na instituição, antes ou após atividades acadêmicas, como tutorias e laboratórios. Em razão da distribuição dos horários e dos cenários de prática, a coleta incluiu estudantes do primeiro ao oitavo período. A participação dos discentes do primeiro período foi mantida, pois o estudo não buscou apenas avaliar conteúdos formalmente abordados na graduação, mas também identificar conhecimentos prévios e percepções sobre a relação entre periodontite e diabetes desde o ingresso na universidade. Dessa forma, a inclusão de estudantes em diferentes momentos da formação possibilitou uma visão mais ampla sobre o conhecimento existente entre os graduandos. Os discentes dos períodos posteriores realizavam suas atividades predominantemente fora da instituição, o que inviabilizou a coleta de dados com os períodos mais avançados. Os discentes dos períodos posteriores realizavam suas atividades predominantemente fora da instituição, o que inviabilizou a coleta de dados dos períodos mais avançados.

Os dados foram obtidos por meio de um questionário físico, estruturado e elaborado pelos pesquisadores. O instrumento reuniu informações sociodemográficas e acadêmicas, como curso, período, idade, sexo, existência de outra graduação e contato prévio com conteúdos relacionados à saúde bucal ou à doença periodontal. Também foram incluídas questões destinadas a avaliar o conhecimento e a percepção dos estudantes sobre periodontite e sua relação com o diabetes mellitus, abrangendo a definição da doença, o reconhecimento do principal sinal clínico, a relação bidirecional entre periodontite e diabetes, fatores de risco compartilhados, a possível contribuição do tratamento periodontal para o controle glicêmico, a influência do diabetes sobre a doença periodontal, a influência da doença periodontal sobre o diabetes e o contato prévio com discussões sobre saúde

bucal e condições sistêmicas durante a formação acadêmica. O instrumento também investigou se os participantes reconheciam a importância dessa relação para uma prática profissional integral e interdisciplinar.

Na questão referente ao conceito de periodontite, foi considerada correta a alternativa que a caracterizava como uma condição inflamatória crônica associada a uma placa disbiótica e capaz de acometer a gengiva e os tecidos de sustentação dos dentes. Para avaliação do principal sinal clínico da doença periodontal, os participantes que afirmaram conhecê-lo registraram a resposta em campo aberto. Posteriormente, as respostas foram categorizadas, considerando-se "sangramento gengival" como resposta correta, de acordo com a operacionalização previamente definida para o estudo.

Após a coleta, os dados foram tabulados no Microsoft Excel® e analisados no Jamovi v 2.3.28. As variáveis quantitativas foram descritas por medidas de posição e dispersão, incluindo média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil, enquanto as variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. Para investigar associações entre variáveis qualitativas, foram construídas tabelas de contingência e aplicado o teste do qui-quadrado, adotando-se nível de significância de 5% ($p<0,05$). As análises inferenciais foram realizadas para a identificação correta do conceito de periodontite e para o reconhecimento da influência do diabetes sobre a doença periodontal. As demais questões foram analisadas de forma descritiva.

RESULTADOS

Participaram do estudo 199 estudantes, sendo 113 (56,8%) do curso de Medicina e 86 (43,2%) de Enfermagem. A idade média foi de 21,1 anos (DP=3,42), com mediana de 20 anos e intervalo interquartil de 19 a 22 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (77,4%) e encontrava-se na faixa etária entre 17 e 20 anos (52,3%). Apenas oito estudantes (4,0%) possuíam outra graduação. Quanto ao contato prévio com conteúdos relacionados à saúde bucal, 19 participantes (9,5%) relataram já ter tido disciplina, aula ou palestra sobre saúde bucal ou doença periodontal durante a formação atual. As variáveis numéricas foram apresentadas como média e desvio-padrão quando apresentaram distribuição simétrica, ou como mediana e intervalo interquartil quando apresentaram distribuição assimétrica. Esses dados podem ser verificados na tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e acadêmicas dos estudantes. Recife (PE), Brasil, 2026.

Variável	n	%
Curso		
Medicina	113	56.8%
Enfermagem	86	43.2%
Sexo		
Feminino	154	77.4%
Masculino	45	22.6%
Idade		
17 a 20 anos	104	52.3%
21 a 24 anos	79	39.7%
25 anos ou mais	16	8.0%
Período		
1º	45	22.6%
2º	20	10.1%
3º	38	19.1%
4º	14	7.0%
5º	31	15.6%
6º	12	6.0%
7º	19	9.5%
8º	20	10.1%
Possui outra graduação?		
Sim	8	4.0%
Não	191	96.0%
Já participou de alguma aula, disciplina ou palestra sobre saúde bucal/ doença periodontal?		
Sim	19	9.5%
Não	180	90.5%

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Em relação ao conhecimento sobre periodontite, 100 estudantes (50,3%) afirmaram já ter ouvido falar na doença. Entretanto, apenas 97 participantes (48,7%) identificaram corretamente seu conceito. Apenas 33 estudantes (16,6%) afirmaram saber qual era o principal sinal clínico da doença periodontal, porém somente 3,0% da amostra de fato reconheciam corretamente o sangramento gengival como o principal sinal clínico da doença periodontal.

