



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB

FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

CURSO DE ENFERMAGEM

AMANDA GONÇALVES SILVESTRE DOS SANTOS

**O AUTOCUIDADO APOIADO NA QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO DAS
CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Brasília – DF

2019



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB

FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

CURSO DE ENFERMAGEM

AMANDA GONÇALVES SILVESTRE DOS SANTOS

**O AUTOCUIDADO APOIADO NA QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO DAS
CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia.

Orientação: Prof.^aDr^aJosiane Maria Oliveira de Souza

Brasília -DF

2019

AMANDA GONÇALVES SILVESTRE DOS SANTOS

**O AUTOCUIDADO APOIADO NA QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO DAS
CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de
Curso em Enfermagem 2, como requisito para obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem, Universidade de
Brasília- Faculdade de Ceilândia.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Josiane Maria Oliveira de Souza - Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Profª Drª Marcia Cristina da Silva Magro - Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Profª Drª Michelle Zampieri Ipolito- Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Profª Ms Tayse Tâmara da Paixão Duarte - Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

APROVADO EM: 04/07/2019

Brasília -DF

2019

DEDICATÓRIA

“Dedico este trabalho aos meus pais, Eduardo e Clarice, que são meus grandes exemplos e base da minha vida. Aos meus irmãos Natália, Maria Eduarda e Matheus e a minha orientadora.”

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, e por todas as bênçãos até aqui, a Nossa Senhora por ter me conduzido por caminhos de sabedoria e aprendizado.

Aos meus pais Eduardo e Clarice, por toda dedicação, renúncia, carinho, amor e investimento durante esse processo de formação. Essa vitória é nossa e sem eles eu nada seria. Obrigada por sonharem junto comigo e nunca me deixarem sozinha em momentos felizes e tristes.

Aos meus irmãos Natália, Eduarda e Matheus pelo companheirismo, compreensão e principalmente pela alegria que somente encontro em vocês.

Ao meu namorado Matheus Viana por todo amor, paciência e incentivo no dia-a-dia da minha trajetória até aqui.

Ao grupo Jovens em Oração Buscando o Amor de Cristo (JOBAC) e todas as pessoas que ali se fizeram presentes, mesmo antes do ingresso na Universidade já era canal de refúgio e fonte do amor verdadeiro. Foi e sempre será a base para muitas áreas da minha vida.

A todo corpo docente da Universidade de Brasília, em especial à Professora Josiane Maria Oliveira de Souza, pela orientação nesse trabalho, pela oportunidade, confiança, apoio, críticas e conselhos dados nesse tempo de estudo.

Aos meus diversos amigos da Universidade que, apesar de não citados um a um aqui, viveram comigo toda essa experiência que é a graduação, principalmente as companheiras do projeto Autocuidado apoiado, que foram essenciais durante meu processo de formação.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	pág. 7
LISTA DE TABELAS	pág. 8
RESUMO	pág. 9
1. INTRODUÇÃO.....	pág.10
2. MÉTODO.....	pág. 12
3. RESULTADOS	pág. 15
4. DISCUSSÃO	pág. 21
5. CONCLUSÃO	pág. 23
6. REFERÊNCIAS	pág. 24
APÊNDICES.....	pág. 29
ANEXOS.....	pág. 37

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1-- Fluxograma de usuários que constituíram a amostra..... pág. 12

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Análise descritiva das variáveis de caracterização..... pág. 15

TABELA 2- Análise descritiva dos dados clínicos..... pág. 16

TABELA 3- Comparação das variáveis numéricas dos exames laboratoriais..... pág. 18

TABELA 4-- Comparação das variáveis entre os tempos basal e seguimento de seis meses-
PACIC..... pág. 19

Resumo

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos problemas de saúde de maior magnitude no Brasil e correspondem a 72% das causas de mortes e um dos princípios fundamentais para o combate das mortalidades prematura é a atenção centrada da pessoa. Com isso o autocuidado apoiado é tido como uma ferramenta robusta para o enfretamento das DCNT, por ser caracterizada por intervenções individuais e grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las diante do quadro de saúde. Isso significa fortalecer as pessoas para estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de cuidado, identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde **Objetivo:** Identificar se o autocuidado apoiado repercute na avaliação do atendimento das condições crônicas na perspectiva dos usuários no contexto da atenção primária à saúde. **Método:** Estudo quase-experimental realizado com 51 hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde, em Ceilândia-Distrito Federal, que vivenciaram o autocuidado apoiado. Foi utilizado para coleta instrumento contendo dados sócio-demográficos, clínicos, exames laboratoriais e aplicado o PACIC (*Patient Assessment of Chronic Illness Care*) - Avaliação do Atendimento de Condições Crônicas para usuários, na linha de base e após seis meses de seguimento. Os dados foram analisados utilizando o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa, parecer nº1645.880. **Resultados:** Observou-se que houve uma elevação positiva, fortemente significativa, na avaliação da qualidade da atenção em todas as dimensões avaliadas pelo PACIC. Ocorreu também uma melhora significativa nos valores do HDL (média basal: 50,18mg/dl para 105,04mg/dl). **Conclusão:** O autocuidado apoiado comprovou ser uma ferramenta de qualificação do atendimento aos usuários em condições crônicas e nas repercussões clínicas de forma positiva. Ressalta-se, portanto, na necessidade de se investir nesta ferramenta para melhor qualificação ao atendimento das pessoas com hipertensão.

Descritores: Hipertensão; Autocuidado; Doenças Crônicas; Atenção Primária à Saúde;

Keywords: Hypertension; Self-Care; Chronic Diseases; Primary Health Care;

Descriptores: Hipertensión; Autocuidado; Enfermedades Crónicas; Atención Primaria a la Salud.

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil em tempos atuais. A redução das taxas de mortalidade e natalidade influenciam em significativas alterações na faixa etária da sociedade, na expectativa de vida e nas principais causas de morte¹. Foi a partir de 1970 que o Brasil teve seu perfil demográfico transformado, de uma cultura onde a normalidade eram famílias numerosas e rurais para uma sociedade principalmente urbana, com menos filhos e conseqüentemente um novo formato de familiar. Formou-se então um contingente cada vez mais significativo de pessoas com mais de 60 anos^{2,3}.

O processo de envelhecer carrega consigo desafios para os sistemas de saúde e na previdência social. Nesse contexto, os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram para a população com acesso a serviços públicos ou privados adequados, uma melhor qualidade de vida nessa fase. Com isso, é fundamental investir em ações de prevenção ao longo de todo o curso de vida⁴.

As *doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)* constituem o problema de saúde de maior magnitude no Brasil e correspondem a 72% das causas de mortes, segundo a Organização Mundial de Saúde⁵. Com elevadas prevalências, a *hipertensão arterial sistêmica (HAS)* destaca-se nesta categoria, por sua relação com a morbimortalidade e, principalmente, com as grandes síndromes geriátricas^{6,7}.

Os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, os padrões indevidos de consumo e estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas. Dentre eles, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o sexo sem proteção, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e as questões psicológicas. Podendo assim apresentar grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, como mortes prematuras. Diante desta realidade, gera-se efeitos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e para os países⁸.

A *hipertensão arterial sistêmica (HAS)* é conceituada como uma *doença multifatorial* caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais^{9,10,11,12}.

É considerado normotenso aquele em que os valores da PA no momento da aferição em consultório são $\leq 120/80$ mmHg e nas demais aferições (ambulatoriais e residenciais) coincidem com o valor de normalidade. Já o estado de pré-hipertensão é caracterizado de pressão arterial sistólica (PAS) entre 121 e 139 e/ou pressão arterial diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg.

Considera-se então Hipertensão Arterial Sistêmica medidas em que a PAS \geq 140 mm Hg e/ou PAD \geq 90 mmHg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3¹³.

Um inquérito domiciliar realizado no Brasil em 2013, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz) mostrou que, em relação às comorbidades, a prevalência de hipertensão arterial foi de 21,4% (IC95%: 20,8-22,0), sendo o contingente estimado, 31,3 milhões de indivíduos em todo o país^{14,15}. Dado esse que se correlaciona com as estimativas globais levantadas por estudos, que indicam que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares¹⁶.

Diante deste contexto observou-se a necessidade de mudanças no sistema de atenção à saúde do país, com vistas a responder com mais efetividade, eficiência e segurança a situações dominadas pelas condições crônicas, como altas índices de mortalidade prematura em decorrência de eventos cardiovasculares, baixas qualidades de vida e agravos, que resultou no desenvolvimento do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) em 2011¹⁷. Este modelo foi elaborado a partir de três modelos internacionais: o modelo da atenção crônica, o modelo da pirâmide de riscos e o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead, com adaptação às singularidades de um sistema público universal, o Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁷.

As tecnologias de autocuidado apoiado devem ser uma parte essencial do Modelo de atenção crônica (CCM). Há evidências robustas de que intervenções individuais e grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas. Isso significa fortalecer as pessoas para estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de cuidado, identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde⁸.

Há no Brasil o desenvolvimento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 2011-2022, que define e prioriza as ações e os investimentos necessários a preparação do país para enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco nos próximos dez anos¹⁸. O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade), e define três diretrizes estratégicas ou eixos de atuação: I.Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; II.Promoção da Saúde; e III.Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT¹⁸.

