



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

HELENA BEATRIZ RODRIGUES DA CUNHA

Qualidade de vida: percepção de idosos com diabetes

BRASÍLIA

2018

HELENA BEATRIZ RODRIGUES DA CUNHA

Qualidade de vida: percepção de idosos com diabetes

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem do Departamento de
Enfermagem da Faculdade de Ciências da
Saúde da Universidade de Brasília como
conclusão do curso.

Orientadora: Profa. Dra. Keila Cristianne Trindade da Cruz

Co-orientadora: Profa. Dra. Jane Dullius

BRASÍLIA

2018

Agradecimentos

“Amar é doar-se até doer”, essa frase é da enfermeira sem formação acadêmica, mas que com a graça de Deus ajudou e cuidou de muitas pessoas, Santa Teresa de Calcutá. Portanto, começo agradecendo a Deus por ter me dado o dom da vida e através dela poder doar-me até doer à humanidade. Agradeço também à minha Mãezinha do Céu, Nossa Senhora de Fátima, que com o seu cuidado maternal me ensina todos os dias a cuidar do outro.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes. ” (Florence Nightingale). Impossível não agradecer à mulher que tornou a enfermagem um conhecimento científico e graças a ela, hoje sou uma artista que cuida do templo do espírito de Deus, a mais bela de todas as artes, o ser humano. À minha querida Florence baiana, Anna Nery, meu muito obrigada por ter trazido a enfermagem para o Brasil.

À Universidade de Brasília (UnB), que me trouxe muitas oportunidades de aprendizado e de profissionalismo. Agradeço aos professores, especialmente às professoras que se dispuseram a compor a minha banca de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) Andrea Mathes Faustino, Carla Targino Bruno dos Santos e Ana Paula Franco Pacheco. Um agradecimento especial à minha orientadora Keila Cristianne, que com sua paciência, carinho, tranquilidade, cuidado de mãe e seu abraço de “perder o fôlego”, não me deixou enlouquecer durante o TCC. Às amigas que a UnB me deu: Andressa, Vanessa, Ingrid e Juliana Mendes, muito obrigada pelos trabalhos em grupo/individual e todos os resumos.

Um agradecimento especial ao Projeto Doce Desafio, no nome da professora Jane Dullius. A minha gratidão aos idosos que com muito carinho e interesse responderam à entrevista deste presente trabalho e me ensinaram através de suas experiências de vida.

Com certeza minha família merece todo o amor do mundo. Minha mãe, Marilene, a melhor cuidadora, enfermeira e professora, que com seu conhecimento pedagógico corrigiu todo este trabalhado e com todo o conhecimento sobrenatural de mãe cuidou, cuida e cuidará sempre de mim. Obrigada ao melhor pai do mundo, Edilson, por tornar a vida mais leve, mais gostosa com os jantares maravilhosos e com suas palavras humildes, mas que sempre trazem paz ao coração. Ao irmão mais inteligente e “filhinho da mamãe”, Henrique, que nas madrugadas me ensinou física e trabalhar no Word, PowerPoint e Excel. Meu grande agradecimento à minha irmãzinha mais nova, a primeira enfermeira da família, vovó Marta. Obrigada por sempre acreditar em mim, por suas orações poderosas e por, a cada dia, ser exemplo de santidade. Agradeço aos meus avós, tios e primos, pela nossa união e alegria. Destaco minha prima, amiga, psicóloga e colega de crises, Jaque, que através de partilhas e orações me leva ao céu. Ainda, agradeço a Tia Odália, que na sua simplicidade demonstra todo o amor e cuidado comigo desde que eu nasci até hoje com uma carne moída que só ela sabe fazer.

Agradeço ao Movimento Escalada de Brasília, à Comunidade Católica Shalom e às Missões Humanitárias por me formarem uma enfermeira do corpo e da alma. Eu me realizo profissionalmente e vocacionalmente, pois através do meu conhecimento científico sou capaz de cuidar e amar melhor o ser biopsicossocial espiritual.

Agradeço especialmente à Tia Mônica Libardi, que me incentivou a fazer enfermagem e é um exemplo de enfermeira e profissional.

Agradeço a todos os professores que já fizeram parte da minha formação acadêmica e também do meu caráter, principalmente à Escola Paroquial Santo Antônio.

Obrigada aos meus amigos da Escalada: Tia Lílian (que tem até um “toque” seu neste trabalho), Tio Márcio, Carlinha, Habib e Lucca, Letícia e Uile que me ajudam muito na minha caminhada rumo ao céu. Um agradecimento especial à Priscila Libardi, que esteve e está presente em oração em todos os momentos da minha vida.

Não posso deixar de agradecer pela oportunidade da experiência no Ciências sem Fronteiras, que me fez crescer academicamente e pessoalmente. Agradecer, também, à família de amigos que fiz lá: Lara, Thereza, Kelly, Rafa e Uly; Robs, Jeff e Juscelio; Deborah, Gabi e Charlie.

Obrigada ao Shalom por me resgatar, por me auxiliar na escuta à voz de Deus. Aos irmãos que fizeram e fazem parte da minha conversão: Filipe Diniz, Juan, Drika, Gota, Shinza, Gabi de Sousa, Renata, Isa Ribeiro, Isnayde, Elayne, Paulinha, Carol Leite e entre outros. À Ítala... obrigada por, pacientemente, aguentar todas as minhas crises pessoalmente ou por mensagem, por todos os acompanhamentos e orações, por todas as convivências e broncas. À equipe que me ensina ser enfermeira e evangelizar ao mesmo tempo: Stefane, Gláucia e Cris. Ao Projeto Juventude para Jesus que me ocupa com aquilo que realmente importa: a evangelização dos jovens.

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos. Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento. Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda. Escolhi o branco porque quero transmitir paz. Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber. Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito à vida! ” (Florence Nightingale).

Qualidade de vida: percepção de idosos com diabetes*

Quality of life: perception of the elderly with diabetes

Calidad de vida: percepción de los ancianos con diabetes

Helena Beatriz Rodrigues da Cunha¹, Keila Cristianne Trindade da Cruz², Jane Dullius²

RESUMO

Introdução: O Brasil vive uma mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população. As causas envolvem a diminuição da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida. Com o aumento da expectativa de vida, o índice de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem aumentado ano após ano. Como forma de tratamento as DCNT, têm-se a manutenção de alimentação saudável e a prática de atividades físicas. Um exemplo de DCNT é o Diabetes Mellitus (DM), que pode afetar a qualidade de vida (QV). Define-se QV como um constructo social complexo que envolve multifatores da vida em âmbito pessoal, profissional e social. **Objetivos:** Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo identificar a percepção de idosos com diabetes acerca de sua QV. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo com os idosos participantes do Programa Doce Desafio (PDD) da Universidade de Brasília (UnB). A coleta de dados se deu por meio de entrevista com 7 idosos. Inicialmente foram realizadas perguntas referentes à caracterização demográfica e de saúde do participante. Em seguida, realizadas perguntas referentes à sua QV: “Para o(a) Sr(a). o que é qualidade de vida?” “O que o (a) Sr (a). considera que melhora sua QV?” e “Qual(is) fator(es) o(a) Sr(a). acredita que prejudique sua QV?” “Ter diabetes interfere

* Trabalho desenvolvido com o apoio do Programa de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade de Brasília do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Formato Revista de Enfermagem UFPE On Line (ANEXO B).

1- Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, bolsista do PIBIC-CNPq 2016-2017, modalidade voluntária. E-mail: lena.beatriz@gmail.com.

2- Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. E-mail: keilactc@unb.br.

3- Educadora Física. Doutora. Professora Adjunta da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília. E-mail: janedullius.docedesafio@gmail.com.

na sua QV? Por quê? ”. Os critérios de inclusão na amostra foram: ter DM; participar do PDD, ter 60 anos ou mais e aceitar participar da pesquisa assinando o TCLE e o Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa. As entrevistas prosseguiram até a obtenção de saturação das informações. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e recebeu o parecer: 1.601.210. **Resultados:** Foram entrevistados sete idosos com DM, entre eles, seis mulheres e apenas um idoso do sexo masculino. Casados, todos com ensino superior completo, aposentados, com renda pessoal aproximada de 5,7 salários mínimos, utilizam carro próprio para se locomover até o PDD e no transporte diário em geral. Em relação à DM, a maioria há mais de 10 anos o diagnóstico da doença, não utilizam insulina, fazem uso de antidiabético oral e frequentam o PDD há pouco tempo. Mesmo que QV seja uma questão de opinião, a saúde esteve presente na fala de todos os entrevistados, bem como a alimentação. Relacionamentos familiares e sentir-se importante para alguém foram citados como fatores que melhoram a QV desses idosos. Por outro lado, problemas financeiro e ansiedade prejudicam a sua QV. **Conclusão:** O enfermeiro, especialmente, tem papel educador e deve conhecer as especificidades envolvidas na vida do idoso com DM e realizar atividades que preconizem a educação em saúde, para que seja realizado o empoderamento dos idosos com DM por meio de informações sobre a doença, tratamentos possíveis, fatores de risco e de proteção para pessoas com DM.

Descritores: Qualidade de vida; Enfermagem; Diabetes Mellitus.

Introdução

A inversão da pirâmide etária está presente no mundo e no Brasil não é diferente. Entre vários fatores, esta mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população é consequência da diminuição da taxa de natalidade e do aumento da expectativa de vida, proporcionando, assim, um aumento expressivo na quantidade de pessoas maiores de 60 anos no país nos últimos anos. Segundo o senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esta pirâmide etária invertida possui 7,4% de idosos acima de 65 anos em relação ao total da população de 2010, sendo que em 1991 eram de apenas 4,8% e em 2000, 5,9%, retificando o envelhecimento da população (PORTAL BRASIL, 2014).

Juntamente com o aumento da expectativa de vida, o sedentarismo e hábitos de vida não saudáveis, como por exemplo, a ingestão excessiva de açúcar e gorduras ao longo da vida, são os principais causadores do crescente diagnóstico de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e até vem sendo uma das maiores causas de mortalidade mundial (PORTAL SAÚDE - SUS, 2014).

Dentre as DCNT, ou seja, enfermidades incuráveis, mas não contagiosas, que atingem a população brasileira, destaca-se o Diabetes Mellitus (DM), doença causada por uma deficiência no pâncreas, que passa a não absorver a glicose que há no sangue ou a absorção faz apenas parcialmente. Sabe-se que o pâncreas produz a insulina, que tem a função de metabolizar a glicose do sangue e enviá-la para células do fígado, músculos esqueléticos e tecido adiposo, diminuindo assim, a concentração glicêmica no sangue. (BRASIL, 2006; CHAVES, 2013).