O conhecimento acerca da relação entre periodontite e diabetes mellitus também apresentou percentuais reduzidos. Dez participantes (5,0%) relataram ter conhecimento da informação apresentada no instrumento sobre a associação entre doença periodontal e diabetes. A relação bidirecional entre as duas condições foi identificada por 60 estudantes (30,2%), enquanto 81 (40,7%) apontaram a existência de fatores de risco compartilhados. Apenas 12 participantes (6,0%) indicaram que o tratamento periodontal pode contribuir para o controle glicêmico.

Quanto às duas direções dessa relação, 69 estudantes (34,7%) assinalaram que o diabetes pode influenciar a doença periodontal, enquanto 26 (13,1%) indicaram que a doença periodontal pode influenciar o diabetes. Durante a formação acadêmica, 39 participantes (19,6%) relataram já ter discutido a relação entre saúde bucal e condições sistêmicas em sala de aula, estágio ou atividade de extensão. Apesar disso, 183 estudantes (92,0%) consideraram que o entendimento dessa relação pode contribuir para uma prática profissional mais integral e interdisciplinar. Esses dados podem ser verificados na tabela 2.

Tabela 2 – Conhecimento e percepção dos estudantes sobre periodontite e diabetes mellitus. Recife (PE), Brasil, 2026.

Variável	Correto/Sim n (%)	Incorreto/Não n (%)
Já ouviu falar em periodontite?	100 (50.3%)	99 (49.7%)
Identificou corretamente o conceito de periodontite?	97 (48.7%)	102 (51.3%)
Afirmou saber o principal sinal clínico da periodontite?	33 (16.6%)	166 (83.4%)
Identificou corretamente o principal sinal clínico?	6 (3.0%)	193 (97.0%)
Conhecia a informação apresentada no instrumento sobre a associação entre doença periodontal e diabetes?	10 (5.0%)	189 (95.0%)
Reconheceu a relação bidirecional entre periodontite e diabetes melittus?	60 (30.2%)	139 (69.8%)
Reconheceu fatores de risco compartilhados entre as duas condições? (periodontite e diabetes melittus)	81 (40.7%)	118 (59.3%)
Reconheceu a possível contribuição do tratamento periodontal para o controle glicêmico?	12 (6.0%)	187 (94.0%)
Reconheceu a influência do diabetes sobre a doença periodontal?	69 (34.7%)	130 (65.3%)
Reconheceu a influência da doença periodontal sobre o diabetes?	26 (13.1%)	173 (86,9%)

Já discutiu saúde bucal e condições sistêmicas durante a formação?	39 (19.6%)	160 (80.4%)
Reconheceu a importância da relação para uma prática integral e interdisciplinar?	183 (92.0%)	16 (8.0%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Na análise da identificação correta do conceito de periodontite, observou-se associação estatisticamente significativa com o curso de graduação (p=0,011). Os estudantes de Medicina, 64 dos 113 participantes (56,6%) responderam corretamente o conceito, enquanto, apenas 33 dos 86 estudantes de Enfermagem (38,4%) identificaram a alternativa correta. Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre o acerto do conceito de periodontite e período cursado (p=0,596), idade (p=0,916), sexo (p=0,168), presença de outra graduação (p=1,000), contato prévio com aula, disciplina ou palestra sobre saúde bucal (p=0,900), relato de já ter ouvido falar em periodontite (p=0,621), percepção de conhecer o principal sinal clínico (p=0,052) ou conhecimento da informação sobre a associação entre doença periodontal e diabetes apresentada no instrumento (p=0,748).

Para o reconhecimento de que o diabetes pode influenciar a doença periodontal, não houve associação estatisticamente significativa com o curso (p=0,723). Essa resposta foi afirmativa para 38 dos 113 estudantes de Medicina (33,6%) e 31 dos 86 estudantes de Enfermagem (36,0%). Também não foram identificadas associações significativas com período cursado (p=0,067), idade (p=0,302), sexo (p=0,117), presença de outra graduação (p=0,452), contato prévio com conteúdos de saúde bucal (p=0,222), relato de já ter ouvido falar em periodontite (p=0,372), identificação correta do conceito de periodontite (p=0,316) ou percepção de conhecer o principal sinal clínico (p=0,533).

A única associação estatisticamente significativa identificada para esse desfecho ocorreu com o conhecimento prévio da informação sobre a associação entre doença periodontal e diabetes apresentada no instrumento (p<0,001). Entre os dez estudantes que conheciam essa informação, nove (90,0%) reconheceram a influência do diabetes sobre a doença periodontal. Entre os 189 participantes que não a conheciam, apenas 60 (31,7%) concordaram com essa influência. Esses dados podem ser verificados na tabela 3.

Tabela 3 – Associação entre características dos participantes e os desfechos analisados. Recife (PE), Brasil, 2026.