A atenção primária em saúde (APS) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o setor responsável por empoderar indivíduos, famílias e comunidades, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-desenvolvedores de serviços sociais e de saúde por meio de sua participação e como cuidadores de si mesmos e de outras pessoas¹⁹. Esta esfera do SUS é voltada para os cuidados de uma população regionalizada de forma contínua,

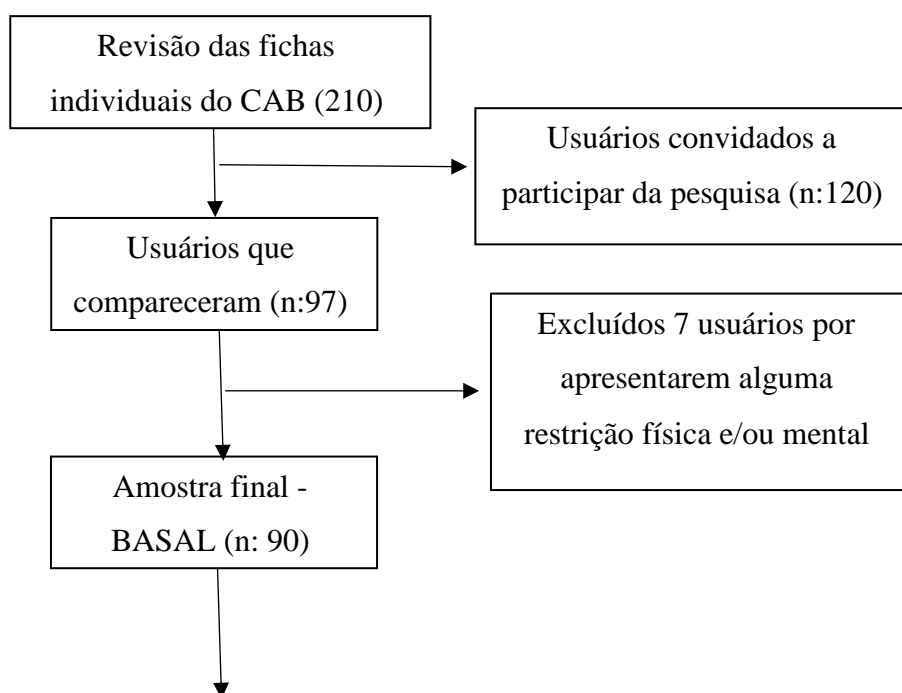
integrando ações preventivas e curativas, onde a assistência não se baseia em doenças específicas, mas sim em cuidados individuais e coletivos. Há a partir disso o primeiro contato entre paciente e profissional, onde esse pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde ao longo de sua vida^{19,20}. É portanto um cenário fundamental no processo de novas intervenções, como o autocuidado apoiado, que visa melhorar comportamentos e resultados clínicos, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil²¹.

Diante disto, considerando a importância da hipertensão arterial dentro da perspectiva das DCNT o presente estudo objetivou identificar se o autocuidado apoiado repercute na avaliação do atendimento das condições crônicas na perspectiva dos usuários no contexto da atenção primária à saúde.

Método

Trata-se de um estudo quase-experimental, quantitativo, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde, em Ceilândia-Distrito Federal, entre usuários portadores de HAS que participaram da intervenção do autocuidado apoiado, entre dezembro de 2017 e novembro de 2018.

Para início da coleta de dados foi realizado a revisão das fichas individuais de Cadastro na Atenção Básica (CAB) no qual foram selecionados pacientes que auto referiram possuir hipertensão arterial e aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: pessoas com o diagnóstico de hipertensão arterial, idade acima de 18 anos, disponibilidade de locomoção para realização dos exames solicitados e que não estivessem hospitalizados. Já os critérios de exclusão foram: pessoas que apresentaram alguma restrição física ou mental e os que abandonaram o seguimento do estudo.



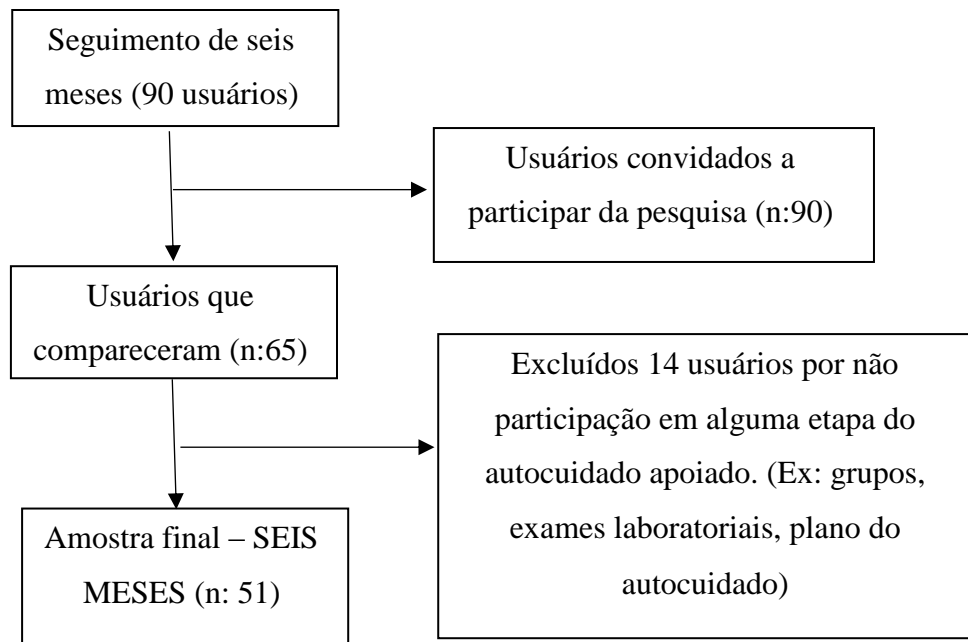


Figura 1 – Fluxograma de distribuição dos usuários que constituíram a amostra. Amostra não probabilística. Distrito Federal, Brasil, 2019.

Para implementação da coleta de dados, o estudo seguiu as seguintes fases:

Fase 1- realização de consulta individual inicial (basal), em um consultório da UBS da pesquisa por um estudante de enfermagem, previamente treinado pelo pesquisador responsável, em que os pacientes foram convidados a participar do estudo. Para os concordantes, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ciência e assinatura. Foram aplicados os instrumentos de coleta, sendo que a primeira parte do instrumento incluía dados sociodemográficos; histórico familiar e comorbidades; antropométricos; e hemodinâmico (pressão arterial), segundo recomendações do Ministério da Saúde^{6,23}. E, foram realizados os exames laboratoriais relacionados níveis glicêmicos, colesterol total, LDL, HDL, triglicerídeos, hemoglobina glicada (HbA1c), potássio, creatinina, ácido úrico, glicemia, TOTG, hematócrito, plaquetas e proteinúria.

A segunda parte, constava a aplicação do instrumento *PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care)* – Avaliação do Atendimento de Condições Crônicas para usuários, utilizado para avaliação da qualidade da atenção às condições crônicas, na perspectiva das pessoas usuárias. O *PACIC* é constituído por 20 questões, distribuídas em cinco dimensões: : adesão ao tratamento (questão 1 a 3 - avalia até que ponto o indivíduo foi motivado e apoiado pelo profissional de saúde para iniciar mudanças), modelo de atenção/tomada de decisão (questão de 4 a 6 - avalia se o indivíduo foi apoiado, por meio de materiais educativos e quão satisfeito ficou com a organização do cuidado recebido), definição de metas (questão 7 a 11 - avalia até que ponto as instruções gerais e sugestões

foram adaptadas à situação individual da pessoa), resolução de problemas/contextualização do aconselhamento (questão 12 a 15 - remete como os profissionais de saúde lidam com os problemas, que interferem no alcance dos objetivos predefinidos) e a coordenação da atenção/acompanhamento (questão 16 a 20 - aborda quão frequente e consistentemente todo o processo foi seguido)²⁴. Os indivíduos podem dar apenas uma resposta para cada pergunta, conforme a validação brasileira do PACIC, cujas alternativas encontram-se em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, sendo: 1) nunca, 2) poucas vezes, 3) algumas vezes, 4) muitas vezes e 5) sempre^{25,26}.

Fase 2 – realização do primeiro encontro grupal, composto por 15 a 20 pessoas, pautados nos pressupostos do autocuidado apoiado, com vistas a uma prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde em gerenciar seus problemas⁸. No primeiro encontro houve uma breve explicação da abordagem do autocuidado apoiado e o levantamento grupal das motivações de vida, as dificuldades que os impede de alcançar, o sentimento que mais se fazia presente naquele momento e o que devem fazer para alcançar os objetivos. A partir daí foram elencados os temas, que fundamentaram a abordagens dos grupos seguintes.

Fase 3- um mês após a consulta inicial, foram realizadas consultas individuais para avaliação dos resultados dos exames laboratoriais e estabelecimento do plano de autocuidado, com definição de um a dois comportamentos necessários ao alcance dos objetivos traçados, seguidos da pactuação do plano de ação e definição do grau de confiança para executá-lo²⁷.

Fase 4- implementação de novas abordagens dos grupos compartilhados, explorando os temas elencados, os quais foram: Mecanismo de ação da HAS e suas consequências, a qual foi conduzido alunos treinados pelo pesquisador responsável. Ansiedade: influência das emoções na hipertensão, desenvolvido por terapeutas ocupacionais, residentes da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF), trabalharam questões de relaxamento e controle emocional. Nutrição: informações fundamentais para alimentação apropriada aos portadores de hipertensão e diabetes, realizada pela nutricionista do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Todos os grupos tiveram duração média de 120 minutos, foram iniciadas com momentos de expressar a experiência para implementação do plano de autocuidado, reflexões conceituais e abertura para dúvidas e questionamentos dos usuários. Ocorreram em periodicidade média de 45 dias.