O DM pode ser classificado em tipo 1, tipo 2, pré-diabetes, diabetes gestacional e diabetes associado à outras doenças. Os mais prevalentes são o DM tipos 1 e 2. O primeiro ocorre em cerca de 10% dos casos e é caracterizado pela não produção ou pouca produção pancreática de insulina, logo, a pessoa com este diagnóstico é

insulinodependente. O tipo 2 geralmente ocorre em 90% dos casos e em geral com pessoas com idade mais avançada, por causa da resistência das células à insulina, portanto, não necessita de insulina exógena, bastando, muitas vezes, apenas o uso de hipoglicemiantes orais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

A prática de atividades física, regularmente, corrobora para o aumento da permeabilidade das células à glicose, mesmo que o envelhecimento aumente a resistência à insulina. Aliada à uma alimentação saudável e adesão ao tratamento é possível haver um maior controle glicêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Nas últimas décadas, a maior valorização dos idosos vem assegurando seus direitos e maior engajamento com o seu bem-estar social, o que fez aumentar a procura por atividades que melhoram sua qualidade de vida (QV). Tais práticas corporais são formas de prevenção, manutenção e recuperação da saúde independente da presença ou não das DCNT (KUCHEMANN, 2012). Conscientes dessa mudança e da importância de adaptar o sistema de saúde à esta população, os profissionais da área da saúde têm que se planejar e desenvolver ações que promovam o bem-estar e a QV ao idoso, especialmente, àqueles com DM.

A QV é um constructo social complexo, multidimensional e subjetivo, que leva em consideração a opinião pessoal de cada indivíduo em determinado momento de sua vida. QV tem sido considerado um indicador de saúde, tanto na prática clínica, quanto em pesquisas científicas na área da saúde, sendo utilizada para avaliar e estimar desfechos de pesquisas, efeitos de intervenções (SEILDL e ZANNON, 2004; WHO, 2005), além do impacto no bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo (PASCHOAL, 2000). Apesar do conceito de QV ser individual, pesquisas realizadas descrevem opiniões convergentes como: ter saúde, família presente, condições de se manter bem financeiramente, lazer, boa alimentação e amigos (PASKULIN et al, 2010).

A QV foi definida por um grupo de estudiosos, apoiado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como: “...percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (PORTUGAL, 2016). Nesse sentido, conhecer a QV de uma pessoa significa valorizar a opinião dessa pessoa (PASCHOAL, 2000).

Com base nesta perspectiva, muitos instrumentos têm sido elaborados com a intenção de acrescentar parâmetros subjetivos à avaliação integral dos indivíduos. (CAMPOLINA, DINI, CICONELLI, 2011).

Sabe-se que a QV pode refletir no impacto físico e psicossocial, causando comorbidades e/ou incapacidades. Dessa maneira, existe a possibilidade de conhecer melhor o paciente e sua adaptação à condição atual, assim, a QV passa a ser incorporada aos serviços de saúde, influenciando decisões e condutas terapêuticas (SEILD, ZANNON, 2004).

O conceito de QV pode ter várias facetas, dependendo da área que está utilizando o termo. É comum ser sinônimo de saúde ou felicidade e satisfação pessoal, estilo de vida (PEREIRA, TEIXEIRA, SANTO, 2012).

O presente estudo pretende identificar o significado de QV, fatores que aumentam e que prejudicam a QV e como a DM afeta a QV de um grupo específico de idosos participantes de uma iniciativa que preconiza educação em saúde e promove atividades físicas com sujeitos com DM. Para isso, a presente pesquisa busca responder o questionamento "Qual a percepção da pessoa com 60 anos ou mais e possui diabetes mellitus sobre sua qualidade de vida?".

Esse estudo tem como objetivo geral, conhecer a percepção de idosos com DM em relação à sua QV. E ainda como objetivos específicos: identificar o significado de QV para pessoas com diabetes e que participam do Programa Doce Desafio bem como identificar fatores que interferem, melhoram e prejudicam a QV desses participantes.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo. A pesquisa qualitativa tem questões complexas como a aproximação dos dados. Para melhor compreender e interpretar os resultados obtidos, é necessário tabulá-los da forma mais completa possível. A flexibilidade é uma característica intrínseca da pesquisa qualitativa, pois os métodos podem se adequar a necessidade existente do projeto (MARTINS, 2004).

O estudo foi realizado dentro do Campus da Universidade de Brasília, no Centro Olímpico, onde acontece o Programa Doce Desafio (PDD), que trabalha com portadores de diabetes, educação em saúde e atividades físicas orientadas. O PDD funciona segunda, quarta e sexta-feira, de 8 às 10 horas, e de 14 às 16 horas.

Neste local, são acolhidas pessoas recém-diagnosticadas e com anos de DM, e contam com um acompanhamento contínuo: apoio psicológico, interação em grupo, educação sobre diabetes e exercícios físicos com orientação. A rotina diária do PDD consiste na chegada de pessoas com DM no Centro Olímpico, aferição da pressão arterial e verificação da glicemia capilar e anotação nos prontuários dessas medidas. Concomitantemente, anotam a glicemia em jejum aferida em casa e os alimentos ingeridos e suas quantidades na última refeição, para garantir um melhor controle da dieta e os monitores auxiliarem na alimentação adequada.

Posteriormente, são encaminhados para a realização de atividades físicas direcionadas e educação em saúde, com o intuito de colaborar no controle glicêmico e obter informações sobre o tema. Por exemplo: educação sobre medicamentos orais, pé diabético, métodos de relaxamento e entre outros temas sugeridos pelos próprios frequentadores para que aprendam cada vez lidar melhor com a DM. Por fim, são aferidas novamente a pressão arterial e a glicemia, para verificar os resultados e comparar (DULLIUS, 2015).

Os critérios de inclusão da presente pesquisa foram: pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos, ter diabetes mellitus e frequentar o PDD.

Anteriormente à coleta de dados, a entrevistadora e autora do presente estudo frequentou durante o mês de março de 2017 o PDD para que pudesse conhecer, compreender o local de pesquisa, bem como seus participantes, auxiliando em todas as fases do atendimento.

O roteiro de entrevista semiestruturado possuía perguntas referentes aos dados sociodemográficos e de saúde e as seguintes perguntas relacionadas à qualidade de vida: “Para o(a) Sr(a)., o que é qualidade de vida?”; “O que o(a) Sr(a). considera que melhora sua QV?”; “O que o(a) Sr(a). acredita que prejudica sua QV?” e “Para o senhor(a), ter diabetes interfere na sua QV? Se sim, de que forma?”.

Para a análise das informações foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (1977). Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações BARDIN, 1977) e, diferente de outras técnicas, tem como base a mensagem do sujeito e resulta na produção de inferências (CAMPOS, 2004).

As entrevistas foram realizadas respeitando a privacidade de cada participante após aceitação e assinatura do participante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo para Autorização para Gravação de Voz. A gravação de voz fez-se necessária para registrar e facilitar a abordagem durante a entrevista, não sendo posteriormente expostas ou divulgadas em outros meios. A coleta de dados ocorreu entre abril e junho de 2017.

A coleta de dados cessou com a saturação das informações. As gravações foram transcritas para melhor análise dos dados, conteúdo e citações. Para apresentação dos sujeitos, os mesmos foram identificados com E1, E2, E3, ..., E7.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob o número CAEE: 1.601.210-2016.

Resultados e Discussão

3.1 Características sociodemográficas

Foram entrevistados sete idosos com DM participantes do PDD. Os dados sociodemográficos encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Apresentação dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa. Brasília, DF, 2017. (n=7)

Entrevistado	Idade	Sexo	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação atual	Renda Pessoal*	Renda Familiar*	Bairro de moradia
E1	75	M	Casado	Superior completo	Aposentado	8,5	14,9	Asa Norte
E2	60	F	Solteira	Superior completo	Paisagista	2,6	5,9	Lago Norte
E3	67	F	Casada	Superior completo	Aposentada e presidente de ONG	9,6	17	Lago Norte
E4	63	F	Casada	Superior completo	Aposentada	-	-	Asa Norte
E5	61	F	Casada	Superior completo	Aposentada e artesã	2	7,5	Asa Norte
E6	63	F	Viúva	Superior completo	Servidora pública	8,5	8,5	Sobradinho
E7	75	F	Casada	Superior completo	Aposentada	8,5	17	Asa Norte

*Em salários mínimos, sendo 1 salário mínimo R\$ 937,00.

- Entrevistado recusou-se a informar.

Dentre os participantes, eram predominantemente mulheres, casadas, aposentadas e com idade entre 61 e 75 anos e com média de 66,3 anos de idade. O estudo mostra que, no Brasil, verifica-se maior prevalência de DM em indivíduos com mais de 60 anos de idade (SILVA, 2014) motivo que justifica o objetivo do presente estudo com pessoas idosas.

Sabe-se que o aumento das DCNT, especialmente da DM na população idosa, é um problema de saúde pública, pois pode estar associada à comorbidade, a consequente piora da qualidade de vida, aumento dos custos assistenciais de saúde e até levar à morte (LERÁRIO, 2014).

Nesse sentido, Lerário (2014), representando a Sociedade Brasileira de Diabetes, ressalta que o agravamento da DM nos idosos está interligada às Síndromes Geriátricas

(SG) podem causar tanto alterações metabólicas consequentes a ação direta da hiperglicemia acentuada, como efeitos deletérios da hiperglicemia crônica causando as complicações crônicas do diabetes. Esta síndrome é caracterizada pelo aumento do risco de fraturas, devido à maior facilidade de idosos sofrerem quedas e à osteoporose; à incontinência e urgência urinárias; à depressão; à dificuldade cognitiva que, muitas vezes, os idosos apresentam; à perda da massa e força muscular, incapacitando, muitas vezes, a realização de exercícios físicos e até mesmo atividades cotidianas (LERÁRIO, 2014).