Variável Associada	Desfecho 1: identificação correta do conceito de periodontite p-valor	Desfecho 2: reconhecimento da influência do diabetes sobre a doença periodontal p-valor
Curso	0,011	0,723
Período	0,596	0,067
Idade	0,916	0,302
Sexo	0,168	0,117
Outra graduação	1,000	0,452
Já participou de alguma aula, disciplina ou palestra sobre saúde bucal/ doença periodontal?	0,900	0,222
Já ouviu falar em periodontite?	0,621	0,372
Realizou a identificação correta do conceito de periodontite?	Não se aplica	0,316
Conseguiu identificar o principal sinal clínico da doença periodontal?	0,052	0,533
Tinha conhecimento sobre a associação doença periodontal-diabetes	0,748	<0,001

Nota: *valores de p inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. "Não se aplica" indica que a variável corresponde ao próprio desfecho analisado.*

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam um contraste importante entre a valorização da integração entre saúde bucal e saúde sistêmica e o conhecimento efetivamente demonstrado pelos estudantes. Embora 92,0% dos participantes reconheçam que compreender essa relação pode contribuir para uma prática profissional mais integral e interdisciplinar, foram identificadas lacunas desde conhecimentos básicos sobre periodontite até aspectos específicos de sua interação com o diabetes mellitus. Apenas 48,7% identificaram corretamente o conceito de periodontite, 30,2% reconheceram a relação bidirecional entre periodontite e diabetes e somente 6,0% demonstraram

conhecimento sobre a possível contribuição do tratamento periodontal para o controle glicêmico. Esses resultados sugerem que os estudantes reconhecem a relevância da integração entre diferentes dimensões do cuidado, porém essa percepção ainda não é acompanhada, na mesma proporção, pelo domínio dos conhecimentos necessários para compreendê-la clinicamente.

Essa diferença entre valorização e conhecimento também foi observada por Pisani et al.[17] em 122 estudantes de Medicina do terceiro e quarto anos no Reino Unido. No estudo, 91,04% reconheceram a existência de uma relação entre saúde oral e saúde geral, porém foram encontradas limitações no conhecimento de condições bucais específicas e de suas repercussões sistêmicas. No que se refere à relação entre periodontite e diabetes, 60% reconheceram que o diabetes aumenta o risco de periodontite, enquanto apenas 29,9% compreenderam a influência na direção inversa.[17] Apesar das diferenças entre instrumentos, populações e contextos acadêmicos, a proximidade entre os padrões encontrados é relevante: reconhecer que saúde bucal e saúde geral estão relacionadas não significa necessariamente compreender como essa relação ocorre ou ser capaz de incorporá-la ao raciocínio clínico.

No presente estudo, essa limitação tornou-se evidente antes mesmo da avaliação da interação entre periodontite e diabetes. Embora 50,3% dos estudantes afirmassem já ter ouvido falar em periodontite, menos da metade da amostra, 48,7%, identificou corretamente sua definição. Além disso, já ter ouvido falar na doença não apresentou associação estatisticamente significativa com a identificação correta do conceito (p=0,621). O achado sugere que a exposição ao termo, isoladamente, não garante compreensão conceitual suficiente, o que diferencia familiaridade com determinado conteúdo de aprendizagem efetiva.

Essa diferença entre percepção e conhecimento foi ainda mais expressiva na avaliação do principal sinal clínico da doença periodontal. Enquanto 16,6% dos participantes afirmaram saber identificá-lo, apenas 3,0% da amostra apresentou resposta classificada como correta segundo o critério operacional adotado pelos pesquisadores. Esse resultado merece atenção não porque estudantes de Medicina e Enfermagem devam adquirir competências diagnósticas próprias da Odontologia, mas porque o reconhecimento de manifestações bucais básicas pode ser relevante para profissionais que acompanham pacientes com doenças crônicas. O mais relevante, portanto, não é propor ensino aprofundado de Periodontia para esses cursos, mas sim trabalhar um conjunto reduzido e

clinicamente aplicável de conhecimentos que permita reconhecer alterações que justifiquem encaminhamento ou cuidado odontológico.

O curso de graduação apresentou associação estatisticamente significativa com a identificação correta do conceito de periodontite (p=0,011). Entre os estudantes de Medicina, 64 dos 113 participantes acertaram a questão, correspondendo a 56,6% do curso, enquanto 33 dos 86 estudantes de Enfermagem responderam corretamente, correspondendo a 38,4%. Embora a maior proporção de acertos entre estudantes de Medicina possa estar relacionada a diferenças na formação, esse achado deve ser interpretado à luz de estudos que apontam lacunas persistentes na abordagem da saúde bucal nos cursos da saúde. Pisani et al. observaram que, mesmo entre estudantes de Medicina, a compreensão da relação bidirecional entre diabetes e periodontite permaneceu limitada, demonstrando que a formação médica, isoladamente, não assegura domínio desse tema.[17] Por outro lado, Koo et al. identificaram melhora no letramento em saúde bucal de estudantes de Enfermagem após uma intervenção educacional interprofissional voltada à relação entre saúde bucal e sistêmica.[11] Esses achados reforçam a importância de integrar conteúdos de saúde bucal aos currículos das profissões da saúde e de promover experiências interprofissionais.[10,19] Assim, a diferença observada entre os cursos pode refletir particularidades das experiências formativas; entretanto, devido ao delineamento transversal e à ausência de dados sobre conteúdos curriculares e experiências extracurriculares dos participantes, não é possível atribuí-la exclusivamente ao currículo de Medicina.