Fase 5 – No sexto mês de seguimento, foi realizada nova consulta individual, com a reaplicação do PACIC e repetição dos mesmos exames laboratoriais realizados na Fase 1 do estudo.

O Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS/UnB), com aprovação a partir do parecer 1645.880, CAAE:57727116.3.0000.0030, em 23 de julho de 2016. Os dados foram duplamente digitados e validados no programa Microsoft Excel. Posteriormente, o banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Package for the Social*

Sciences (SPSS) versão 20.0. As variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio padrão, mediana e intervalo (percentil 25 e 75). As variáveis numéricas foram submetidas aos testes de Komolgorov-Smirnov e Levene para verificar, respectivamente, a distribuição normal e a homogeneidade das variâncias. Para comparar as variáveis numéricas entre dois grupos, foi utilizado o teste Mann-Whitney. As diferenças de p-valor menor que 0,05 ($p < 0,05$) geram evidências para rejeição da hipótese e p-valor menor que 0,001 ($p < 0,001$) marca quando há diferença significativa.

Resultados

Os resultados mostraram que os 90 usuários do período basal e os 51 que deram continuidade ao seguimento de seis meses tinham a idade média de 63,3 anos (DP=10,3) com predominância do sexo feminino (74,2%), com um maior frequência no nível de escolaridade classificado em fundamental completo (28,8%) e médio completo (28,8%), enquadrando-se no estado civil de casado (57,2%) e conseqüentemente em não residir sozinho (97,0%) (Tabela 1). A média geral de peso corporal, na linha basal, foi de 74,6kg e a do IMC foi de 29,8 Kg/m², sinalizando sobrepeso e após o processo de intervenção foi de 73,23kg e IMC de 29,6 Kg/m², permanecendo a classificação em sobrepeso com discreta redução. A média da circunferência abdominal foi de 98,84 cm e 97,32 cm na linha basal e seis meses, respectivamente. E de pressão sistólica e diastólica foram 134,10 mmHg e 83,00 mmHg na fase inicial e 134,73 mmHg e 83,10 mmHg na fase final do estudo.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis de caracterização

Variáveis	Categorias	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Sexo	Feminino	72	74,2%
	Masculino	25	25,8%
Idade	Média (DP):	63,37 (10,3)	
Faixa etária	36-50;	12	12,4 %
	51-60;	22	22,7%
	61-70;	39	40,2%
	71-80;	21	21,6%
	mais 80	3	3,1%
Escolaridade	Analfabeto	4	6,1 %
	Fundamental Incompleto	17	25,8%
	Fundamental Completo	19	28,8%
	Médio - Incompleto	5	7,6%
	Médio - Completo	19	28,8%

	Superior –Completo	2	3%
Estado civil	Solteiro	10	15,2 %
	Casado	38	57,2 %
	Divorciado	7	10,6%
	Viúvo	11	16,7 %
Mora só?	Sim;	2	3,0 %
	Não	64	97,0 %

Com relação a história clínica e fatores de risco, autorrelatados, identificou-se antecedentes familiares cardiovasculares (80,4%) e elevado índice de sedentarismo (44,8%). Além disso, a prevalência de Diabetes Mellitus (53,6%), Circunferência Abdominal - Homem > 102 cm ou Mulher > 88 cm (83,2%) e Dislipidemia (42,7%) destacaram-se entre as comorbidades e fatores de risco prévios (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise descritiva dos dados clínicos

Variáveis	Categorias	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Usuário com Hipertensão	Sim	93	95,9 %
	Não	4	4,1%
Usuário com Diabetes	Sim	52	53,6%
	Não	45	46,4%
Tipo de Diabetes	DM tipo 1 (INSULINO DEPENDENTE)	14	29,8%
	DM tipo 2 ADM	24	51,1%
	DM tipo 2 INSULINA + ADO	9	19,1%
Homem> 55 anos ou Mulher> 65 anos	Sim	55	56,7%
	Não	42	43,3%
Antecedentes familiares cardiovasculares	Sim	78	80,4%
	Não	19	19,6 %

Circunferência	Sim	79	83,2%
Abdominal:	Não	16	16,8%
Homem > 102 cm ou Mulher > 88 cm			
IMC 30 ou mais	Sim	46	47,9%
	Não	50	52,1%
Tabagismo	Sim	12	12,4%
	Não	85	87,6%
Alcoolismo	Sim	7	7,2%
	Não	90	92,8%
Sedentarismo	Sim	43	44,8%
	Não	53	55,2%
Histórico de IAM	Sim	16	16,5%
	Não	81	83,5%
Histórico de ICC e/ou AVC	Sim	10	10,3%
	Não	87	89,7%
Dislipidemia	Sim	41	42,7%
	Não	55	57,3%
Histórico de internação e/ou cirurgia (12 meses)	Sim	15	15,5%
	Não	82	84,5%

Destacam-se, para os exames laboratoriais, as médias dos resultados considerados alterados nos participantes do estudo no período basal e no seguimento de seis meses, respectivamente. A média da glicemia plasmática em jejum de 139,70 e 134,66 mg/dl; da TOTG, 211,13 e 192,11mg/dL; do ácido úrico 5,6 e 5,72 mg/dL; da HbA1c 6,51 e 6,46 mg/dL e dos triglicérides, 167,34 e 159,35 mg/dL. Destarte, houve apenas diferença significativa entre o período basal e o seguimento de seis meses para a variável *HDL Coolesterol* (valor-p <0,001), deste modo a média de HDL, considerado o bom colesterol, no período basal (média = 50,18) foi menor em comparação com o seguimento de seis meses (média = 105,04) (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação das variáveis numéricas dos exames laboratoriais

Variáveis	Tempo	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor-p ¹
Colesterol Total	1.Basal	90	183,00	3,94	154,00	185,00	202,00	0,850
	2.Seis meses	51	181,33	5,04	159,50	183,00	201,00	
LDL	1.Basal	87	104,90	3,24	80,00	105,00	122,00	0,982
	2.Seis meses	51	105,04	4,28	87,00	105,00	119,50	
HDL	1.Basal	90	50,18	1,11	41,00	50,00	57,00	<0,001
	2.Seis meses	51	105,04	4,28	87,00	105,00	119,50	
Triglicerídeos	1.Basal	90	167,34	10,97	96,00	136,00	217,00	0,990
	2.Seis meses	51	159,35	11,09	104,50	135,00	177,00	
HbA1c	1.Basal	90	6,51	0,18	5,50	6,05	7,00	0,501
	2.Seis meses	49	6,46	0,22	5,40	5,80	7,10	
Potássio	1.Basal	90	4,40	0,05	4,10	4,40	4,60	0,673
	2.Seis meses	51	4,42	0,06	4,10	4,40	4,70	
Creatinina	1.Basal	90	0,76	0,02	0,60	0,73	0,83	0,391
	2.Seis meses	51	0,90	0,12	0,65	0,74	0,89	
Ácido úrico	1.Basal	90	5,60	0,16	4,60	5,40	6,60	0,536
	2.Seis meses	51	5,72	0,20	4,60	5,90	6,50	
Glicemia	1.Basal	90	139,70	5,28	108,00	123,00	148,00	0,638
	2.Seis meses	51	134,66	7,34	108,00	120,00	152,50	
TOTG	1.Basal	88	211,13	12,02	115,50	178,00	291,00	0,388
	2.Seis meses	45	192,11	14,85	115,00	153,00	268,00	
Hematócrito	1.Basal	90	41,54	0,41	39,10	41,60	43,70	0,531
		49	40,68	0,71	39,50	41,30	42,80	

		2.Seis meses						
Plaquetas(10 ³ mm ³)	1.Basal	90	264,42	11,21	199,00	255,00	308,00	0,499
	2.Seis meses	51	273,37	15,15	213,50	254,00	324,00	
Proteinúria	1.Basal	89	114,31	37,74	45,90	65,10	96,80	0,572
	2.Seis meses	49	118,75	52,05	50,40	57,20	75,30	

Na avaliação da qualidade da atenção às condições crônicas, entre os usuários portadores de hipertensão, após a implementação do autocuidado apoiado realizado por meio do *PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care)* observou-se que houve uma elevação positiva, fortemente significativa (valores-p < 0,001), na avaliação de todas as questões e dimensões do instrumento ao comparar-se a linha de base e o seguimento de seis meses da intervenção (Tabela 4).

Os usuários atribuíram pontuação média geral do PACIC, durante o período basal, com resultado insatisfatório (1,96). Ao avaliar as dimensões, observou-se que a Definição de metas apresentou o melhor resultado (somatório das médias foi de 10,64), Adesão ao tratamento (4,91), Resolução de problemas/contextualização do aconselhamento (6,62) e Modelo de atenção/Tomada de decisão (8,03) destacaram-se enquanto fragilidades na perspectiva das pessoas entrevistadas.