É válido destacar, a prevalência de mulheres no Programa Doce Desafio, sendo possível considerar que essa ocorrência pode estar relacionada ao fato de que as pessoas do sexo feminino tendem a se preocupar e cuidar mais da sua própria saúde (BRASIL, 2009). Em geral, elas percebem a real necessidade do autocuidado e procuram ajuda. Esta diferença de autocuidado entre os sexos é tão evidente que o Ministério de Saúde criou uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em 2009, pois foi constatado que as pessoas do sexo masculino, em geral, têm aversão ao atendimento de saúde por eles se considerarem invulneráveis. Logo, estes pacientes, muitas vezes, demoram a descobrir doenças e quando descobertas já estão em estágio avançado, sendo praticamente impossível haver prevenção quando se trata de homens (BRASIL, 2009).

Diferentemente de outros estudos, como o de Lima, Pereira e Romano (2011), que evidenciam a baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) como predominante na população idosa portadora de DM.

No presente estudo, a realidade financeira dos entrevistados chamou atenção, visto que todos possuem nível superior completo, a renda pessoal varia entre dois e 9,6 salários mínimos e renda familiar entre 5,9 e 17 salários mínimos e unanimidade na utilização de carro próprio para deslocamento até o PDD. Divergindo dos estudos de

Lima, Pereira e Romano (2011) que evidenciam a baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) como predominante na população idosa portadora de DM.

Percebe-se que a renda da maioria dos participantes do presente estudo é mais elevada e pode estar associada ao local de coleta de dados, realizada em uma área nobre de Brasília-DF (Asa Norte) e à proximidade geográfica da localização de suas moradias (Asa Norte e Lago Norte).

Segundo Alves et. al (2012), o acesso ao serviço de saúde, informação e ao autocuidado estão diretamente relacionados à escolaridade e classe social. No presente estudo, todos os participantes possuem nível superior completo, o que pressupõe maior e melhor acesso à informação e ao conhecimento sobre o DM e, conseqüentemente, da necessidade do autocuidado.

Ressalta-se que o autocuidado é influenciado pela cultura, educação, habilidades e limitações pessoais, experiência de vida, estado de saúde e recursos disponíveis, o que está relacionado também aos dados encontrados no presente estudo, que favorece o autocuidado entre os participantes (ROSSANEIS et.al, 2016) incluindo a busca pela participação em Programas como o PDD.

3.2 Características relacionadas à DM

A tabela 2 resume os dados relacionados à DM.

Tabela 2 - Apresentação dos dados relacionados à DM dos participantes da pesquisa. Brasília, DF, 2017. (n=8)

Entrevistado	Tempo de DM	Uso de Insulina	Medicamento oral	Tempo de PDD
E1	4 anos	Não	Glifage®	3 anos
E2	1 ano	Sim	Galvus Met® (NPH)	2 meses
E3	15 anos	Não	Diamicron®, Januvia® e Glifage®	1 semana
E4	15 anos	Não	Glifage® e Fortiga®	9 anos
E5	4 anos	Não	Glifage®, Diamicrom® e Diabinese®	1 semana
E6	12 anos	Não	Diamicron®, Galvus®, Fortiga®, Stanglit®	1 dia
E7	10 anos	Não	Metformina®, Sinvastatina®, Diamicron®, Vanúvia®, Diovan®	5 anos

Os participantes, em sua maioria, possuem DM há mais de 10 anos (variando de um ano a 15 anos de DM) e conseguem controlar sua glicemia apenas com medicamentos orais e com a realização de atividades físicas regulares.

É importante destacar que o controle da DM está associado à boa alimentação, prática de atividade física e administração correta do medicamento (TESTON, SALES e MARCON, 2017). A maioria dos idosos entrevistados faz uso de hipoglicemiantes orais regularmente e apenas um entrevistado faz uso de insulina. Segundo o relato desse idoso que faz uso de insulina: o uso de insulina foi devido a sua indisciplina para tomar remédios, falta de uma rotina e de uma boa alimentação.

Os estudos de Rodrigues (2012) mostram que o tempo de diagnóstico e a escolaridade estão relacionados ao conhecimento e às atitudes das pessoas com DM, ou seja, aqueles com maior tempo de diagnóstico e melhor escolaridade possuem maior conhecimento e melhores atitudes em relação à doença (RODRIGUES *et al*, 2012), comportamento observado nos participantes desse estudo.

Dentre os hipoglicemiantes orais houve destaque para o Glifag® ou Metformina®. O cloridrato de metformina é um medicamento antidiabético de uso oral utilizado para controle glicêmico em pessoas portadoras de diabetes tipo 1 ou 2. Este medicamento está na classe das biguanidas, atuando de forma a diminuir a quantidade de glicose no sangue (ANVISA, 2015).

O tempo de participação dos idosos no PDD foi heterogênea, variando entre um dia e nove anos. Mesmo com tantos anos com a doença, os portadores de DM se sentem atraídos pelo projeto, pois além dos exercícios físicos que podem ajudar no controle da glicemia, eles obtêm informações e tiram dúvidas sobre DM. O PDD proporciona educação em saúde em suas atividades. Além disso, muitos frequentadores citaram que o PDD é um local de convivência, onde podem conversar abertamente sobre suas

angústias relacionadas à DM. Um local onde se sentem à vontade compartilhando experiências, como citado pela entrevistada 4:

Aqui (PDD) também a gente joga conversa fora, fala o que quer, o que você não fala em casa. Esse ambiente é muito gostoso, melhora a qualidade de vida. Claro que melhora! (E4)

3.3 Características relacionadas à QV

As perguntas subjetivas relacionadas à qualidade de vida foram divididas em quatro categorias: “Conceito de QV”, “Fatores que melhoram a QV”, “Fatores que prejudicam a QV” e “Interferência da DM na QV” que serão apresentadas e discutidas a seguir.

3.3.1 Conceito de QV

O conceito de QV é bastante abrangente e singular. Cada pessoa tem o seu próprio conceito de QV, sendo passível de mudança de conceituação dependendo do que a pessoa está enfrentando no momento. Segundo Paschoal (2000), ao conhecer o significado de QV da pessoa, estamos valorizando sua opinião, pois é individual este conceito, podendo permear pela área da saúde, financeira, emocional, psicológica, diversão. Esse fato pode ser comprovado neste estudo, embora algumas respostas sejam semelhantes, sempre há um viés pessoal da história de cada participante.

Mesmo que QV seja uma questão de opinião, a saúde está presente na fala de todos os entrevistados. De forma física ou psicológica, a saúde foi unânime quando se trata de qualidade de vida.

Segundo o conceito, qualidade de vida é:

*Cuidar de si próprio, cuidados consigo mesmo. (E1)
Boa alimentação, cuidados com o controle da diabetes, fazer exercícios físicos. (E1, E4, E5 e E6)*

Além disso, foi citado fatores preventivos das complicações da própria doença como cuidados para que não haja “pé diabético”, pelo E1.

Tentar não ter stress. (E2)

É a concepção de QV da E2, que dialoga com a saúde mental.

Reforçando o que já foi dito, ter uma boa QV está relacionada ao autocuidado independente na saúde, relatado na pergunta sobre a percepção de QV para os participantes.

Porque eu acho que se você tiver condições de se cuidar você tem uma boa QV. (E5)

Outros conceitos foram apontados, mas sempre relacionados com uma vida saudável, com uma boa alimentação. Entretanto, vale ressaltar o comentário da E4 sobre o conceito de QV:

Fazer o que a gente gosta: leitura, trabalhos manuais. Gosto muito de viajar. (E4)

Nesse sentido, no estudo de Santos et. al. (2014) foi citado que “quanto maior é o envolvimento dos idosos com as vivências no lazer, melhor é o seu desempenho em habilidades cognitivas. ” Além de divertimento, o lazer, pode trazer benefício cognitivo que o idoso constantemente precisa praticar, trazendo qualidade de vida tanto como divertimento quanto de saúde mental e cognitiva.

A título de comparação, o estudo de Sonati et. al. (2014) teve por objetivo diferenciar o que é QV para os adultos e para os idosos. Diferentemente dos indivíduos a cima de 60 anos, os adultos relacionaram QV à capacidade de trabalhar, ganhar dinheiro, produzir para sustento da família. Já para os idosos, QV é ter uma vida ativa, capacidade de realizar atividades diárias, aceitação do processo e aparência do envelhecimento, satisfação financeira e tempo para lazer (SONATI et. al. 2014). O

presente estudo obteve resultados semelhantes, mesmo que não tenha sido tão evidente quanto a QV associada à saúde.

3.3.2 Fatores que melhoram a QV

A saúde como QV está presente quando os entrevistados foram questionados sobre o que melhora sua QV. Permeando o controle glicêmico aliado à atividade física, consultas médicas periódicas e uma dieta adequada, os E1 e E6 ainda pontuam a importância da disciplina e organização para praticar exercícios físicos e se alimentar nos horários corretos e na quantidade certa.

Essas coisas, simples: se eu cuidar da alimentação, se eu caminhar e se eu manter um certo controle médico, eu estou bem. (E1)
Esporte, uma boa alimentação, saudável, orientação médica adequada. (E6)

Além do foco na saúde as E2 e E4 destacaram a importância do PDD na QV delas, enfatizando que não é somente fazer uma atividade física e receber uma educação em saúde, mas também a convivência com outras pessoas, poder conversar abertamente sobre suas dificuldades, poder trocar receitas *diet*, entre outros momentos de descontração e amizade.

Relacionamentos também foram citados como fatores que melhoram a QV:

Quando eu vou de férias com eles (filhos e netos). E vejo todo mundo junto. A família unida. (E3)
Paz nas relações, ter um bom entendimento com as pessoas que te cercam. (E6)

Essas falas estão em concordância com Sonati (2014) que citou em seu estudo o quanto importante é para o idoso as relações sociais, devido ao sentimento de pertencer a um grupo, sentir-se importante para alguém e para o mundo. Esse fator foi citado pelo E1:

Melhora minha QV quando eu começo a perceber que eu sou útil, ter entusiasmo pela vida. (E1)

3.3.3 Fatores que prejudicam a QV

Diferentemente das outras questões, quando perguntado aos participantes “O que prejudica a sua QV? ”, as respostas foram heterogêneas, houve relatos sobre a vida financeira, psicológica e até uma visão de maturidade de que não há problemas, mas sim, a maneira em que lida com as dificuldades da vida.

Semelhantes respostas tiveram somente as E3 e E5, em relação ao aspecto financeiro, mas mesmo assim, com focos diferentes, pois, para a E3:

Fator financeiro com essa crise que está atingindo diretamente todo mundo causa preocupação para mim e minha família. (E3)

Já a E5 aborda sua instabilidade financeira durante toda a entrevista e, no momento, em que é questionada sobre o que prejudica sua QV, ela ainda relaciona a instabilidade econômica com a ansiedade, que a faz se alimentar erradamente, variando, assim, sua taxa glicêmica.