Por outro lado, o período cursado não apresentou associação significativa com a identificação correta do conceito de periodontite (p=0,596). Para o reconhecimento de que o diabetes influencia a doença periodontal, também não houve associação estatisticamente significativa com o período (p=0,067). Esses resultados não significam que o conhecimento não evolua durante a graduação, já que estudantes diferentes foram avaliados em cada período e os períodos posteriores ao oitavo não foram incluídos. Contudo, dentro da amostra analisada, não foi demonstrada associação entre estar em períodos mais avançados e apresentar melhor desempenho nos dois desfechos submetidos à análise inferencial. Esse achado é relevante para o planejamento educacional, pois não oferece suporte para concentrar o tema apenas em etapas finais da graduação e favorece sua abordagem em diferentes momentos da formação.

As lacunas tornaram-se mais evidentes quando analisados conhecimentos específicos sobre a relação entre periodontite e diabetes. Apenas 34,7% dos estudantes reconheceram que o diabetes pode influenciar a doença periodontal, enquanto somente 13,1% reconheceram a influência da doença periodontal sobre o diabetes. Além disso, apenas 30,2% afirmaram conhecer a natureza bidirecional dessa relação. Essa assimetria se aproxima do padrão observado por Pisani et al.[17], no qual a influência do diabetes sobre a periodontite foi mais frequentemente reconhecida do que a direção inversa.

Um aspecto particularmente interessante é que 30,2% afirmaram conhecer a bidirecionalidade, mas somente 13,1% reconheceram especificamente que a doença periodontal pode influenciar o diabetes. Esses resultados não permitem afirmar que os mesmos indivíduos apresentaram respostas discordantes, porque essa comparação entre questões não foi submetida a análise inferencial. Entretanto, no nível descritivo, a diferença entre os percentuais sugere que a apresentação genérica da expressão “relação bidirecional” pode não ser suficiente. Para a formação acadêmica, parece mais relevante trabalhar o significado clínico das duas direções da interação do que apenas apresentar sua existência.

O conhecimento sobre fatores de risco compartilhados também foi limitado, sendo reconhecido por 40,7% dos estudantes. Esse aspecto possui especial importância porque tabagismo, alimentação inadequada e outros fatores relacionados às duas condições já fazem parte de discussões frequentes na formação em saúde. Dessa forma, a incorporação da saúde bucal não exigiria necessariamente introduzir um conjunto completamente novo de conhecimentos, mas ampliar a forma como fatores já estudados são relacionados aos diferentes sistemas e condições clínicas.

Outro dos achados mais expressivos foi o baixo reconhecimento da possível contribuição do tratamento periodontal para o controle glicêmico, identificado em apenas 6,0% dos participantes. A literatura utilizada na fundamentação deste estudo demonstra que a relação entre controle metabólico e saúde periodontal possui implicações clínicas e que intervenções periodontais podem contribuir para melhora de parâmetros glicêmicos em determinados pacientes com diabetes e periodontite.[8,9,13] Para estudantes de Medicina e Enfermagem, conhecer essa informação não significa aprender a executar ou indicar modalidades específicas de terapia periodontal, mas compreender por que a saúde periodontal pode fazer parte da abordagem de uma pessoa com diabetes e por que a atuação odontológica não deve estar dissociada do restante do cuidado.

A análise inferencial acrescentou outro elemento relevante. O reconhecimento da influência do diabetes sobre a doença periodontal apresentou associação significativa com o conhecimento prévio da informação sobre a associação entre doença periodontal e diabetes presente no instrumento ($p<0,001$). Entre os dez estudantes que conheciam essa informação, nove reconheceram que o diabetes influencia a doença periodontal; entre os 189 que não a conheciam, 60 apresentaram essa resposta. O pequeno número de participantes no primeiro grupo e o desenho transversal impedem afirmar que uma exposição prévia tenha causado melhor desempenho. Entretanto, a associação observada reforça a possibilidade de que conhecimentos específicos relacionados à interação oral-sistêmica estejam conectados entre si e indica que uma abordagem educacional estruturada pode ser mais adequada que contatos isolados com o tema.

Essa interpretação ganha relevância diante da reduzida exposição acadêmica encontrada. Apenas 19 estudantes, correspondendo a 9,5% da amostra, relataram já ter tido aula, disciplina ou palestra sobre saúde bucal ou doença periodontal durante a formação, enquanto somente 19,6% afirmaram ter discutido a relação entre saúde bucal e condições sistêmicas em sala de aula, estágio ou atividade de extensão. Ao mesmo tempo, 92,0% reconheceram a importância dessa relação para uma prática integral e interdisciplinar. Portanto, a principal questão identificada não parece ser falta de valorização do tema pelos estudantes, mas a distância entre essa valorização e as oportunidades formativas disponíveis para transformar essa percepção em conhecimento aplicável.