Similarmente, os dados obtidos no tratamento de seis meses, evidenciaram uma significativa melhora em relação a pontuação média geral, que passou de 1,96 para 3,33. No que diz respeito as dimensões, pode-se notar que a Definição de metas continua sendo o melhor resultado encontrado (18,52). Enquanto os itens relacionados a Adesão de tratamento (9,34), Modelo de atenção/Tomada de decisão (11,91) e Resolução de problemas/contextualização do aconselhamento (12,86) alcançaram as menores médias do instrumento (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação das variáveis entre os tempos basal e seguimento de seis meses-PACIC

Dimensões	Questões	Tempo	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor -p ¹	Média Dimensões
Adesão ao Tratamento	1	1.Basal	90	1,54	0,14	1,00	1,00	1,00	<0,001	4,91 (Basal)
		2.Seis meses	49	3,22	0,24	1,00	3,00	5,00		
	2	1.Basal	90	1,48	0,12	1,00	1,00	1,00	<0,001	9,34 (Seis meses)
		2.Seis meses	48	3,02	0,22	1,00	3,00	4,00		
	3	1.Basal	89	1,89	0,16	1,00	1,00	2,00	<0,001	
			49	3,10	0,23	1,00	3,00	5,00		

		2.Seis meses									
Modelo de Atenção/ Tomada de Decisão	4	1.Basal	90	1,63	0,13	1,00	1,00	2,00	<0,001	8,03 (Basal)	
		2.Seis meses	49	3,20	0,24	1,00	3,00	5,00			
	5	1.Basal	90	3,63	0,16	3,00	4,00	5,00	<0,001		
		2.Seis meses	49	4,69	0,10	5,00	5,00	5,00			
	6	1.Basal	90	2,77	0,18	1,00	3,00	5,00	<0,001		11,91 (Seis meses)
		2.Seis meses	49	4,02	0,16	3,00	4,00	5,00			
Definição de Metas	7	1.Basal	90	2,06	0,16	1,00	1,00	3,00	<0,001		
		2.Seis meses	49	3,71	0,20	3,00	4,00	5,00			
	8	1.Basal	90	2,40	0,18	1,00	2,00	4,00	<0,001	10,64 (Basal)	
		2.Seis meses	49	3,67	0,18	3,00	4,00	5,00			
	9	1.Basal	90	1,52	0,13	1,00	1,00	1,00	<0,001		
		2.Seis meses	49	3,14	0,23	1,00	3,00	5,00			
10	1.Basal	90	2,16	0,16	1,00	1,00	3,00	<0,001	18,52 (Seis meses)		
	2.Seis meses	49	3,98	0,19	3,00	5,00	5,00				
11	1.Basal	90	2,50	0,18	1,00	1,00	4,00	<0,001			
	2.Seis meses	49	4,02	0,21	3,00	5,00	5,00				
Resolução de problemas	12	1.Basal	90	1,59	0,13	1,00	1,00	1,00		<0,001	
		2.Seis meses	49	3,25	0,22	1,00	3,00	5,00			
	13	1.Basal	90	1,83	0,15	1,00	1,00	2,00	<0,001	6,62 (Basal)	
		2.Seis meses	49	3,51	0,20	3,00	4,00	5,00			
	14	1.Basal	90	1,63	0,13	1,00	1,00	2,00	<0,001		
		2.Seis meses	49	3,08	0,21	1,00	3,00	4,00			
15	1.Basal	90	1,57	0,13	1,00	1,00	1,00	<0,001	12,86 (Seis meses)		
	2.Seis meses	49	3,02	0,22	1,00	3,00	4,00				
Coordenação da Atenção	16	1.Basal	90	1,63	0,13	1,00	1,00	2,00		<0,001	
		2.Seis meses	49	3,02	0,25	1,00	3,00	5,00			
	17	1.Basal	90	1,74	0,14	1,00	1,00	2,00		<0,001	9,03 (Basal)
		2.Seis meses	49	2,90	0,23	1,00	3,00	5,00			
	18	1.Basal	90	1,90	0,15	1,00	1,00	3,00	0,001		
		2.Seis meses	49	2,69	0,21	1,00	3,00	4,00			
19	1.Basal	90	2,07	0,16	1,00	1,00	3,00	<0,001	14,16 (Seis meses)		
	2.Seis meses	49	3,02	0,20	2,00	3,00	4,00				

20	1.Basal	90	1,69	0,14	1,00	1,00	2,00	<0,001
	2.Seis meses	49	2,53	0,20	1,00	3,00	4,00	

Discussão

Os resultados deste estudo revelaram que o autocuidado apoiado repercutiu positivamente na avaliação do atendimento prestado aos usuários da atenção primária à saúde com hipertensão arterial sistêmica (valor-p < 0,001), averiguado por meio do PACIC, em todas as cinco dimensões do instrumento.

Os dados clínicos (exames laboratoriais) da amostra, evidenciaram aspecto favorável da intervenção aplicada em relação ao HDL Colesterol, que teve sua média aumentada em dobro em relação ao período basal (50,18mg/dl para 105,04mg/dl), apresentando significância de $p < 0,001$. Em conjunto ao dado anterior, estão os medidores da glicemia, TOTG e hemoglobina glicada (HbA1c) que tiveram reduções nas médias em seus resultados em comparação aos exames iniciais, com isso, pode-se inferir que o autocuidado apoiado influencia diretamente em questões de controle clínico, sendo um fator benéfico na prevenção de agravamentos dos quadros de saúde.

Sabe-se pela literatura que a concentração de HDL-colesterol é inversamente relacionada a incidência de doenças cardiovasculares. Este marcador é caracterizado por efeitos antiaterogênicos com ações anti-inflamatórias, antioxidantes, antiagregantes, anticoagulantes e pró-fibrinolíticas, promovendo desta forma a manutenção das funções endoteliais. Assim, o aumento dos níveis de HDL-c contribuem para a diminuição das doenças cardiovasculares, e em conjunto com redução da glicemia, TOTG e HbA1c melhoram o quadro clínico dos usuários participantes²⁸.

Ressalta-se que as baixas médias do PACIC encontradas no tempo basal foi coincidente com outros três estudos desenvolvidos em território nacional, nas cidades de Belo Horizonte (BH)²⁹, São Paulo (SP)³⁰, e Curitiba (CTBA)²⁶, sendo que os desenvolvidos em Belo Horizonte e em Curitiba envolviam o modelo de tratamento do autocuidado apoiado com aplicação do instrumento em dois tempos, basal e após o seguimento da intervenção. Resultado esse que contrasta com pesquisas estrangeiras que alcançaram maiores escores, variando de 2,33 a 4,19, nos países da Austrália³¹, China³² e Canadá³³.

Nessa vertente, o baixo escore brasileiro sugere que há fragilidades dentro do sistema de saúde do país no que diz respeito a um cuidado descentralizado, que foge do modelo prescritivo e biomédico, pautado na integração do usuário, aconselhamentos, formação de opinião crítica e corresponsabilização dos mesmos. O nível de escolaridade é tido como um importante meio de correlacionar a adesão ao tratamento³⁴, que neste estudo mostrou-se predominantemente baixo (ensino fundamental completo).

A equipe de profissionais que aborda o paciente com o diagnóstico de doença crônica não transmissível é um dos elementos-chave do Modelo de Atenção Crônica (CCM) para garantir a alta qualidade do cuidado, pois após o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, o paciente precisará lidar com as informações passadas, diariamente, adequando-as a sua rotina, e podendo transpassar para todos que vivem a sua volta. Demonstrando assim, a importância de um cuidado com funções compartilhadas, entre profissional e usuário³⁵.

Com a experiência vivida durante este estudo, que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta nos tempos atuais um dos seus maiores desafios. A maneira como o profissional se acostumou a desenvolver suas funções e como o usuário enxerga a resolutividade do seu caso de saúde, formam uma cultura errônea, onde há negligência de uma ou ambas as partes da relação atendente e usuário. Em um estudo desenvolvido nos EUA³⁵ a ênfase central do governo, trabalhando essa mesma temática, foi de uma maior responsabilidade compartilhada para melhorar a saúde e o cuidado dos seus pacientes. Com isso as mudanças perpassam tanto pela equipe como pelos usuários, exigindo que a equipe desenvolva o trabalho de maneira diferente afim de envolver completamente os pacientes nas tomadas de decisão sobre sua saúde³⁵, modelo similar ao desenvolvido neste estudo.

Oportunidades como as supracitadas são de alta relevância as pessoas que tem *hipertensão arterial sistêmica*, pois seus tratamentos são de longo prazo. Por conseguinte, a realidade imposta pela abordagem do autocuidado apoiado é a de que há uma negociação de preferências por parte do paciente dentro do seu contexto, de maneira individualizada.

A melhora relevante das médias, após intervenções advindas a partir do autocuidado apoiado, em todas as dimensões do instrumento *PACIC* pôde ser observado, também, em um estudo desenvolvido na APS em grupos de idosos em acompanhamento ambulatorial e na Estratégia Saúde da Família na cidade de São Paulo, com metodologia parecida a empregada nesta pesquisa, analisando os dados coletados em tempo basal e no seguimento de seis meses. Ambos estudos demonstraram correlação positiva com três dimensões do *PACIC* que são: a definição de metas, resolução de problemas e coordenação de atenção/acompanhamento³⁰.

Desse modo, torna-se relevante enfatizar que o autocuidado apoiado não é uma atividade desenvolvida a curto prazo, é necessário o acompanhamento regular do agente de saúde nesse tipo de intervenção, adotando várias maneiras para chegar ao objetivo final como consultas regulares, telefonemas e/ou recursos comunitários³⁶.