Essa ansiedade faz com que eu me alimente erradamente. (E5)

Neste sentido, no estudo de Mota et. al. (2016) é citado que aproximadamente 14% dos indivíduos que portam DM apresentam ansiedade generalizada, que pode ser devido à mudança na rotina diária: hábitos alimentares, administração de medicamentos diários e/ou insulina e prática de atividade física. A ansiedade também pode estar ligada à um ciclo: dificuldade de enfrentamento, falta de controle no nível glicêmico, causando ansiedade que é saciada com a ingestão de alimentos não indicados e assim aumenta novamente os índices glicêmicos. Associando ao presente estudo, a E5 sente-se ansiosa devida a instabilidade financeira, o que lhe faz comer descontroladamente, aumentando, assim, a sua taxa glicêmica.

Ainda sobre o controle da glicemia, a E2 relata a administração rigorosa dos horários como algo que prejudica sua QV, pois, a DM requer horários fixos para se alimentar e dormir, porém, sua profissão não a permite ter uma rotina fixa.

Por mais que o E1 e E4 tenham discursos relacionados à velhice, suas conclusões são opostas. Para o E1:

A pior coisa na discussão da saúde e qualidade de vida é a gente não está se sentindo vivo e com energia para poder superar obstáculos. (E1)

Em outras palavras, o sentir-se importante, útil, muitas vezes sentem-se inúteis e um problema para os familiares devido às suas limitações físicas, motoras, psicológicas e cognitivas. Em contrapartida, a E4 exalta o processo de envelhecimento como sendo um momento de maior maturidade:

Não tem o que prejudica. A preocupação prejudica? Prejudica a qualidade de vida, mas faz parte da vida. Depois dos 60 anos vejo a vida de outra forma. (E4)

Ou seja, por mais que haja situações prejudiciais a sua QV, ela percebe que são processos naturais da vida, não encarando de maneira prejudicial, pois com 60 anos a maturidade já é suficiente para lidar com situações adversas.

3.3.4 Interferência da DM na QV

O mais interessante desta pergunta foi a expectativa de que todos os entrevistados iriam afirmar que a DM interferia na QV devida à mudança de hábitos alimentares e uso de medicamentos, principalmente. Porém, a maioria relatou que a DM não é um fator que interfere na sua QV.

No entanto, vale ressaltar que mesmo afirmando que a DM não interfere na QV, todos os entrevistados em seus discursos relatam que a DM alterou a sua rotina, sua vida, mas já se habituaram, “acostumaram” ou já se adequaram tanto a este novo estilo de vida que não consideram mais um problema, mas sim, uma nova maneira de encarar a vida.

A E7 prontamente respondeu: “Não. ” Mas no decorrer de sua fala ela percebe que:

Eu tenho limite na comida. (E7)

Mas, ainda sim, conclui que a DM não é algo que interfere em sua QV:

De modo geral tudo que faço, a diabetes até agora não interferiu. A diabetes não é motivo de eu ficar com a “cabeça quente”. (E7)

Ao contrário do que era esperado, a E5 relata que na verdade, a DM foi até um fato bom em sua vida, pois sente-se mais amada e mais próxima de sua família, favorecendo os vínculos familiares.

Minhas filhas começaram a me tratar com mais “mimo”, com muito cuidado. Uma vai compra um doce diet, um chocolate diet... (E5)

Ainda sobre a DM não interferir na QV, o E4 destaca que no início da doença a DM influenciava na sua QV, mas por meio do conhecimento adquirido no PDD aprendeu que:

Você pode comer as coisas, mas você tem que saber dosar a quantidade. (E4)

Foi suficiente para que ela controlasse melhor a alimentação com consciência que se pode comer, mas em pouca quantidade e moderadamente. Quando ocorre educação em saúde, acesso ao tratamento e atividades físicas orientadas, há uma colaboração para melhor aceitação da condição de saúde e melhor lidar e se adaptar à situação (PAULO et.al., 2012).

Diferente visão de não interferência é a da E3, pois para ela:

Não interfere porque sou “desleixada. (E3)

Em outras palavras, ela não se preocupa, não faz a dieta correta, não se limita. Acredita-se que, de acordo com esta idosa entrevistada, se ela seguisse a dieta corretamente, a DM seria algo que poderia interferir na sua QV.

Mesmo que E3, E4, E5 e E7 verbalizam que a DM não interfere na sua QV, é perceptível que interferiu e continua mudando os seus hábitos alimentares, mas é uma

adaptação já aceita. E1, E2 e E6, por sua vez, ainda sofrem com as dificuldades de adaptação à DM, principalmente, à dieta.

Ah interfere... porque eu sou muito indisciplinada e eu tenho que ficar toda 'direitinha', cheia de regras e isso é muito chato. Para tudo, para comer, para fazer exercício, para viver com os outros, não posso comer igual os outros. (E2)
Só de você saber que você não pode comer açúcar te dá uma compulsão de comer chocolate. (E6)

Sena, Nobre e Comparin (2011) já destacou a alimentação como sendo uma parte difícil do tratamento da DM, pois também gera mudança nos momentos sociais e familiares, como a E2 relatou, pois, os novos hábitos alimentares não são compartilhados pelas outras pessoas, causando desconforto em ambientes sociais e não adesão à dieta.

Conclusões

Saúde, alimentação saudável e prática de atividade física foram os termos mais utilizados para definir a QV dos participantes, visto que estão em um ambiente que favorece todos estes tópicos, o PDD é um projeto voltado para a atividade física, juntamente com educação em saúde para controle dos índices glicêmicos. Portanto, o local de pesquisa foi estratégico para fornecer informações pertinentes para melhorar o cuidado com o idoso com DM.

Relacionamento familiar e sentir-se importante para alguém foram citados como fatores que melhoram a QV desses idosos. Por outro lado, problemas financeiros e ansiedade, prejudicam a sua QV.

O esperado era que os participantes respondessem que a DM interferisse na sua QV, devido às complicações que uma glicemia não controlada pode provocar, porém, os entrevistados do estudo não possuíam nenhuma complicação séria, provavelmente devido ao bom controle glicêmico, prática de exercícios físicos, acompanhamento médico e informações constantes sobre DM. Portanto, por mais que todos os indivíduos

tenham relatado mudança nos hábitos alimentares após o diagnóstico de DM, não é algo que atrapalhe a vida dos mesmos de forma exorbitante.

Durante as entrevistas, o conceito da própria entrevistadora sobre QV, o que melhora e piora e até mesmo se a DM ou outras doenças interferem na QV foram se transformando, ocorrendo assim, uma mudança de paradigma, percebendo que o tal conceito é questão de opinião e de como se encara a vida. E para um idoso, muitas vezes, por causa da maturidade avançada, lidar com dificuldades pode não ser tão difícil quanto para outras faixas etárias.

O enfermeiro, especialmente, na equipe interdisciplinar, tem papel educador e deve conhecer as especificidades envolvidas na vida do idoso com DM para realizar atividades que preconizem a educação em saúde, para que seja realizado o empoderamento dos idosos com DM por meio de informações sobre a doença, acompanhamento regular, tratamentos possíveis, fatores de risco e de proteção para pessoas com DM, transformando-o em agente de sua própria saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Modelo de cloridrato de metformina. **Aurobindo Pharma Indústria Farmacêutica Ltda**, 2015. Disponível em: www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8889882015&pIdAnexo=2884840. Acesso em: 24 jul. 2017.

ALVES, E.R.P. et al. Qualidade de vida: percepção de idosos de uma unidade de saúde da família. **Rev Enfm UFSM**, v.2, n. 3, p. 487-495. set/dez. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/5240>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília, DF: 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: 13 nov. 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. 2009. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

CAMPOLINA, A.G., DINI, P.S., CICONELLI, R.M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2919-2925, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/29.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, Oct. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso>. access on 01 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>.

CHAVES, M.O.; TEIXEIRA, M.R.F.; SILVA, S.É.D. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da enfermagem. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 215-221, Abril. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2015.

DULLIUS, J. **Doce Desafio**: Programa Diabetes, Educação em Saúde e Atividades Físicas Orientada. Disponível em: < <http://www.docedesafio.org.br/index.php/acoesidd/programa-doce-desafio>>. Acesso em: 15 out. 2015.

KUCHEMANN, B. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, abr. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2016.

LERÁRIO, A.C. Particularidades do tratamento do paciente diabético idoso. Capítulo 09. In: **e-book 2.0: Diabetes na prática clínica**, Sociedade Brasileira de Diabetes. 2014. Disponível em: www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/60-particularidades-do-tratamento-do-paciente-diabetico-idoso. Acesso em: 21 jun. 2017.

LIMA, A.P.; PEREIRA, D.A.G.; ROMANO, V.F. Perfil sócio-demográfico e de saúde de idosos diabéticos atendidos na atenção primária. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 39-46, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/9911/5813>. Acesso em: 21 jun. 2017.

MARTINS, H. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.30, n.2, p. 289-300, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07>. Acesso em: 15 out. 2016.

MOTA, J.M.S. et al. Redução de ansiedade com grupo de diabéticos: interfaces físicas e psicológicas de uma intervenção. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora, v. 9, n. 2, p. 312-323, dez. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202016000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 24 jul. 17.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo: 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-16052005-112538/pt-br.php>. Acesso em: 29 nov. 2015.

PASKULIN, L.G. et al. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 101-107, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3070/307026617010/>>. Acesso em: 29 nov. 2015.

PAULO, T. et al. O exercício físico funcional para idosos institucionalizados: um novo olhar para as atividades da vida diária. **Estud. interdiscip. envelhec.** v. 17, n. 2, p. 413-427, dez. 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/24211/25392>. Acesso em 27 nov. 2016.

PEREIRA, E.F., TEIXEIRA, C.S, SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, Junho 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2015

PORTAL BRASIL. Ciência e Tecnologia. **População idosa no Brasil cresce e diminui número de jovens, revela Censo**. Jul. 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2011/04/populacao-idosa-no-brasil-cresce-e-diminui-numero-de-jovens-revela-censo>. Acesso em: 29 nov. 2015.

PORTAL DA SAÚDE – SUS. **Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis**. Agosto 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>. Acesso em: 29 nov. 2015.