É importante observar, contudo, que ter relatado aula, disciplina ou palestra prévia sobre saúde bucal não esteve associado ao acerto do conceito de periodontite ($p=0,900$). Esse resultado não permite concluir que atividades educacionais sobre saúde bucal sejam ineficazes. Apenas 19 estudantes relataram essa exposição, e o questionário não avaliou duração, conteúdo, momento, metodologia ou qualidade dessas experiências. Uma palestra isolada e uma atividade clínica estruturada, por exemplo, foram agrupadas na mesma variável. Esse resultado, portanto, reforça uma questão central para a intervenção proposta: não basta simplesmente aumentar a exposição; é necessário definir o que deve ser aprendido, em quais contextos e como esse conhecimento será retomado e avaliado.

Gill et al.[19] discutem justamente essa dificuldade na integração da saúde bucal aos currículos de diferentes profissões da saúde. Os autores destacam barreiras como limitação de tempo, disponibilidade de docentes e baixa priorização da saúde bucal e propõem, em vez da criação automática de novos componentes curriculares, a vinculação de

competências de saúde bucal a conteúdos já existentes e sua retomada longitudinal durante a formação.[19] Essa abordagem se mostra particularmente adequada aos resultados deste estudo, pois permite responder às lacunas encontradas sem acrescentar uma disciplina dedicada exclusivamente à periodontite e ao diabetes.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A pesquisa foi realizada em uma única instituição, com amostra não probabilística por conveniência, o que limita a generalização dos achados. A coleta contemplou estudantes até o oitavo período, não incluindo os períodos mais avançados devido à distribuição dos cenários de prática. Além disso, o questionário foi elaborado pelos pesquisadores e não passou por processo prévio de validação, parte das informações foi obtida por autorrelato e a questão aberta sobre o principal sinal clínico exigiu categorização segundo um critério operacional previamente definido. Apenas dois desfechos foram submetidos à análise inferencial. Por fim, o delineamento transversal não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas.

Diante das lacunas identificadas, propõe-se a implementação de um eixo longitudinal de integração entre saúde bucal e saúde sistêmica, incorporado às atividades curriculares já existentes nos cursos de Medicina e Enfermagem, em articulação com a Odontologia. A proposta não prevê a criação de uma disciplina específica, mas a inserção de objetivos de aprendizagem relacionados à saúde bucal em tutorias, discussões de casos, laboratórios e outras atividades nas quais essa interface seja clinicamente pertinente.

Nos conteúdos sobre diabetes mellitus, por exemplo, poderiam ser incluídos casos que abordassem conceito e sinais clínicos da periodontite, fatores de risco compartilhados, bidirecionalidade da relação, repercussões do tratamento periodontal e situações em que a participação do cirurgião-dentista deve integrar o cuidado. Essa estratégia responde às principais fragilidades encontradas no estudo e está de acordo com a proposta de Gill et al.[19] de integrar conteúdos de saúde bucal longitudinalmente aos componentes curriculares já existentes.

Como complemento, poderiam ser realizados momentos interprofissionais periódicos, envolvendo estudantes e docentes de Medicina, Enfermagem e Odontologia, com discussão estruturada de casos clínicos. Experiência semelhante foi descrita por Fatahzadeh et al.[18], demonstrando a viabilidade de atividades baseadas em casos para ampliar a compreensão da relação oral-sistêmica e dos papéis profissionais. A efetividade da intervenção poderia ser acompanhada por avaliações breves antes, imediatamente após

e alguns meses depois das atividades, permitindo verificar aquisição e retenção do conhecimento. Dessa forma, a proposta combina integração curricular, aplicação clínica e educação interprofissional sem exigir a criação de uma nova disciplina ou aumento expressivo da carga horária. Estudos futuros devem avaliar estudantes em diferentes instituições e etapas da graduação, bem como investigar o impacto e a retenção do conhecimento após intervenções curriculares interprofissionais.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que o reconhecimento da importância da integração entre saúde bucal e saúde sistêmica não é acompanhado pelo mesmo domínio de conhecimentos sobre periodontite e sua relação com o diabetes mellitus entre os estudantes avaliados. Os achados contribuem para identificar aspectos da formação que podem ser fortalecidos ainda durante a graduação e indicam a pertinência da inserção longitudinal de conteúdos de saúde bucal em situações clínicas já trabalhadas nos cursos de Medicina e Enfermagem, com participação interprofissional da Odontologia. Essa integração pode favorecer uma compreensão menos fragmentada do cuidado e ampliar a capacidade de médicos e enfermeiros de reconhecer situações em que a saúde bucal deve compor a assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Heitz-Mayfield LJA. Conventional diagnostic criteria for periodontal diseases (plaque-induced gingivitis and periodontitis). Periodontol 2000. 2024;95(1):10-19. doi:10.1111/prd.12579.
2. Neurath N, Kesting M. Cytokines in gingivitis and periodontitis: from pathogenesis to therapeutic targets. Front Immunol. 2024;15:1435054. doi:10.3389/fimmu.2024.1435054.
3. Van Dyke TE, Baima G, Romandini M. Periodontitis: microbial dysbiosis, non-resolving inflammation, or both? J Periodontal Res. 2025 July 14. doi:10.1111/jre.13424.
4. Huang D, Wang YY, Li BH, Wu L, Xie WZ, Zhou X, Ma B. Association between periodontal disease and systemic diseases: a cross-sectional analysis of current evidence. Mil Med Res. 2024;11(1):74. doi:10.1186/s40779-024-00583-y.