Ao avaliar-se o manejo do autocuidado diante da corresponsabilização do usuários, salientou-se que um acompanhamento regular pode ser realizado pelos pacientes e familiares³⁷, como o que foi realizado, neste estudo, a partir das pactuação de metas, com a finalidade do próprio usuário adequar as decisões a sua rotina de vida. Tais métodos como identificar o problema, listar as alternativas para

solucioná-lo, escolher as alternativas mais viáveis e monitorar os resultados são primordiais no acompanhamento da doença³⁶.

O papel da enfermagem da APS como iniciadora de mudanças nos manejos de tratamentos dos doentes crônicos é primordial dentro desse nível de atenção. O processo de cuidar desenvolvido pela categoria se dá de forma lenta e muitas vezes com grandes dificuldades, por se tratar de mudanças nos estilos de vida. Com isso, é claro o grande potencial do enfermeiro, seja na consulta de enfermagem ou em atividades educativas individuais ou coletivas para potencializar os resultados esperados. Essa realidade se torna palpável mediante uma conscientização da nova condição de saúde, de forma autônoma, preenchendo a lacuna antes ocupada pela dependência por uma liberdade de saber o que é ajustável a vida do usuário²⁴. Dessa maneira, incentivando a mudança de estilo de vida, a fim de obter benefícios clinicamente significativos³⁸.

Destacam-se como limitações do estudo: viés no preenchimento da quantidade de usuários que participaram da pesquisa, apresentando assim dados que se contrastam em diferentes períodos do projeto, escassez de pesquisas que utilizaram especificamente o instrumento PACIC como meio de avaliação de autocuidado em hipertensão a nível nacional. Em contrapartida, a análise feita da amostra revela lacunas a serem preenchidas para o desenvolvimento de ações que visam ao autocuidado em hipertensos, bem como avanço científico no uso de instrumentos para avaliação.

Conclusão

Constatou-se que após a implementação do autocuidado apoiado entre usuários hipertensos na atenção primária, houve uma relevante melhora na avaliação da qualidade do atendimento das pessoas em condições crônicas, principalmente no que se refere a definição de metas e coordenação da atenção/acompanhamento. E, que houve repercussões clínicas positivas incipientes na maioria das variáveis biológicas, com destaque ao aumento significativo de um importante fator de proteção para complicações cardiovasculares, o HDL, ou seja, o bom colesterol.

O manejo do instrumento PACIC demonstrou sua potencialidade dentro do cenário da APS, ou seja, o mesmo possibilita e favorece a reflexão, o monitoramento e o conhecimento da avaliação do atendimento prestado. O que pode ser utilizada como uma importante ferramenta de monitoramento.

Portanto, o autocuidado apoiado comprovou ser uma ferramenta de qualificação do atendimento aos usuários em condições crônicas, demonstrando a necessidade de se investir em sua implementação na rotina dos serviços de saúde que prestam atendimento a este público, com potenciais benefícios para adesão à terapêutica, mudanças comportamentais, empoderamento, gestão do cuidado e evolução clínicas.

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 Aug;15(5):2297–305. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt
2. Leone ET, Maia AG, Baltar PE. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. Econ Soc [Internet]. 2010;19(1):59-77. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010406182010000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
3. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2012;21(4):539-48. Available from:
http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003
4. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. Ciênc Saúde Coletiva [Internet] 2008/13(4):1107-11. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400002
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia Regional e Plano de Ação para um enfoque integrado sobre a prevenção e controle das doenças crônicas, incluindo a alimentação, a atividade física e a saúde. [Internet] 47º Conselho Diretivo da OPAS; OPAS: setembro 2006. Available from:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:conceito-doencas-cronicas-nao-transmisiveis&Itemid=463
6. World Health Organization (WHO). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. [Internet] Geneva: WHO; 2009. Available from:
https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. [Internet]; Available from:
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
8. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. [Internet] Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012; p. 512. Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
9. Freeman R. Clinical practice. Neurogenic orthostatic hypotension. N Engl J Med [Internet]. 2008; 358(6): 615-624. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18256396>

10. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Woodward M, Billot L, et al. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus(the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2007; 370(9590): 829-840. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17765963>
11. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* [Internet]. 1997; 157(21): 2413-2446. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9385294>
12. Cushman WC, Evans GW, Byington RP et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* [Internet]. 2010, 362(17): 1575-1585. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20228401>
13. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7^a Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. [Internet] 2016;107. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.p
14. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*[Internet]. 2015; 24:305-14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222015000200305&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
15. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015; 24:297-304. Available from: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00297.pdf
16. World Health Organization (WHO). Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B editors.[Internet] Geneva: World Health Organization; 2011. Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/
17. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde,[Internet]. 2011; p. 549. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
18. Malta DC. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde*. [Internet] Brasília, 2013; 22(1):171-178. Available from:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000300002

19. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa- Atenção primária de saúde.[Internet] Jan 2019. Available from:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843
20. Matta GC, Morosini MVG. Atenção primária à saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Fiocruz.[Internet].2009. Available from:
<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>
21. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. N Engl J Med. [Internet] 2015;372(23):2177–81. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26039598>
22. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.[Internet]. 2014. 162 p. Available from:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_ca_b35.pdf
23. Silva LB, Soares SM, Barbosa PAS, Santos JFG, Miranda LCV, Melgaço RS. Avaliação do cuidado primário à pessoa idosa segundo o Chronic Care Model.Rev. Latino-Am.[Internet] Ribeirão Preto 2018 Epub Mar 08, 2018. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692018000100303&script=sci_arttext&tlng=pt
24. Landim, CAP. Cultural adaptation of the Brazilian and Portuguese version of Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). Ribeirão Preto: Ribeirão Preto USP Tese (Doutorado em Enfermagem).[Internet]. 2012. Available from:
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-17042013-144940/pt-br.php>
25. Schwab GL, Moysés ST, Kusma SZ, Ignácio SA, Moysés SJ. Perception of innovations in Chronic Diseases/Conditions' care: an evaluative research in Curitiba. Saúde Debate. [Internet]. 2014 Oct [cited Apr 2, 2017];38(special):307-18. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0307.pdf>
26. Cavalcanti AM. Adaptado do Autocuidado apoiado: caderno de exercícios. Sec Municipal da saúde de Curitiba. [Internet] Curitiba 2012. Available from:
http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/autocuidado/Auto_Cuidado_Apoiado%20exercicios.pdf

27. Freitas WV, Brandão AA, Pozzan R, Magalhães MW, Fonseca F, Pizzi Oswaldo, Campana E, Brandão AP. Importância da HDL-c para a ocorrência de doença cardiovascular no idoso. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. Vol.93 no.3 São Paulo Sept. 2009. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2009000900006%20e%20http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n9/a02v54n9.pdf
28. Ulbrich EM, Mantovani MF, Mattei AT, Mendes FRP. Escala para o cuidado apoiado na atenção primária: um estudo metodológico. Rev Gaúcha de enfermagem. [Internet] 2017. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e63922.pdf>
29. Nascimento TMRV, Resnicow K, Nery M, Brentani A, Kaselitz E, Agrawal P, Mand S, Heisler M. A pilot study of a Community Health Agent-led type 2 diabetes self-management program using Motivational Interviewing-based approaches in a public primary care center in São Paulo, Brazil. BMC Health Services Research. [Internet] (2017). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237239/>
30. Aung E, Donald M, Coll J, Dower J, Williams GM, Doi SAR. The impact of concordant and discordant comorbidities on patient-assessed quality of diabetes care. Health Expect. [Internet]. 2015 Oct 8(5):1621-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060868/pdf/HEX-18-1621.pdf>
31. Chiu HC, Hsieh HM, Lin YC, Kuo SJ, Kao HY, Yeh SC, et al. Patient assessment of diabetes care in a pay-for-performance program. Int J Qual Health Care. [Internet]. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/articlelookup/doi/10.1093/intqhc/mzv120>
32. Houle J, Beaulieu MD, Lussier MT, Grande C, Pellerin JP, Authier M, et al. Patients' experience of chronic illness care in a network of teaching settings. Can Fam Physician. [Internet]. 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520666/pdf/0581366.pdf>
33. Lima AOL, Quel MAP. Effectiveness of an intervention to improve diabetes self-management on clinical outcomes in patients with low educational level. Gac Sanit 31 (1). [Internet]. JanFeb 2017. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S021391112017000100040&script=sci_arttext&tlng=en
34. Ham SC, Charles A, Wellings D. Responsabilidade compartilhada pela saúde: a mudança cultural que precisamos. The King's Fund. [Internet]. Março 2019. Available from: <http://www.resbr.net.br/responsabilidade-compartilhada-pela-saude-amudanca-cultural-que-precisamos/#.XQI8rVVKjIV>

35. Morais HCC, Gonzaga NC, Aquino OS, Araujo TL. Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. Ver da escola de enfermagem da USP. [Internet]. 2014. Available from:
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0136.pdf
36. Guidetti S, Ytterberg C. A randomised controlled trial of a client-centred self-care intervention after stroke: a longitudinal pilot study. Disabil Rehabil. [Internet] 2011. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20597629>
37. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. Knowledge on diabetes mellitus in the self care process. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2006;14(5):728–34. Available from:
<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2355>

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - FACULDADE DE CEILÂNDIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa A efetividade do Autocuidado Apoiado em usuários com condições crônicas: Ensaio comunitário, sob a responsabilidade da pesquisadora Josiane Maria Oliveira de Souza. O projeto envolve participantes de grupos de hipertensão de centros de saúde da regional de Ceilândia-DF e avaliará a aplicação de uma abordagem designada de autocuidado apoiado, recomendada pelo Ministério da Saúde (2014). Serão avaliados questões relacionadas à saúde como resultados de exames (ex. colesterol, triglicérideo, glicemia e creatinina); adesão a estilo de vida saudável e satisfação dos usuários, no início e após seis meses e um ano de acompanhamento.