PORTUGAL, F. B. et al. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 497-508, Fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000200497&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2015.

RODRIGUES, F.F.L. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul. Enferm.** v. 25, n. 2, p. 284-290. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200020>. Acesso em: 20 jul. 2017.

ROSSANEIS, M.A. et.al. Diferenças entre mulheres e homens diabéticos no autocuidado com os pés e estilo de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02761.pdf. Acesso em: 17 jul. 2017.

SANTOS, P.M. et. al. Atividades no lazer e qualidade de vida de idosos de um programa de extensão universitária em Florianópolis (SC). **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, Pelotas/RS, v. 19, n. 4, p.494-503, Jul/2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/3254/pdf200>. Acesso em: 24 jul. 2017.

SEILDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.D. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituas e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004. Disponível em: <http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/seidl-zannon-2004.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

SENA, I.B.; NOBRE, J.R.S.; COMPARIN, K.A. Envelhecimento e diabetes: a percepção do diabético tipo II. **FIEP Bulletin**, v. 81, Special Ed. Art. II, 2011. Disponível em: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/123456>. Acesso em: 23 jun. 2017.

SILVA, D.H.M. Caracterização dos portadores de diabetes mellitus internados em um hospital universitário do Distrito Federal. **BDM UNB**. Dez 2014. Disponível em:

<bdm.unb.br/bitstream/10483/10805/1/2014_DilzaHollandMartinsSilva.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **2015-2016 Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes**. GEN: 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. **Tipos de Diabetes**. 2017. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/tipos-de-diabetes>. Acesso em: 24 jul. 2017.

SONATI, J.G. et al . Análise comparativa da qualidade de vida de adultos e idosos envolvidos com a prática regular de atividade física. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 731-739, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000400731&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2017.

TESTON, E.F.; SALES, C.A.; MARCON, S.S. Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e20170043, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200214&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 20 nov. 2016.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista**Dados sociodemográficas**

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridade:

Ocupação atual:

Renda pessoal:

Renda familiar:

Bairro:

Quantidade de pessoas com quem mora:

Transporte que utiliza para ir ao Projeto Doce Desafio:

Transporte do dia-a-dia:

Dados relacionados à diabetes

Há quanto tempo tem diabetes?

Faz uso de insulina? Há quanto tempo? Qual tipo? Qual a dosagem? Quem aplica?

Faz rodízio de aplicação da insulina?

Há quanto tempo frequenta do PDD?

Dados relacionados à qualidade de vida

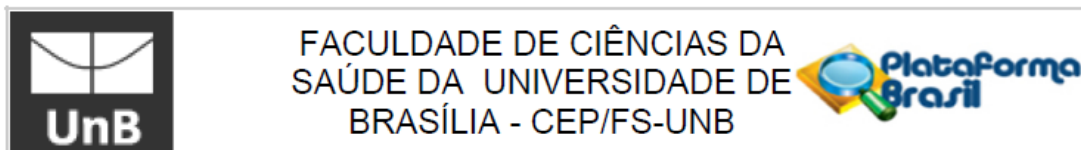
Para o(a) Sr(a). o que é qualidade de vida?

O que o (a) Sr (a). considera que melhora sua QV?

Qual(is) fator(es) o(a) Sr(a). acredita que prejudique sua QV?

Ter diabetes interfere na sua QV? Por quê?

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de portadores de diabetes maiores de 60 anos sobre sua qualidade de vida

Pesquisador: Keila Cristianne Trindade da Cruz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55520916.7.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.601.210

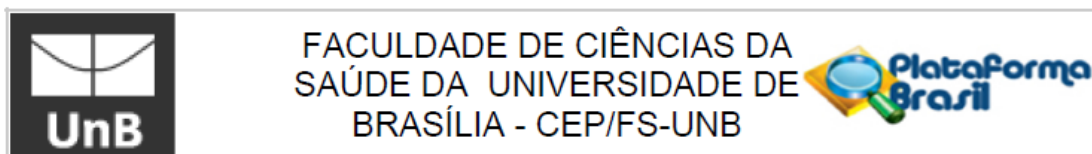
Apresentação do Projeto:

“O Brasil vive uma mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população com um aumento expressivo na quantidade de pessoas com mais de 60 anos no país. Com o aumento da expectativa de vida, o índice de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem aumentado ano após ano. O Diabetes Mellitus (DM) se destaca entre as DCNT, é uma doença que quando não controlada, pode ser degenerativa e com grandes prejuízos

para a saúde dessa população interferindo em sua qualidade de vida (QV). Qualidade de vida é um constructo social complexo, multidimensional e subjetivo, que leva em consideração a opinião pessoal de cada indivíduo em determinado momento de sua vida. QV tem sido considerado um indicador de saúde, tanto na prática clínica, quanto em pesquisas científicas na área da saúde, sendo utilizada para avaliar e estimar desfechos de

pesquisas, efeitos de intervenções, além do impacto no bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo. A enfermagem tem papel crucial na promoção, prevenção e manutenção da saúde, visto isso, é pertinente a participação em atividades que promovam esses princípios, visando o empoderamento e autonomia das pessoas atendidas. Assim o presente estudo tem como objetivo identificar a percepção de idosos diabéticos acerca de sua QV, verificar fatores que melhoram ou pioram a QV destes participantes. Trata-se de um estudo qualitativo. A coleta de dados se dará

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.601.210

por meio de entrevistas com idosos participantes de uma iniciativa que preconiza educação em saúde e promove atividades físicas com sujeitos com DM, utilizando um roteiro semi-estruturado com perguntas relacionadas a dados sociodemográficos, de saúde e de QV. As entrevistas serão gravadas e posteriormente descritas. Para análise dos dados será considerado a análise de conteúdo das entrevistas realizadas. Os resultados esperados do presente estudo são o de possibilitar conhecer a QV desses sujeitos de forma a potencializar as atividades já realizadas por eles no programa em questão, como também planejar e desenvolver ações que promovam o bem estar e a QV do idoso. Palavras-chave: Qualidade de vida; Enfermagem; Diabetes Mellitus.”

“Hipótese: “Não se aplica.”

Metodologia Proposta:

“Trata-se de um estudo qualitativo com os idosos participantes do PDD. A metodologia qualitativa envolve, de modo geral, a análise de micro processos, envolvendo grupos e/ou indivíduos específicos. Realiza uma análise intensiva dos dados, tratando o contexto de forma holística, sobre um determinado assunto tratado pelo pesquisador. Todavia, a pesquisa qualitativa tem questões complexas como a aproximação dos dados. Para melhor compreender e interpretar os resultados obtidos, é necessário tabulá-los da forma mais completa possível. A flexibilidade é uma característica intrínseca da pesquisa qualitativa, pois os métodos podem se adequar a necessidade existente do projeto (MARTINS, 2004). A coleta de dados se dará por meio de entrevista com o idoso. Inicialmente serão realizadas perguntas referentes à caracterização demográfica e de saúde dos idosos. Em seguida serão realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado contendo perguntas referentes a dados sociodemográficos e de saúde e as seguintes perguntas: “Para o(a) Sr(a). o que é qualidade de vida?” “O que o(a) Sr (a). considera que melhora sua QV?” e “Qual(is) fator(es) o(a) Sr(a). acredita que prejudique sua QV?”. 3.2 Local de realização da pesquisa: O estudo será realizado dentro do Campus da Universidade de Brasília, no Centro Olímpico, onde acontece o Programa Doce Desafio (PDD), que trabalha com diabetes, educação em saúde e atividades físicas orientadas. O PDD é gratuito, funciona todas as segundas, quartas e sextas-feiras, nos horários de 8 às 10 horas da manhã, e de 14 às 16 horas da tarde. Neste local são acolhidas pessoas recém diagnosticadas e com anos de DM, que contam com um acompanhamento contínuo, com apoio psicológico, interação em grupo, educação sobre diabetes e exercícios físicos com orientação. A rotina diária do PDD consiste na chegada de pessoas com DM ao local, aferição da pressão arterial e verificação da glicemia capilar. Posteriormente, são encaminhadas para a

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.601.210

realização de atividades físicas direcionadas e educação em saúde, com o intuito de colaborar no controle glicêmico, depois das práticas corporais e informações sobre o tema, são aferidos novamente pressão arterial e glicemia, para verificar os resultados (PDD,2015). 3.3 População do estudo: Serão convidados a participar do presente estudo os idosos frequentadores do Programa Doce Desafio. As entrevistas serão realizadas respeitando a privacidade de cada participante. Para confirmação das informações sobre a identificação dos participantes da pesquisa, poderão ser consultados os prontuários de registros do PDD. A coleta de dados prosseguirá até a obtenção de saturação das informações pela entrevistadora. 3.4 Critérios de inclusão: Os critérios de inclusão na amostra serão: ter DM e participar do PDD, ter 60 anos ou mais e aceitar participar da pesquisa assinando o TCLE (Apêndice 1). 3.5 Instrumento de pesquisa: A coleta de dados se dará por meio de entrevista com o idoso. Inicialmente serão realizadas perguntas referentes à caracterização demográfica e de saúde dos idosos. Em seguida serão realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado (Apêndice 2) que compreende perguntas referentes a dados sociodemográficos e de saúde e sobre qualidade de vida, visando buscar informações sobre o que é para esse idoso a "qualidade de vida, fatores que melhoram e pioram essa QV. As entrevistas serão realizadas respeitando a privacidade de cada participante. Para confirmação das informações sobre a identificação dos participantes da pesquisa, poderão ser consultados os prontuário de registros do PDD. 3.6 Análise de dados: As entrevistas serão realizadas com os idosos até a obtenção da saturação das informações. As entrevistas serão gravadas e posteriormente descritas. Para análise dos dados será considerado a análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

Critério de Inclusão: ter DM e participar do PDD, ter 60 anos ou mais e aceitar participar da pesquisa assinando o TCLE ”.

Objetivo da Pesquisa:

“Objetivo geral: Identificar a percepção de idosos diabéticos acerca de sua qualidade de vida.”

Identificar o significado de QV para os diabéticos participantes do Programa Doce Desafio na Universidade de Brasília.