5. Nguyen TT, Bandeira M, Giannopoulou C, Zekeridou A, Ryu D, Gariani K. Periodontitis and diabetes: a bidirectional link. Acta Diabetol. 2026;63(7):1165-1177. doi:10.1007/s00592-026-02642-3.
6. Gupta S, Sharma N, Arora S, Verma S. Diabetes: a review of its pathophysiology, and advanced methods of mitigation. Curr Med Res Opin. 2024;40(5):773-780. doi:10.1080/03007995.2024.2333440.
7. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, Taylor R. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. Diabetologia. 2012;55(1):21-31. doi:10.1007/s00125-011-2342-y.
8. Corbella S, Alberti A, Donos N, Morandi B, Ercal P, Francetti L, Calciolari E. Efficacy of different protocols of non-surgical periodontal therapy in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. J Periodontal Res.2025;60(5):417-437. doi:10.1111/jre.13327.
9. Di Domenico GL, Minoli M, Discepoli N, Ambrosi A, de Sanctis M. Effectiveness of periodontal treatment to improve glycemic control: an umbrella review. Acta Diabetol. 2023;60(1):101-113. doi:10.1007/s00592-022-01991-z.
10. Do H, Calache H, Darby I, Lau P. The effectiveness of interprofessional education for the management of diabetes and oral health: a systematic review. J Interprof Care. 2021;35(3):454-463. doi:10.1080/13561820.2020.1758046.
11. Koo FK, Chen R, Fethney J, Balante J, Wong G. Evaluating pre-and post-oral health literacy of undergraduate nursing students on an oral-systemic health learning intervention. J Dent Educ. 2024;88(10):1358-1366. doi:10.1002/jdd.13598.
12. Kangas S, Rintala TM, Hannula P, Jämsen E, Kannisto R, Paavilainen E, Jaatinen P. The impact of interprofessional education on students' current and desired competence in diabetes care. Nurs Open. 2023;10(1):264-277. doi:10.1002/nop2.1301.
13. Sanz M, Ceriello A, Buysschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F, Herrera D, Jepsen S, Lione L, Madianos P, Mathur M, Montanya E, Shapira L, Tonetti M, Vegh D. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. J Clin Periodontol. 2018;45(2):138-149. doi:10.1111/jcpe.12808.
14. Botelho J, Singh S, Varenne B, Rendell N, Harada Y, Proença L, Machado V, Valentim Bitencourt F. Oral health and diabetes: a systematic review and meta-

analysis. Lancet Public Health. 2026;11(8):e555-e566. doi:10.1016/S2468-2667(26)00149-0.

15. Zhao M, Xie Y, Gao W, Li C, Ye Q, Li Y. Diabetes mellitus promotes susceptibility to periodontitis-novel insight into the molecular mechanisms. Front Endocrinol (Lausanne). 2023;14:1192625. doi:10.3389/fendo.2023.1192625.
16. Alahmari MM, AlShaiban HM, Mahmood SE. Prevalence and associated factors for periodontal disease among type I and II diabetes mellitus patients: a cross-sectional study. Healthcare (Basel). 2023;11(6):796. doi:10.3390/healthcare11060796.
17. Pisani F, Musella G, Ashfaq F, Motta A, Caponio VCA, Bizzoca ME, Lo Muzio L, Ballini A, Taylor K. Assessing medical students' awareness of the link between oral and systemic health: a questionnaire-based study in a cohort of year 3 and 4 MBBS students in the UK. Minerva Dent Oral Sci. 2025;74(5):328-336. doi:10.23736/S2724-6329.25.05199-X.
18. Fatahzadeh M, Sabato E, Singhal V, Wagner M, Fenesy K. A novel oral medicine-centered interprofessional curricular initiative to promote collaboration and build oral health capacity. J Dent Educ. 2025;89(1):81-89. doi:10.1002/jdd.13689.
19. Gill SA, Quinonez RB, Deutchman M, Conklin CE, Rizzolo D, Rabago D, Haidet P, Silk H. Integrating oral health into health professions school curricula. Med Educ Online. 2022;27(1):2090308. doi:10.1080/10872981.2022.2090308.