O objetivo desta pesquisa é avaliar o efeito do autocuidado apoiado na melhoria de respostas comportamentais e fisiológicas de grupo de hipertensos, em comparação a abordagem tradicional. Já que se trata de uma abordagem nova, que vem apontando resultados sanitários positivos e na satisfação das pessoas.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista (gravada por meio de um gravador portátil) e pela realização de exames laboratoriais (sangue) relacionados ao seu estado de saúde (não terá o uso de imagens), que serão realizados durante a consulta de Enfermagem no centro de saúde no qual faz acompanhamento com um tempo estimado de 40 minutos da consulta, mais 10 minutos para realização dos exames laboratoriais, os quais serão realizados no próprio laboratório do centro de saúde ao qual o senhor(a) faz acompanhamento. O dia será definido em conjunto com o laboratório e diante da sua disponibilidade (Os exames laboratoriais incluirão hemograma completo, triglicérideo, glicemia, hemoglobina glicada, colesterol e creatinina).

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa poderão ser indiretos como a exposição de dados dos participantes da pesquisa; contudo, para minimizar esse risco, os pesquisadores utilizarão códigos numéricos para identificação para garantir o sigilo do senhor (a). Há risco de constrangimento no momento da entrevista, porém, a mesma será realizada em uma sala isolada, com a participação apenas do senhor(a) e o pesquisador, respeitando-se o tempo, a privacidade e o seu conforto. Poderá ainda ocorrer riscos fisiológicos ou psicológicos provenientes da punção venosa. E, caso isso aconteça nós o encaminharemos para o médico ou psicólogo da própria unidade, contudo saiba que será utilizado todas as medidas de segurança necessários. Se você aceitar participar, estará contribuindo

para inúmeros benefícios à saúde como a prevenção de complicações decorrentes da hipertensão arterial; diminuição dos sintomas e das incapacidades; melhora da autoestima e da qualidade de vida; e aumento da autonomia dos usuários nas decisões e corresponsabilidade do seu plano de cuidados.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília (FCE) e Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: **Josiane Maria Oliveira de Souza**, na Faculdade de Ceilândia -UnB no telefone (61) 3107-8419 ou no celular (61) 98646-1861, disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou pelo e-mail josianemaria@unb.br

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3376-0437 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento de 14:00hs às 18:00hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Pesquisador Responsável (Nome/ assinatura)

Brasília, ___ de _____ de _____.

Apêndice 2 – Plano de Autocuidado

• **Parte 1**

PLANO DE AUTOCUIDADO – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE– Ceilândia nº8 (12 meses)

Nome: _____ Fone: _____ Equipe: _____

Quais são seus objetivos de vida, os seus projetos de futuro, o que realmente importa para você e como você quer estar no dia de amanhã?

Agora, assinale quais os comportamentos necessários para alcançar seus objetivos e dê uma nota de 0 a 10 no seu momento, onde 0 significa estar nada interessado e 10, totalmente interessado.

Marque um X ou escreva, nas linhas em branco, os comportamentos necessários.	Qual (x)	Interesse (0 a 10)
Melhorar a alimentação		
Aumentar a prática de atividade física		
Lidar melhor com o estresse		
Tomar os medicamentos na hora certa		
Parar de fumar		
Evitar o consumo de bebidas alcóolicas e/ou outras drogas		

Escolha 1 ou 2 comportamentos com maior grau de interesse para adotar neste momento e faça a pactuação, descrevendo seu plano de ação (o que você fará, quanto, quantas vezes no dia ou na semana, onde/quando e como). **Seja bastante específico e realista.** Depois de elaborar o plano, dê uma nota de confiança de 0 a 10 onde 0 significa estar pouco ou nada confiante e 10 significa estar muito confiante, certo de conseguir executá-lo.

PACTUAÇÕES	
Comportamento 1 (atividade):	
O que você fará?	
Quanto?	
Quantas vezes (dias/semanas)	
Quando/Onde	
Como	
Grau de confiança	

Comportamento 2 (atividade):	
O que você fará?	
Quanto?	

Quantas vezes (dias/semanas)	
Quando/Onde	
Como	
Grau de confiança	

Agora assine o contrato para assumir o compromisso consigo mesmo(a).

Eu declaro me comprometer a participar das atividades de autocuidado aqui pactuadas, participando das reuniões dos grupos e procurando realizar as atividades e persistir para alcançar meus objetivos.

(assinatura)

- Parte 2

MONITORAMENTO DO PLANO DO AUTOCUIDADO – UBS- CEILÂNDIA Nº 8

Nome: _____ **Equipe:** _____ **Fone:** _____

Objetivos _____ **de** _____ **Vida:-** _____

Data	Comportamento/atividade pactuados (O que fará, quanto, quando, quantas vezes, onde, como)	Confiança (0 a 10)	Monitoramento					
			Legenda:T : realizou a tarefa totalmente no período; P: realizou parcialmente a tarefa; N: não realizou a tarefa.					
			1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1-								
	2-							
1-								
	2-							
1-								
	2-							
1-								
	2-							
1-								

			1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
2-								
			1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1-								
			1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
2-								

Fonte: Adaptado de Autocuidado Apoiado: caderno de exercícios, Curitiba/SMS, 2012.

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EFETIVIDADE DO AUTOCUIDADO APOIADO EM USUÁRIOS COM CONDIÇÕES

CRÔNICAS: ENSAIO COMUNITÁRIO

Pesquisador: Josiane Maria Oliveira de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57727116.3.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

1.645.880

Apresentação do Projeto:

Um dos problemas de saúde de imensa magnitude no Brasil se refere às doenças crônicas não transmissíveis e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), está comprovado que o autocuidado está associado aos melhores resultados para os pacientes. A partir dessa constatação, o objetivo deste estudo “será avaliar o efeito do autocuidado apoiado na melhoria de respostas comportamentais e fisiológicas de grupo de hipertensos, em comparação a abordagem tradicional. Para isso, será desenvolvido estudo quase experimental do tipo ensaio comunitário, envolvendo grupos de hipertensos dos centros de saúde da regional de Ceilândia-DF. A intervenção a ser avaliada é a aplicação do autocuidado apoiado em grupos estratificados, segundo o escore de Framingham. As variáveis de desfecho a serem avaliadas serão fisiológicas (peso, altura, valores pressóricos, colesterol, circunferência abdominal, glicemia, frequência cardíaca e triglicérides, creatinina); comportamentais (adesão a estilo de vida mais saudável); e qualitativos (percepção sobre assistência prestada durante o período de seguimento). Os quais serão avaliados após seis meses e após 1 ano da intervenção. Os dados qualitativos serão analisados a partir da técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 2009) e seguirá as seguintes etapas de análise: constituição do corpus (as entrevistas), leitura flutuante, preparação do material, codificação, categorização, inferência e interpretação dos resultados. Posteriormente, serão apresentados em gráficos e

tabelas, com descrição e frequências. [Quanto aos dados [quantitativos], serão avaliados os intervalos de confiança (IC) à 95%, média, intervalos interquartílicos e aplicado o Teste t-student”.

METODOLOGIA:

Este é um estudo quase experimental do tipo ensaio comunitário que envolverá grupos de hipertensos dos Centros de Saúde da Regional de Ceilândia-DF. “A intervenção a ser avaliada é a aplicação do autocuidado apoiado em grupos estratificados”, conforme o escore de Framingham (Brasil, 2013). Os participantes serão distribuídos aleatoriamente em dois grupos (1) grupo de controle e (2) grupo de intervenção. O grupo de intervenção receberá a abordagem de “autocuidado apoiado e o grupo de controle receberá a abordagem tradicional da assistência disponível no Centro de Saúde da Regional de Ceilândia, sem estratificação de risco e sem autocuidado apoiado”. Dois Centros de Saúde da Regional de Ceilândia -DF serão selecionados para este estudo. “O primeiro onde está sendo implementado a estratificação de risco, segundo escore de Framingham, por graduandos de Enfermagem participantes da Liga Acadêmica de Cardiologia em Enfermagem, [da] Universidade de Brasília- UnB, [Campus] Ceilândia. O segundo, um centro que não faz nenhum tipo de estratificação, apenas a inserção dos usuários nos grupos por ordem de inscrição”.

O estudo é constituído de cinco etapas: Etapa 1 – os participantes serão selecionados aleatoriamente e, os que optarem por participar do estudo receberão esclarecimentos sobre a pesquisa: objetivos, riscos de participação, e assinarão previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução CNS no. 466/2012.

Etapa 2 – Aplicação de um questionário, com questões abertas e fechadas, para avaliar indicadores qualitativos (percepção da abordagem adotada); indicadores fisiológicos (peso, altura, valores pressóricos, colesterol, circunferência abdominal, glicemia, frequência cardíaca, triglicerídeos e creatinina) e indicadores comportamentais (atividade física, hábitos alimentares, uso de álcool e tabaco e atividade de lazer).