- Verificar fatores que melhoram a QV desses participantes.
- Identificar fatores que prejudiquem a QV desses participantes.
- Verificar a influência da diabetes na QV desses participantes

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.601.210

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

“De acordo com a pesquisadora:

“Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são o de possível desconforto ou constrangimento durante o questionário que tentarão ser amenizados garantindo o completo sigilo do pesquisador. ”

“Benefícios: e os benefícios giram em torno da contribuição para a melhoria da assistência prestada aos pacientes na unidade. ”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se projeto de conclusão de curso do Curso de Graduação de Enfermagem sob a responsabilidade da Professora Keila Cristianne Trindade da Cruz. Trata-se de um estudo qualitativo. A coleta de dados se dará por meio de entrevistas com idosos participantes de uma iniciativa que preconiza educação em saúde e promove atividades físicas com sujeitos com DM, utilizando um roteiro semi-estruturado com perguntas relacionadas a dados sociodemográficos, de saúde e de Qualidade de Vida (QV). As entrevistas serão gravadas e posteriormente descritas. Para análise dos dados será considerado a análise de conteúdo das entrevistas realizadas. Os resultados esperados do presente estudo são o de possibilitar conhecer a QV desses sujeitos de forma a potencializar as atividades já realizadas por eles no programa em questão, como também planejar e desenvolver ações que promovam o bem estar e a QV do idoso. O tamanho amostral de 20 participantes. O cronograma de execução do projeto apresenta previsão para coleta de dados entre 04/07/2016 à 28/10/2016 e término em 30/06/2017. O orçamento financeiro que consta na Plataforma Brasil apresenta valor de R\$ 1600,00 - referente a material de escritório e os gastos com o deslocamento. Será custeado por recursos próprios do pesquisador responsável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos que compõem o processo:

1. Informações básicas do projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_697591.pdf", postado em 27/04/2016.
2. Folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e com assinatura e carimbo da Profª. Maria de Fátima de Sousa Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde-UnB, como instituição proponente - "Folhaderosto.pdf " postado em 20/04/2016;
3. Carta de encaminhamento ao CEP/FS, assinada pela pesquisadora responsável informando tratar-se de projeto de conclusão de curso do Curso de Graduação em Enfermagem da FS –

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.601.210

- documento assinado - "Cartadeencaminhamento.pdf", postada em 20/04/2016;
4. Termo de responsabilidade e compromisso de ciência e cumprimento da Res. CNS 466/2012, assinada pelo pesquisadora responsável – documento assinado "Termoderesponsabilidadeecompromisso", postada em 27/04/2016;
 5. Modelo TCLE - documento editável "TCLE.doc", postado em 25/01/2016;
 6. Modelo Termo de autorização de Imagem e Som: "TermoAutorizImagemSom.pdf" 20/04/2016;
 7. Projeto detalhado - versão editável " Projeto de Pesquisa enviado ao CEP.docx ", postado em 27/04/2016;
 8. Planilha orçamentária, no valor total de R\$ 1600,00 referente a material de escritório e transporte. "Planilha.pdf", postada em 27/04/2016;
 9. Termo de concordância da Coparticipante-assinado pelo Diretor da Faculdade de Educação física, Prof. Jake Carvalho do Carmo e a coordenadora do Programa Doce desafio, Profª. Jane Dullius, autorizando a realização pesquisa – "Termoconcordanciadeinstitcoparticipante.pdf", postado em 27/04/2016.

Documentos anexados ao projeto após parecer nº 1.550.499, de 25.05.2016.

1. Carta resposta pendência do parecer: arquivo "cartaencaminhamento.docx", postado em 08.06.2016. Carta resposta elencando as alterações realizadas pela pesquisadora responsável. Documentação em conformidade com solicitações deste CEP.
2. Projeto detalhado: o arquivo "Projeto de Pesquisa enviado ao CEP 0806.docx", postado em 08.06.2016, apresenta as adequações solicitados por este comitê.
3. I n f o r m a ç õ e s b á s i c a s d o p r o j e t o "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_697591.pdf" atualizado postado em 08.06.2016.
4. Modelo de TCLE: arquivo "TCLE.pdf" postado em 08.06.2016 com as correções solicitadas pelo o comitê.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.601.210

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no parecer nº 1.560.654, de 25.05.2016:

Pendência 1: Quanto ao arquivo editável "TCLE.pdf", postado em 27/04/2016, solicita-se:

1.1 Retirar restrição de horário para contato;

ANÁLISE: A pesquisadora informa que foi "RETIRADO CONFORME SUGESTÃO TCLE ANEXO NO TEXTO QUANTO DO ARQUIVO TCLE". PENDÊNCIA ATENDIDA

1.2 Disponibilizar a possibilidade de realização de ligação a cobrar;

ANÁLISE: A pesquisadora relata que "ALTERAÇÃO ENCONTRA-SE NA PÁGINA 15, 3º PARÁGRAFO, LINHA 6, GRIFADO EM AMARELO". No arquivo "TCLE.pdf" postado em 08.06.2016, Lê-se "Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Profa. Dra. Keila Cristianne Trindade da Cruz (orientadora) da Universidade de Brasília no telefone (61) 99558-5858 (com disponibilidade para ligação a cobrar) ou contato por meio do e-mail keilactc@unb.br". PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.3 Disponibilizar e-mail para contato com o pesquisador responsável.

ANÁLISE: A pesquisadora informou "ALTERAÇÃO ENCONTRA-SE NA PÁGINA 15, 3º PARÁGRAFO, LINHA 7, GRIFADO EM AMARELO". No arquivo "TCLE.pdf" postado em 08.06.2016, Lê-se "Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Profa. Dra. Keila Cristianne Trindade da Cruz (orientadora) da Universidade de Brasília no telefone (61) 99558-5858 (com disponibilidade para ligação a cobrar) ou contato por meio do e-mail keilactc@unb.br". PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



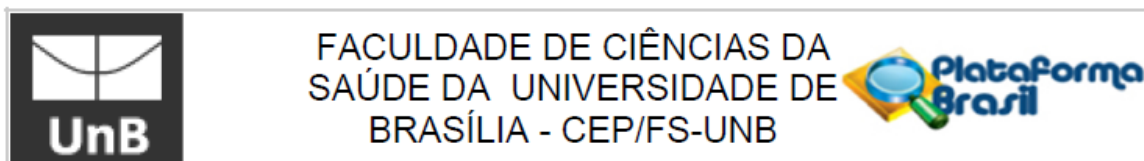
Continuação do Parecer: 1.601.210

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_697591.pdf	08/06/2016 10:50:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa enviado ao CEP 0806.docx	08/06/2016 10:49:46	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	carta encaminhamento.pdf	08/06/2016 10:48:57	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	carta encaminhamento.docx	08/06/2016 10:48:32	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/06/2016 10:47:22	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/06/2016 10:47:03	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa enviado ao CEP.docx	27/04/2016 11:34:32	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	Termo Concord Coparticip.doc	27/04/2016 11:32:51	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	Termo concordância de instit coparticipante.pdf	27/04/2016 11:15:43	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	Planilha.pdf	27/04/2016 11:11:07	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	Termo de responsabilidade e compromisso.pdf	27/04/2016 11:09:12	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	Termo Autoriz Imagem Som.pdf	20/04/2016 16:36:24	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	Termo Autoriz Imagem Som.doc	20/04/2016 16:35:02	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	Curriculo Grazielle.docx	20/04/2016 16:31:46	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	curriculo Keila.pdf	20/04/2016 16:29:37	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	Termo de concordância.pdf	20/04/2016 16:06:21	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	Termo de Concordância.doc	20/04/2016 16:04:37	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Outros	Termo Resp Comprom Pesq.doc	20/04/2016 15:46:03	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	20/04/2016 15:19:33	Keila Cristianne Trindade da Cruz	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.601.210

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 21 de Junho de 2016

Assinado por:

**Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)**

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

ANEXO B - Formatação segundo Revista de Enfermagem UFPE On Line



Informações Gerais e Normas para Publicação

A REUOL está indexada no Sumários de Revistas Brasileiras: <http://www.sumarios.org/listarRevista.php>, na Biblioteca Virtual de Enfermagem [BVE]: <http://www.bve.org.br/>, no Directory of Open Access Journals [DOAJ]: <http://www.doaj.org/doaj>, e no Sistema Latindex: <http://www.latindex.unam.mx/larga.php?opcion=1&folio=17211>

Está cadastrada no Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas [SEER] na *homepage* do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT): <http://seer.ibict.br/>, na Biblioteca da Universidade Católica de Brasília: http://marakatu.ucb.br/biblioteca/php/pub_online1.php?codBib=&codObra=%2C&lista=E bem como no Conselho Regional de Santa Catarina: <http://www.coren-sc.org.br/>

A REUOL adota os << Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas >>, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – Estilo Vancouver – como normas para publicação de artigos, disponível nos sites: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Para a 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.

A publicação da REUOL é trimestral, compondo-se de um volume com quatro números que constará obrigatoriamente das datas de recebimento, da versão final de reapresentação e de aprovação no final dos manuscritos. O número máximo para uma edição é de 15 manuscritos. Caso ultrapasse, os excedentes serão publicados na edição posterior. Os manuscritos originais terão prioridades diante dos demais, devendo ocupar 75% das páginas publicadas. Em seguida, os de revisão de literatura sistemática e relato de casos clínicos.

Os manuscritos serão aceitos para avaliação quando enviados exclusivamente via eletrônica: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem>.

Quando da submissão dos manuscritos, em Metadados da Submissão devem constar todos os autores que por ventura estejam mencionados como << autor >>. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito e não do Editor.

Ressalta-se que os manuscritos são previamente apreciados pelo Editor no que se refere à adequação dos textos às normas de formatação e estrutura e, se considerados adequados, serão

encaminhados para dois/três consultores. Entretanto, os que deixarem de cumpri-las, por incompletude ou inadequação, serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito e à conveniência de publicação pelos avaliadores. O processo de avaliação utiliza o sistema de *blind review*, preservando a identidade dos autores e consultores. O prazo de devolução para os pareceres é, no máximo, 15 dias, quando é aceita a realização da avaliação.

De posse dos pareceres emitidos, o Editor os encaminham para os autores. Os manuscritos aceitos sob condição serão retornados aos autores para alterações necessárias. Quando couber, os autores deverão realizar as modificações sugeridas em prazo máximo de 15 dias.

Por sua vez, reserva-se a exclusividade os manuscritos que forem aceitos para publicação na REUOL. A esse respeito, é tão somente a não permissão de sua apresentação simultânea total, em parte ou traduzida a outro periódico de natureza virtual ou impressa, com exceção de resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas.

A publicação de manuscritos que envolvam seres humanos estará condicionada ao cumprimento dos princípios éticos acordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, descritos no último parágrafo da seção Métodos, com o nome e número do protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa [CEP], bem como o processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes.