Regulamentação da banca da revista

A Revista de Enfermagem UFPE on line - REUOL

Preparação dos documentos para submissão

1. Título, somente no idioma original, com até 15 palavras e letras minúsculas, exceto a letra inicial e nomes próprios;
2. Metadados de todos os autores (no máximo 8): nome completo sem abreviaturas, nacionalidade, e-mail, instituição/afiliação, URL currículo lattes (ex: http://lattes.cnpq.br/0197945838619688) e ORCID (ex: https://orcid.org/0000-0000-0000-0000);
3. Indicar autor correspondente;
4. Para estudos multicêntricos, considera-se inclusão de mais autores, com apresentação de justificativa;
5. Resumo no formato estruturado, somente no idioma original, com no máximo 200 palavras e as seguintes seções: Objetivo, Método, Resultados, Conclusão/Considerações finais;
6. Descritores de 5 (cinco) a 8 (oito), somente no idioma original; extraídos do DeCs/MeSH (https://decs.bvsalud.org/);

7. Deve ser informada, quando for o caso, a origem do manuscrito: artigo extraído (Tese, Dissertação, Monografia do Curso de Especialização ou Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação com título original, instituição vinculada e ano de defesa);
8. Financiamento: deve ser citadas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo, incluindo bolsas de estudo. Nos estudos realizados sem recursos financeiros, os autores devem informar que não houve financiamento;
9. Conflitos de interesses: deve ser informado qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes;
10. Agradecimentos (opcional).
11. O documento principal (texto do manuscrito) deve ser redigido em português, espanhol ou inglês, sem identificação dos autores;
12. Deve ser formatado, de acordo com as seguintes especificações: arquivo no formato .doc ou .docx (Microsoft Word); papel A4; margens de 2 cm; fonte Arial, tamanho 12 em todo o texto, incluindo os títulos de tabelas, quadros e figuras; fonte Arial, tamanho 10 para o texto interno das tabelas, quadros e legendas de figuras; espaçamento entrelinhas de 1,5 em todo o texto, com exceção das tabelas, quadros, figuras e referências, que devem ter espaçamento simples; recuo de parágrafos de 1,25 cm;
13. O manuscrito deve seguir a estrutura de apresentação: Título; Resumo; Descritores no idioma original (português, inglês ou espanhol); Introdução; Método; Resultados; Discussão; Conclusão ou Considerações finais; e Referências;
14. Título somente no idioma original, até 15 palavras com letra minúscula, exceto a letra inicial e nomes próprios;
15. Resumo, somente no idioma original, com no máximo 200 palavras, no formato estruturado com as seguintes seções: Objetivo; Método; Resultados; Conclusão ou Considerações finais;
16. Descritores, de 5 (cinco) a 8 (oito) no idioma original (português, inglês ou espanhol) extraídos do DeCs/MeSH (https://decs.bvsalud.org/);
17. Introdução: deve ser breve, definir o problema, a relevância e as lacunas do conhecimento. O objetivo do estudo deve ser redigido no último parágrafo desta seção;
18. Método: deve conter tipo de estudo, local, população, amostra e critérios de seleção amostral, coleta de de dados, com indicação dos instrumentos e técnicas, período da coleta de dados, processo de análise dos dados, aspectos éticos e legais, incluindo número do parecer do comitê de ética em pesquisa (quando for o caso);
19. Resultados: devem apresentar sequência lógica. Quando forem apresentados tabelas, quadros e/ou figuras, os dados devem ser complementares e não repetir o conteúdo;

20. Discussão: enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. Comparar e contrastar os resultados com os de outros estudos atuais e apresentar possíveis explicações para os resultados obtidos. Apresentar as limitações do estudo;
21. Conclusão ou considerações finais: responder o objetivo do estudo, não repetir os dados encontrados, não citar referências. Deve expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados, os avanços para o conhecimento científico, as implicações para pesquisas futuras e para a prática de enfermagem ou áreas afins;
22. Citações: devem ser numeradas consecutivamente ao longo do texto, em algarismos arábicos sobrescritos após o ponto, sem parênteses. Citações consecutivas devem ser separadas por hífen (Ex: 3-6). Citações não consecutivas devem ser separadas por vírgula (Ex: 3,12).
23. As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de; Revistas Médicas, disponíveis no endereço eletrônico www.icmje.org;
24. Os autores devem considerar que as referências são importantes para dar credibilidade à validade do estudo. Só devem ser citadas referências de periódicos científicos, indexados em bases de dados nacionais ou internacionais, que foram consultadas na íntegra pelo autor e que tenham relação, direta e relevante, com o assunto abordado. Não incluir na lista, referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor e outras fontes inacessíveis ou obras de reduzida expressão científica.
25. Devem obedecer as seguintes especificações: Alinhamento à esquerda; Numerada consecutivamente, conforme a ordem mencionada no texto em espaçamento simples; Não apresentar referências de revistas “predatórias”. Para isso, consultar o link: https://beallslist.net/standalone-journals; Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index; Número de referências: no máximo 30, exceto nos artigos de revisão; As referências devem ser atuais, com exceção para os artigos de revisão e livros relevantes para a temática e/ou método, de acordo com a seguinte distribuição: - 70% de referências publicadas nos últimos cinco anos, em periódicos indexados, preferencialmente, em bases de dados internacionais; - 30% de referências nos últimos três anos, em periódicos indexados, preferencialmente, em bases de dados internacionais; OBS: Citar, pelo menos, 10 referências de periódicos estrangeiros na versão em inglês Referenciar o(s) autor(es) pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto; A lista de referência deve ser numerada consecutivamente, conforme a ordem mencionada pela primeira vez no texto; Inserir o Digital Object Identifier (DOI) ou link de acesso válido ao final de todas as referências, com exceção de livros físicos; Não citar literaturas cinzentas: teses, dissertações (exceto para estudos de revisão). Livros (apenas os que fundamentam o método de pesquisa e referencial teórico) e capítulos, manuais, normas, legislação (exceto os imprescindíveis); Os títulos de periódicos devem ser