Etapa 3 – Os participantes do grupo de intervenção têm consultas individuais e atividades grupais reguladas no autocuidado apoiado, com periodicidade mensal. Os participantes do grupo de controle passarão pela rotina tradicional de consultas e reuniões estabelecidas pelo Centro de Saúde.

Etapa 4: Após seis [meses] de acompanhamento dos participantes, aplicar-se-á um questionário inicial em todos os participantes da pesquisa (grupo de controle e grupo de intervenção) para

avaliar os indicadores qualitativos, fisiológicos e comportamentais.

Etapa 5: Após um ano de acompanhamento dos participantes, aplicar-se-á, novamente, o questionário para avaliar os indicadores qualitativos, fisiológicos e comportamentais.

Variáveis de desfecho: A avaliação da efetividade do autocuidado apoiado será realizada a partir dos indicadores qualitativos, fisiológicos e comportamentais, que serão avaliados após seis meses e um ano da intervenção.

Análise dos dados: A técnica de análise de conteúdo sistemática (Bardin, 2009) será empregada para a análise dos dados qualitativos, com as seguintes etapas de análise: constituição do corpus (as entrevistas), leitura flutuante, preparação do material, codificação, categorização, inferência e interpretação dos resultados. Os resultados serão apresentados em tabelas e gráficos (descritivos e com frequência). “Os dados quantitativos serão tabulados e analisados com o uso do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20, para a investigação dos resultados dos grupos controle e experimental. Serão calculados os intervalos de confiança (IC) à 95%, média e os intervalos interquartílicos entre as variáveis numéricas. Para comparação dos resultados dos grupos será realizado o Teste t-student E, o nível de significância será de 5%”.

Critérios de inclusão: “Pessoas com o diagnóstico de Hipertensão, inseridos em algum grupo de Hipertensão dos centros de saúde selecionados; com mais de 18 anos; que tenha disponibilidade de locomoção para realização dos exames solicitados; que não estejam hospitalizados e que participam regularmente das atividades propostas pelo grupo”.

Critério de exclusão: “Serão excluídos do estudo usuários com menos de 18 anos; que não queira participar do estudo; que apresente alguma restrição física ou mental; que abandone o seguimento do estudo ou não realize os exames solicitados”.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese: “O Autocuidado apoiado promove a melhoria de resultados fisiológicos relacionados à condição crônica, na satisfação dos usuários e na adoção de estilo de vida mais saudáveis”.

Objetivo Primário: “Avaliar o efeito do autocuidado apoiado na melhoria de respostas comportamentais e fisiológicas de grupo de hipertensos, em comparação a abordagem tradicional”.

Objetivos Secundários: (1) “Avaliar a percepção dos usuários diante da implementação do autocuidado apoiado em grupo de Hipertensos”; (2) “Investigar melhorias em marcadores

fisiológicos após 1 ano de implementação do autocuidado apoiado e (3) “Avaliar a adesão à hábitos de vida saudáveis após autocuidado apoiado”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, a pesquisadora afirma que a “pesquisa apresenta risco mínimo para os participantes, sendo o principal risco de constrangimento no momento da entrevista”

No que se refere aos benefícios, a pesquisadora afirma que “os benefícios são muitos, pois identificar o efeito do autocuidado apoiado em uma população de pacientes crônicos, buscando intensificar a próatividade do usuário, a participação nas decisões e a corresponsabilidade nos resultados alcançados, poderá aumentar a motivação, autonomia e confiança do usuário. Além de trazer inúmeros benefícios à saúde como a prevenção de complicações decorrentes da hipertensão arterial; diminuição dos sintomas e das incapacidades; melhora da autoestima e da qualidade de vida. Ressalta-se que serão garantidos a privacidade e confidencialidade, as informações e formulários serão guardados por um período de 5 anos, após a finalização do estudo”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo quase experimental do tipo ensaio comunitário, com pessoas hipertensas que são assistidas em dois Centros de Saúde de Ceilândia-DF, sob a responsabilidade da professora Dra. Josiane Maria de Oliveira de Souza, que tem como assistente de pesquisa a professora Tayse Tâmara da Paixão Duarte, professoras do curso de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília. Segundo a planilha de orçamento, a pesquisa será financiada pela própria pesquisadora, no valor de R\$

2.700, 00 (dois mil e setecentos reais), embora esse total não é apresentado na referida planilha.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos abaixo relacionados foram consultados para a emissão deste parecer:

(1) Informações Básicas do Projeto:
“PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_699862.pdf”,

postado em 12/07/2016;

(2) Outros: “CVTayse.pdf”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(3) Outros: “CVjosiane.pdf”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(4) Outros: “Cartaapresentacao.doc”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(5) Declaração de Pesquisadores: “TermoResponsabilidade.doc”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(6) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermoAnuenciaCSC12.doc”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(7) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermoAnuenciaCSC8.doc”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(8) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermoConcordanciaFCE.doc”, postado em 12/07/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(9) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermodeconcordanciaCSC12cont.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(10) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermodeconcordanciaCSC12.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(11) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermodeconcordanciaCSC8cont.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;

(12) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermodeconcordanciaCSC8.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza Pesquisador Principal;

- (13) Outros: “Cartaapresentacao.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;
- (14) Declaração de Pesquisadores: “TermoResponsabilidade.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;
- (15) Declaração de Instituição e Infraestrutura: “TermodeconcordanciaFCE.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;
- (16) Folha de Rosto: “FolhadeRosto.pdf”, postado em 23/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;
- (17) Projeto Detalhado / Brochura Investigador: “Projeto.docx”, postado em 05/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza Pesquisador Principal;
- (18) Orçamento: “PlanilhaOrçamento.doc”, postado em 05/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal;
- (19) TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência: “TCLE.doc”, postado em 05/05/2016, Josiane Maria Oliveira de Souza, Pesquisador Principal.

Recomendações:

Recomenda-se revisar os critérios de exclusão. Para o participante de pesquisa ser excluído, ele deverá ter sido primeiramente incluído.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há óbices éticos e documentais no processo analisado.

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.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_699862.pdf	12/07/2016 08:31:43		Aceito
Outros	CVTayse.pdf	12/07/2016 08:30:51	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Outros	CVjosiane.pdf	12/07/2016 08:30:14	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Outros	Cartaapresentacao.doc	12/07/2016 08:27:39	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoResponsabilidade.doc	12/07/2016 08:19:54	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoAnuenciaCSC12.doc	12/07/2016 08:19:26	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoAnuenciaCSC8.doc	12/07/2016 08:18:54	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordanciaFCE.doc	12/07/2016 08:18:21	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeconcordanciaCSC12cont.pdf	23/05/2016 10:03:29	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeconcordanciaCSC12.pdf	23/05/2016 10:02:26	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeconcordanciaCSC8cont.pdf	23/05/2016 10:01:51	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeconcordanciaCSC8.pdf	23/05/2016 10:01:23	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Outros	Cartaapresentacao.pdf	23/05/2016 10:00:28	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoResponsabilidade.pdf	23/05/2016 09:59:24	Josiane Maria	Aceito

			Oliveira de Souza	
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeconcordanciaFCE.pdf	23/05/2016 09:57:37	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	23/05/2016 09:52:45	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	05/05/2016 18:08:15	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
Orçamento	PlanilhaOrcamento.doc	05/05/2016 18:07:04	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito

Página 07 de

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	05/05/2016 18:05:51	Josiane Maria Oliveira de Souza	Aceito
---	----------	------------------------	---------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 23 de Julho de 2016

**Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)**

Anexo 2 - Instrumento PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care)

Manter-se saudável pode ser difícil quando se tem uma condição crônica. Nós gostaríamos de saber como você, nessa condição, é atendido pela equipe de saúde. Isso inclui seu médico, enfermeiro(a) e outros profissionais da equipe que tratam seus problemas de saúde. Suas respostas serão confidenciais e não serão compartilhadas com profissionais da equipe.

Durante os últimos seis meses, quando recebeu atendimento para seu problema de saúde:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Perguntaram minha opinião quando definimos o plano para tratamento de meu problema de saúde.(diabetes e hipertensão)	1	2	3	4	5
2. Deram opções de tratamento para que eu pudesse pensar sobre eles.	1	2	3	4	5
3. Perguntaram se tive problemas no uso dos medicamentos ou seus efeitos.	1	2	3	4	5
4. Recebi, por escrito, uma lista de coisas que poderia fazer para melhorar minha saúde.	1	2	3	4	5
5. Fiquei satisfeito com a organização de meu tratamento.	1	2	3	4	5
6. Explicaram que o que eu faço para cuidar de mim mesmo influencia meu problema de saúde(diabetes e hipertensão).	1	2	3	4	5
7. Perguntaram o que eu pretendo fazer para cuidar de meu problema de saúde(diabetes e hipertensão.)	1	2	3	4	5
8. Ajudaram a definir como melhorar minha alimentação, fazer exercícios físicos, controlar estresse, parar de fumar e evitar o uso abusivo de álcool.	1	2	3	4	5
9. Recebi uma cópia, por escrito, do plano para tratamento de meu problema de saúde(diabetes e hipertensão)	1	2	3	4	5
10. Incentivaram a participar de grupos específicos(hipertensos, diabéticos, caminhada, reeducação alimentar) que pudessem me ajudar a enfrentar meu problema de saúde(diabetes e hipertensão).	1	2	3	4	5
11. Perguntaram sobre meus hábitos de saúde.	1	2	3	4	5
12. A equipe de saúde levou em conta o que eu penso, no que acredito, meu modo de vida, quando indicou meu tratamento.	1	2	3	4	5
13. Ajudaram a fazer um tratamento para que eu pudesse seguir meu dia a dia.	1	2	3	4	5
14. Ajudaram a planejar como cuidar de minha saúde nos momentos mais difíceis da vida.	1	2	3	4	5
15. Perguntaram como meu problema de saúde (diabetes e hipertensão) afeta minha vida.	1	2	3	4	5
16. A equipe de saúde me procurou, após a consulta, para saber como estava indo meu tratamento.	1	2	3	4	5
17. Incentivaram a participar de programas comunitários, como o grupo de mães, pastoral do idoso, associações, que pudessem me ajudar.	1	2	3	4	5
18. Orientaram, individualmente ou em grupo, por um nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social, equipe de saúde bucal e/ou da educação física, sobre cuidados com minha saúde.	1	2	3	4	5
19. Informaram que consultas em outros médicos especialistas, como oftalmologista, cardiologista, psiquiatras, podem ajudar no meu tratamento.	1	2	3	4	5
20. Perguntaram como estavam indo as visitas a outros médicos especialistas.	1	2	3	4	5