Em se tratando de investigações que envolvam órgãos e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, devem ter o consentimento por escrito do paciente ou responsável. No material ilustrativo o paciente não deve ser identificado, não devendo aparecer nomes ou iniciais.

Deve ser enviada cópia de aprovação do projeto de pesquisa no CEP e da autorização do paciente ou responsável para publicação. Caso contrário, uma justificativa deverá ser encaminhada ao Editor que o analisará e tomará a decisão pelo aceite ou não do manuscrito. Com isto feito isenta-se a REUOL de encargos judiciais ou de responsabilidade pelos mesmos, caso venha a ocorrer.

Investigações que envolvam animais deverão ser aprovadas na Comissão de Ética em Experimentação Animais [CEEA], em conformidade com as normas éticas elaboradas pelo Colégio Brasileiro de Experimentação Animal [COBEA] e pela legislação em vigor [Lei de Crimes Ambientais No. 9605 de 12/02/1998, Art. 32; Regulamentação da Lei de Crimes Ambientais – Decreto 3.179 de 21/09/1999, Art. 17], visando à responsabilidade de proteger e promover o bem-estar dos animais usados. Enviar cópia da aprovação do CEEA.

Categorias de manuscritos

- **Artigos originais** – são caracterizados como a finalização de várias etapas da pesquisa científica.
- **Artigos de revisão de literatura** – são conhecidos como “reviews” e dividem-se em dois tipos fundamentais:
 - a) **Revisão anual**, contendo a descrição ampla das contribuições da literatura em determinada área de estudo.
 - b) **Revisão sistemática** – avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, de modo a conter uma análise comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa e devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados para a revisão, como as estratégias de busca, seleção e avaliação dos artigos, esclarecendo a delimitação e limites do tema.
- **Atualização** – são trabalhos descritivos e interpretativos com base na literatura recente sobre a situação global em que se encontre determinado assunto investigativo.
- **Resumos de teses e dissertações**, apresentadas e aprovadas.
- **Relato de casos clínicos** – é um importante meio de disseminação do conhecimento referente aos aspectos clínico-patológicos de um tema científico. Novas técnicas, terapias, diagnósticos, patologias,

materiais e soluções inovadoras para problemas especiais, fenômenos anatômicos e fisiológicos, são exemplos a serem relatados. As ilustrações são fundamentais nos artigos dessa natureza [radiografias, fotos, desenhos, dentre outras].

- **Notas prévias** – estruturas que têm a função de publicar rapidamente alguma informação sobre resultados importantes alcançados com a pesquisa e/ou apenas para garantir a propriedade intelectual por meio do registro da informação.

- **Artigos informativos** – são relatos de estudos avaliativos, originais, de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a saúde, resultados de investigação, aplicação de técnica ou com base em teoria.

- **Temas livres** – formas livres de contribuição científica, devendo ter como característica básica uma abordagem crítica, criativa, desvelando o tema ou revelando nova perspectiva de visão sobre o tema, que leve o leitor, por sua vez, à reflexão e/ou análise crítica sobre o tema em análise.

- **Cartas ao editor** – são comentários, discussões ou críticas a artigos recentes, publicados na REUOL, relatos de pesquisa originais ou achados científicos significativos. Sua extensão limita-se a duas páginas e as referências são limitadas a cinco.

Quanto à redação

Os manuscritos devem ser redigidos em linguagem clara e objetiva, mantendo-a adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente.

Quanto à autoria

O conceito de autoria fundamenta-se na contribuição de cada pessoa listada como autor, no que se refere, sobretudo à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e discussão dos resultados, redação e revisão crítica. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção << Agradecimentos >>.

Quanto ao processo de julgamento de manuscritos

Ao receber o manuscrito o editor considerará o cumprimento das normas e da política editorial da REUOL. Não sendo aprovado nessa fase, o autor será comunicado para realizar as adequações necessárias. Aprovado nesta fase será encaminhado para dois/três membros da Equipe Editorial de reconhecida competência na temática abordada para emitirem o parecer: aceitando, aceitando, mas recomendando modificações, e, por fim, recusando a publicação. O anonimato é garantido durante o processo de julgamento.

Diante dos pareceres emitidos o editor os encaminham aos autores. Os manuscritos aceitos sob condição serão retornados aos autores para alterações necessárias. Quando couber, os autores deverão realizar as modificações sugeridas em prazo de 15 dias.

Os manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo manuscrito, iniciando outro processo de julgamento.

A versão final do manuscrito, contendo as alterações solicitadas pelos consultores, será avaliada pelo Editor, que tomará a decisão final acerca da publicação ou da solicitação de novas alterações.

Após apreciação do Editor, os autores serão comunicados sobre a decisão, indicando a data prevista, o volume e o número da Revista no qual o artigo será publicado.

No caso de aceitação para publicação, os Editores de Layout reservam-se no direito de introduzir alterações para efeito de padronização, conforme os parâmetros editoriais da Revista e dos Requisitos Uniformes Estilo Vancouver.

Elaboração dos manuscritos

• Da formatação

Os manuscritos devem ser produzidos em editor de texto word 7.0 (ou versão inferior) com:

- a) 20 páginas (máximo), excluindo-se: página de rosto, resumo, abstract, resumen (todos com descritores), agradecimentos e referências (Estilo Vancouver), digitadas em uma só face, em papel tamanho A4.
- b) fonte Trebuchet MS, justificado, tamanho 12, espaço 2,0 linha em todo o texto (há exceções para tabelas e citações).
- c) páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação.
- d) margens laterais, superiores e inferiores de 2,0 cm cada.
- e) Nos resumos, usar em destaque: **objetivo, métodos, resultados, conclusão, seguido do sinal de : e o texto em seguida. Não usar os termos: palavras-chave, keywords e palabras-llave. Usar: descritores, descriptors e descriptores, respectivamente.** Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Não deve exceder 250 palavras. Ressalta-se que os itens observados se adequarão à natureza do estudo qualitativo, quando for pertinente.
- f) Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos.
- g) Utilizar apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto.
- h) Os títulos e subtítulos devem ser identificados com negrito e letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Nos subtítulos não usar numeração nem no final o sinal de : . O texto deve ser escrito abaixo.
- i) Não usar rodapé ou cabeçalhos.
- j) As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Não usar o termo << bibliográficas >>.
- l) Recomenda-se o uso de parágrafos de 1,25 cm ou um TAB.

• Da estrutura

Os manuscritos enviados devem ser redigidos de acordo com regras gramaticais de cada idioma, bem como obedecendo a seguinte estrutura:

- a) **Página de rosto** – Título do artigo que deve ser centralizado e somente a primeira letra em maiúscula; versão do título nos idiomas inglês e espanhol. Na versão em que o manuscrito seja em espanhol ou francês, deverá ser apresentado no idioma inglês, inclusive.

Abaixo do título, justificado:

- 1) Nome completo do(s) autor(es), titulação e instituição a que pertence(m) e e-mail.
- 2) Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável de correspondência.
- 3) Tipo de auxílio e nome da agência financiadora, se convier.
- 4) Se baseado em tese, dissertação ou monografia: título, ano e instituição onde foi apresentada. Tanto os nomes do orientador e do co-orientador deverão constar como autor, também.

b) Resumos – devem ser apresentados em português, inglês e espanhol. O estilo deve ser o narrativo, no máximo com 250 palavras. Devem ser destacados os termos: **objetivo**, **métodos**, **resultados**, **conclusões**, seguido do sinal de : e o texto em seguida. Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Não deve exceder 250 palavras. Ressalta-se que os itens observados se adequarão à natureza do estudo qualitativo, quando for pertinente.

Na versão em que o manuscrito for escrito em Espanhol ou Francês, apresentar o abstract; na versão em que for em Inglês, o resumen. Em todos devem estar os descritores, descriptors e descriptores, respectivamente.

Descritores: Indicar de três a cinco termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, traduzido do *Medical Subject of Health – MeSH*, e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingüe, na página URL: <http://decs.bvs.br>. Se não forem encontrados descritores disponíveis para a temática do assunto, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Tese e Dissertação – Enviar o resumo, o abstract e o resumen.

c) **Texto** – os textos de manuscritos originais e de revisão de literatura sistemática devem apresentar: 1) introdução; 2) objetivo/s; 3) métodos; 4) resultados; 5) discussão; 6) conclusão; 7) agradecimentos (opcional); 8) referências (Estilo Vancouver).

O texto de manuscritos de revisão de literatura anual não obedece a esquema rígido de seções. Sugere-se uma breve introdução, em que o(s) autor(es) explica(m) qual a importância da revisão para a prática, à luz da literatura, síntese dos dados, que deve apresentar todas as informações pertinentes, e conclusão, que deve relacionar as idéias principais da revisão com as possíveis aplicações.

As demais categorias terão estrutura textual livre, devendo, entretanto, serem observadas: 1) introdução; 2) objetivo/s; 3) métodos; 4) resultados; 5) discussão; 6) conclusão; 7) agradecimentos (opcional); 8) referências (Estilo Vancouver).

O texto deve conter as seguintes seções:

Introdução – deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, fornecendo referências estritamente pertinentes.

Métodos – devem descrever o tipo de estudo, a população, a amostra, os critérios de seleção da amostra, o instrumento de coleta de dados, os procedimentos para a coleta e análise dos dados.

Em se tratando de investigações envolvendo seres humanos, necessariamente não deve estar explícito o cumprimento dos princípios de pesquisa envolvendo seres humanos, com a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes, bem como o nome do Comitê de Ética em Pesquisa no qual o projeto de pesquisa foi aprovado com o respectivo número de protocolo.

Para os autores brasileiros, a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, deve ser considerada: Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CIIS – Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p.; para os estrangeiros, a Declaração de *Helsinki*, disponível na página UR: <http://www.wma.net>.

Resultados – devem descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações e o texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras.

Tabelas – devem ser elaboradas para reprodução direta, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 10 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título.

Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

Ilustrações – fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados **Figuras**. Devem ser elaborados para reprodução direta, inseridos no texto, em preto e branco, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto.

Citações – No texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto.

As citações diretas até três linhas inclui-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: ^{13:4} (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 11 e parágrafo simples (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data.

• **Depoimentos:** na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses.