referenciados na forma abreviada, de acordo com o Index Medicus: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: http://portal.revistas.bvs.br, eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano. Em relação à abreviatura dos meses, consultar: http://www.revisoeserevisoes.pro.br/gramatica/abreviaturas-dos-meses/ (não considerar o ponto, conforme o Estilo Vancouver recomenda: Jan Feb Mar Apr May June July Aug Sept Oct Nov Dec. Exemplo de Referência de artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão “et al”): 1. Santos DS, Marques CRG, Santos IAG, Costa Neta MS, Almeida HOC, Santos ES. Associação do Nursing activities score com desfechos de pacientes críticos. Rev Enferm UFPE on-line [Internet]. 2021[cited 2021 Oct 12];15(2):e245761. Available from: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245761.DOI:https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245761 Exemplo de referência de livros e outras monografias (indivíduo como autor): 1. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman; 2011.Ilustrações

26. São aceitas no máximo 5 (cinco) ilustrações, independente da nomenclatura utilizada (tabela, quadro, figura, etc.).
27. Tabelas utilizadas para dados numéricos. O conteúdo deve ser claro e objetivo;
28. Elaboradas com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word (.doc ou .docx);
29. Seguir a mesma formatação do manuscrito (margem de 2 cm: superior, inferior, esquerda e direita);
30. Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior da tabela;
31. Título posicionado acima da tabela e alinhado à esquerda com destaque em negrito. Ex: Tabela 1 - Características sociodemográficas dos alunos matriculados em Escolas de Educação de Jovens e Adultos (EJA). Recife (PE), Brasil, 2025.
32. Letra Arial 12 para o título;
33. Letra Arial 10 para o texto interno;
34. Devem ser numeradas em algarismos arábicos de forma consecutiva ao longo do texto (Tabela 1, Tabela 2, Tabela 3, etc.);
35. Devem ser posicionadas o mais próximo possível do trecho do texto que foram mencionadas;
36. Descrever a fonte da informação quando se tratar, apenas, de fonte de terceiros. A palavra "Fonte" é seguida de dois-pontos e da referência;
37. Os dados devem estar explícitos, separados por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula;
38. As notas de rodapé das tabelas devem ser restritas ao mínimo. Essas notas deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da tabela quanto em nota de rodapé.
39. Quadros para apresentar informações textuais organizadas. O conteúdo deve ser claro e objetivo;
40. Elaborados com a ferramenta do Microsoft Word (.doc ou .docx);

41. Seguir a mesma formatação do manuscrito (margem de 2 cm: superior, inferior, esquerda e direita);
42. Divisões internas devem ser bem demarcadas;
43. Título posicionado acima do quadro alinhado à esquerda, com destaque em negrito. Ex: Quadro 1 - Classificação dos estudos de acordo com o autor, ano de publicação, país e tipo de estudo. Recife (PE), Brasil, 2025;
44. Letra Arial 12 para o título;
45. Letra Arial 10 para o texto interno;
46. Devem ser numerados em algarismos arábicos de forma consecutiva ao longo do texto (Quadro 1, Quadro 2, Quadro 3, etc.);
47. Devem ser posicionados o mais próximo possível do trecho do texto que foram mencionados;
48. Descrever a fonte da informação quando se tratar, apenas, de fonte de terceiros. A palavra "Fonte" é seguida de dois-pontos e da referência;
49. O quadro deve ser posicionado o mais próximo possível do trecho no qual é mencionado no texto;
50. As notas de rodapé dos quadros devem ser restritas ao mínimo. Essas notas deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da tabela quanto em nota de rodapé.
51. São figuras: gráficos, mapas, desenhos, esquemas, fluxogramas, fotos, dentre outras.
52. As figuras devem ser elaboradas possibilitando acesso a planilha interna do programa utilizado;
53. Quando possível deve seguir a mesma formatação do manuscrito (margens de 2 cm: superior, inferior, esquerda e direita). Quando não for possível, alinhar ao centro do texto;
54. Usar tonalidades da cor verde (cor padrão da REUOL). Referência de cores: verde claro -9EC44D e verde escuro – 5E7C33
55. Letra Arial 12 para o título;
56. Título posicionado abaixo da figura (não apresentar o título interno) e alinhado à esquerda. Ex: Figura 1 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Porto Alegre (RS), Brasil, 2025.
57. As figuras devem ser numeradas em algarismos arábicos de forma consecutiva ao longo do texto (Figura 1, Figura 2, Figura 3, etc.);
58. A figura deve ser posicionada o mais próximo possível do trecho no qual é mencionada no texto;
59. Descrever a fonte da informação apenas quando se tratar de fontes de terceiros com referência completa. A palavra "Fonte" dever ser seguida de dois-pontos e da referência.