Acho que não faz sentido avaliar este trabalho de modo que não comprometa a idoneidade dos autores assim como a identificação de cada um. (Davidson)

As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios devem ser separados por vírgula. Não citar os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente são permitidos os nomes quando estritamente necessário, por motivos de ênfase.

Quando da citação no texto de mais de um autor, no caso de dois, citam-se ambos usando a conjunção << e >>; se forem três ou mais, cita-se o primeiro autor seguido da expressão << et al. >>; deve-se evitar citação da citação, mas quando ocorrer deve ser utilizada a expressão << apud >>. Não utilizar os termos op. cit, id. Ibidem.

Discussão – deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo.

Conclusão – relacionar as conclusões com os objetivos do trabalho, evitando assertativas não apoiadas pelos achados e incluindo recomendações, quando pertinentes.

Agradecimentos – devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material, dentre outros.

Referências – as referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Devem ser ordenadas alfabeticamente, com base no último sobrenome do autor principal.

Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, sendo que apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto. Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina << et al >>.

Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

Em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o *Vancouver*.

Para apresentação das referências, devem ser adotados os critérios do *International Committee of Medical Journal Editors* disponíveis no site http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Para a 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.

Erratas: os pedidos de correção deverão ser encaminhados num prazo máximo de 30 dias após a publicação do periódico.

• Exemplos de referências

Artigos de periódicos – orientações:

- Somente a 1ª letra do título do artigo do periódico ou do livro deve estar em maiúscula;
- Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela lista de abreviaturas de periódicos do *Index Medicus* (base de dados *Medline*), que pode ser consultado no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano.
Exemplos: *N Engl J Med.*, *Neurology*.
- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.
Exemplos: *Femina.*, *Rev Bras Reumatol.*, *Rev Bras Hipertens*.
- Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais.
Ex: p. 320-329; usar 320-9
- Denominamos número (fascículo) a identificação da seqüência do volume, sendo que o algarismo fica entre parênteses. Ex.: 347(4).
- Periódico com paginação contínua em um volume: mês e número podem ser omitidos (opcional). Ex.: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7.

*Autor(es) (pessoa física) – de um até seis autores

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo.

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

*Autor(es) (pessoa física) – mais de seis autores

Seis primeiros autores do artigo, colocar a expressão “et al”. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número): página inicial-final do artigo.

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;935(1-2):40-6.

***Organização(ões) como autora(es)**

Organização(ões). Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume(número): página inicial-final do artigo.

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

***Autor(es) (pessoa física) e organização(ões) como autores**

Autor(es) (pessoa física); Organização(ões). Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume(número): página inicial-final do artigo.

Vallancien G, Emberton M, Harving II, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol*. 2003;169(6):2257-61.

Livros e outras monografias – orientações:

- Na identificação da cidade da publicação, a sigla do estado ou província pode ser também acrescentada entre parênteses. Ex.: Berkeley (CA); e quando se tratar de país pode ser acrescentado por extenso. Ex.: Adelaide (Austrália);
- Quando for a primeira edição do livro, não há necessidade de identificá-la;
- A indicação do número da edição será de acordo com a abreviatura em língua portuguesa. Ex.: 4ª ed.
- "Editor" é um termo em inglês que se refere ao editor literário.

***Autor(es) pessoal(is)**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (Editora). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4ª ed. St. Louis: Mosby; 2002.

***Editor(es), compilador(es) como autor(es)**

Autor(es) do livro, indicação correspondente. Título do livro. Edição (Editora). Cidade: Editora; Ano de publicação.

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editores. *Operative obstetrics*. 2ª ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

***Autor(es) e editor(es)**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (Editora). Nome(s) do(s) editor(es) com a indicação correspondente. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Breedlove GK, Schorfheide AM. *Adolescent pregnancy*. 2ª ed. Wicczorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

***Organização(ões) como autora(es)**

Organização(ões). Título do livro. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia): Adelaide University; 2001.

***Capítulo de livro**

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. "In": nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (Editora). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo.

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

***Anais de congresso**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho. Título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Hamden P, Joffe JK, Jones WG, editores. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

***Apresentação em congresso**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. "In": editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: *Proceedings* ou Anais do ... título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do trabalho.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

*** Tese, dissertação e trabalho de conclusão de curso**

Autor. Título do trabalho [tipo do documento]. Cidade de publicação: Editora; Ano de defesa do trabalho.

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Tannouri AJR, Silveira PG. Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica, 2005.

***Artigo de jornal**

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

*Material audiovisual

Autor(es). Título do material [tipo do material]. Cidade de publicação: Editora; ano.

Chason KW, Sallustio S. Hospital preparedness for bioterrorism [vídeo cassete]. Secaucus (NJ): Network for Continuing Medical Education; 2002.

*Artigo não publicado (no prelo)

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Indicar no prelo e o ano provável de publicação após aceite.

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. No prelo 2002.

*Material eletrônico (cd-rom, dvd, disquete...)

Autor(es). Título [tipo do material]. Cidade de publicação: Produtora; ano.

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

*Artigo de periódico em formato eletrônico

Autor do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado [periódico na Internet]. Data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]; volume(número): [número de páginas aproximado]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [periódico na Internet]. 2002 Jun [acesso em 2002 Aug 12];102(6):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

*Monografia na internet

Autor(es). Título [monografia na Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

Foley KM, Gelband H, editores. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

*Homepage

Autor(es) da homepage (se houver). Título da homepage [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data(s) de registro* [data da última atualização com a expressão "atualizada em"; data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

* a data de registro pode vir acompanhada da data inicial-final ou com a data inicial seguida de um hífen (-) indicando continuidade.

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

***Parte de uma homepage**

Autor(es) da *homepage* (se houver). Título [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data(s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em”; data de acesso com a expressão “acesso em“]. Título da parte da *homepage*; [número aproximado de telas]. Endereço do *site* com a expressão “Disponível em:”.

American Medical Association [homepage na Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [atualizada em 2001 Aug 23; acesso em 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

***Base de dados na internet**

Autor(es) da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data(s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em” (se houver); data de acesso com a expressão “acesso em“]. Endereço do *site* com a expressão “Disponível em:”.

Who's Certified [base de dados na Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 - [acesso em 2001 Mar 8]. Disponível em: <http://www.abms.org/newsearch.asp>

Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). c1999 [atualizada em 2001 Nov 20; acesso em 2002 Aug 12]. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

***Parte de uma base de dados na internet**

Autor(es) da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data(s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em” (se houver); data de acesso com a expressão “acesso em“]. Título da parte da base de dados; [número aproximado de páginas]. Endereço do *site* com a expressão “Disponível em:”. Nota explicativa (se houver).

MeSH Browser [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2002- [acesso em 2003 Jun 10]. Meta-analysis; unique ID: D015201; [aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> .Arquivo atualizado semanalmente.

***Arquivo de computador**

Título [programa de computador]. Versão. Local de publicação: Produtora; data de publicação.

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [programa de computador]. Versão 2.2. Orlando(FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Envio dos manuscritos**• Verificação de itens**

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, 20 páginas (máximo), excluindo-se: página de rosto, resumo, abstract, resumen (todos com descritores), agradecimentos e referências Estilo Vancouver, digitadas em uma só face, em papel tamanho A4.

3. O manuscrito está formatado em espaço 2,0 de linha (exceções: tabelas e citações); fonte Trebuchet MS de 12-pontos; parágrafos de 1,25 cm; páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação. Está sendo encaminhada ou anexo ao manuscrito a Cópia de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa [CEP].

4. Os títulos e subtítulos estão identificados por negrito e com a letra maiúscula apenas nas primeiras letras de cada palavra.

5. Na página de rosto, os TÍTULOS do manuscrito estão centralizados, as primeiras letras em maiúscula e com as traduções nos idiomas Inglês e Espanhol. Abaixo dos títulos, justificados: 1) Nome completo do(s) autor(es), titulação e instituição a que pertence(m) e e-mail. 2) Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável de correspondência. 3) Tipo de auxílio e nome da agência financiadora, se convier. 4) Se o manuscrito foi elaborado a partir de tese, dissertação ou monografia: título, ano e instituição onde foi apresentada bem como com os nomes do orientador e do co-orientador como autores.

6. As tabelas estão elaboradas para reprodução direta, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que estão citadas no texto, conteúdo em fonte 10 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não se estendendo a 55 linhas, incluindo título.

7. As ilustrações: fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados FIGURAS. Estão elaboradas para reprodução direta, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula, descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto.

8. Nos resumos, o estilo é o narrativo, no máximo com 250 palavras, estão destacados os termos: OBJETIVO, MÉTODO, RESULTADOS, CONCLUSÃO. São usados os termos: Descritores, Descriptors e Descriptores, respectivamente.

9. Os descritores indicados estão em número de três a cinco termos, limitam-se aos recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, traduzido do *Medical Subject of Health – MeSH*, e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingüe, na página URL: <http://decs.bvs.br>.

10. Em se tratando de investigações envolvendo seres humanos, necessariamente nos MÉTODOS está explícito o cumprimento dos princípios de pesquisa envolvendo seres humanos, com a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes, bem como o nome do Comitê de Ética em Pesquisa no qual o projeto de pesquisa foi aprovado com o respectivo número de protocolo. Para os autores brasileiros, a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, deve ser considerada: Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CIES - Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p.; para os estrangeiros, a Declaração de Helsinki, disponível na página UR: <http://www.wma.net>

11. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto e nas referências no Estilo Vancouver (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.

12. Quando da submissão do manuscrito, todos os autores devem ser registrados no Metadados de Submissão. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo-o para o processo de avaliação e não do Editor.

13. Todos os manuscritos são previamente apreciados pelo Editor no que se refere à adequação às Normas da REUOL de FORMATAÇÃO e ESTRUTURA e, se considerados adequados, serão encaminhados para dois/três consultores. Os que deixarem de cumpri-las, por incompletude ou inadequação, serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito e à conveniência de publicação.

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

O autor responsável pelo envio do manuscrito deverá assinalar no local da *homepage* de submissão da REUOL a Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais e seguir com o processo de submissão.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Certifico que eu (fulano de tal), abaixo assinado, e demais autores participei(amos) suficientemente do trabalho para tornar pública minha(nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo.

Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha(nossa) autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame de provas dos editores.

Assinatura do autor:

Data:

TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Declaro que, em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da **Revista Enfermagem UFPE On Line**, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei/emos constar o competente agradecimento à **REUOL**.

Assinatura do autor:

Data:

Prof Dr Ednaldo Cavalcante de Araújo
Editor