ISSN 0034-7167 versão
impressa
ISSN 1984-0446 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [1. POLÍTICA EDITORIAL](#)
- [2. CATEGORIAS DE MANUSCRITOS](#)
- [3. PREPARO DOS MANUSCRITOS](#)
- [4. PROCESSO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO](#)
- [5. PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS](#)
- [6. REVISÃO TÉCNICA DE LÍNGUA PORTUGUESA E TRADUÇÃO DOS MANUSCRITOS](#)
- [7. TAXAS DE AVALIAÇÃO E DE EDITORAÇÃO](#)

1. POLÍTICA EDITORIAL

A **REBEn** tem a missão de divulgar a Ciência da Enfermagem e da Saúde. Aceita manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. É publicada somente na versão eletrônica por meio de fascículos regulares e números temáticos. Manuscritos redigidos em português ou espanhol, deverão ser traduzidos para o inglês em sua versão **final**. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à **REBEn**, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s).

Declaração sobre Ética e Integridade em Pesquisa

Para a publicação, a **REBEn** considera condição *sine qua non* que os manuscritos submetidos tenham cumprido as diretrizes ético-legais que envolvem a elaboração de trabalhos acadêmicos e/ou técnico-científicos e a pesquisa com seres humanos ou com animais.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 466/2012 (<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>), o(s) autor(es) deve(m) mencionar no manuscrito, a aprovação do projeto por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país.

A **REBEn** adota a exigência da Organização Mundial da Saúde e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados por estas duas organizações (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos – REBEC <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>).

Na pesquisa experimental, envolvendo animais, deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, que regulamenta o inciso VII do §1º do Art. 225 da Constituição

Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais; e as normas estabelecidas no *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals* (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., Estados Unidos), de 1996, e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA, disponível em: www.cobea.org.br), de 1991. Estas informações devem constar no método de acordo com a recomendação do ARRIVE (<https://www.nc3rs.org.uk/arrive-guidelines>).

A REBEn apoia as Recomendações para a Condução, Relatório, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas (*Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors*). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html.

Apoia, também, os padrões internacionais para publicação de pesquisa responsável, desenvolvidos pelo COPE (*Committee on Publication Ethics*) e destinados a editores e autores (disponíveis em: <http://publicationethics.org/international-standards-editors-and-authors>).

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

A Revista Brasileira de Enfermagem adota o sistema *Ithenticate* para identificação de plágio. Práticas que ferem a integridade científica como plágio e autoplágio serão levadas para avaliação do Conselho Editorial para decisão das penalidades como: suspensão de publicar no periódico por período determinado pelo Conselho Editorial. Os autores serão imediatamente comunicados de todas as etapas deste processo.

2. CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

Tipos de artigos considerados:

- **Editorial:** texto sobre assunto de interesse para o momento histórico ou a produção do conhecimento veiculada a um determinado fascículo, com possível repercussão Enfermagem e Saúde. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo até **4 referências**, quando houver.
- **Artigos originais:** estudos que agreguem informações novas para a área da Enfermagem e da Saúde. Estão incluídos nesta categoria: ensaios clínicos randomizados, estudos de caso-controle, coorte, prevalência, incidência, estudos de acurácia, estudo de caso e estudos qualitativos. Os artigos originais

devem conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 50 referências e até 7 autores**.

- Os autores devem adotar as diretrizes do <https://www.equator-network.org/> para escrever todo o tipo de artigo. É obrigatório indicar no método em "**desenho do estudo**" qual instrumento do Equator foi utilizado para nortear a metodologia. O não cumprimento dessa norma levará ao arquivamento do manuscrito.
- **Revisão:** utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Estão incluídos nesta categoria: revisão sistemática com e sem meta-análises, revisão integrativa e *Scoping Review*. As revisões devem conter um máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo resumos, com **no máximo 50 referências e até 6 autores**.
 - A REBEn requer que os protocolos das revisões sejam registrados no **PROSPERO**, <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>, ou disponibilizados em um site de acesso livre.
 - Os autores deverão respeitar as seguintes diretrizes para escreverem cada tipo de revisão (<https://www.equator-network.org/>):
 - Revisões sistemáticas da literatura e meta-análises: PRISMA
 - *Scoping Review*: PRISMA ScR
- **Reflexão** – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos, **no máximo 10 referências e até 4 autores**.
- **Relato de Experiência e/ ou Inovação Tecnológica** – Estudo em que se descreve uma situação da prática e ou **inovação tecnológica** (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos, **no máximo 10 referências e até 4 autores**.
- **Carta ao Editor** - máximo **1 página**.
- **Resposta do autor** - máximo **250 palavras**.

3. PREPARO DOS MANUSCRITOS

Recomendamos a utilização dos *guidelines* disponíveis no <http://www.equator-network.org/> para consolidação do

manuscrito. Informe nos métodos qual foi utilizado (exceção: Relato de Experiência e Reflexão). A **REBEn** adota as recomendações de *Vancouver*, disponível na URL http://www.icmje.org/urm_main.html.

Os **manuscritos somente serão aceitos**, para avaliação, se estiverem rigorosamente de acordo com o modelo disponível no [Template](#) ¹.

Os manuscritos de todas as categorias aceitos para submissão à **REBEn** deverão ser preparados da seguinte forma: Arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

- O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito.
- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, e
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*:
 - Com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto;
 - Naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.
 - No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, destacá-las em novo parágrafo, **sem aspas**, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.
- As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto;
 - Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),].
 - Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5).], quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5).].
- As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável.
- Apêndices e anexos serão desconsiderados.

Não numerar as páginas ou parágrafos no manuscrito.

3.1 Estrutura do texto

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito, no resumo, em tabelas e figuras. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, precedida pelo termo por extenso.

Artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões (pesquisas de abordagem quantitativa) ou Considerações Finais (pesquisas de abordagem qualitativa) e Referências. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

3.2 Documento Principal ([Template 1](#))

O documento principal, **sem identificação dos autores**, deve conter:

- **Título do artigo:** até 15 palavras, no máximo, no idioma do manuscrito. Para compor, utilize pelo menos 3 descritores;
- **Resumo e os descritores:** resumo limitado a **150 palavras no mesmo idioma do manuscrito**. Deverá estar estruturado em **Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão ou Considerações Finais**.
- Logo abaixo do resumo, incluir cinco descritores no nos três idiomas (português, inglês e espanhol):
 - Português e espanhol devem ser extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br>;
 - Inglês cinco extraídos do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.
- **Corpo do texto:** consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito;

A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão é: **Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa); todos os subtítulos devem ser destacados em negrito no texto.**

As figuras, tabelas e quadros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito.

Ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o **número de cinco**.

Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (tabela, figura, quadro) seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 - título). Após a ilustração, na parte inferior, inserir a legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724/2011 - Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos - Apresentação). **A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários. Abreviações devem ser informadas em nota abaixo da figura.**

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

Os subtítulos do método e discussão deverão ser destacados em negrito conforme recomendação do [checklist](#).

As ilustrações devem estar em boa qualidade de leitura em alta resolução. Tabelas, gráficos e quadros devem ser apresentados no formato .doc, de forma editável no corpo no manuscrito.

- **Fomento:** é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver). Esta informação deve ser inserida na página de títulos.
- **Agradecimentos:** são opcionais às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na página de título até que a avaliação seja concluída por questão de sigilo.

- **Referências:** o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e conforme o estilo indicado pelo Comitê Internacional de Editores Científicos de Revistas Biomédicas (ICMJE). Exemplos do estilo de Vancouver estão disponíveis por meio do site da *National Library of Medicine* (NLM) em *Citing Medicine* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>.
 - No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos. A REBEn sugere que 40% das referências sejam de revistas brasileiras, da coleção Scielo e RevEnf.
 - Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente.
 - Evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, jornais ou revistas não científicas (*Magazines*) e no prelo, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: *Handbook Cochrane*).
 - A REBEn incentiva o uso do DOI, pois garante um link permanente de acesso para o artigo eletrônico.
 - Para artigos ou textos publicados na internet que não contenham o DOI, indicar o endereço da URL completa bem como a data de acesso em que foi consulta.

Exemplos mais comuns de referências:
Artigos com o identificador DOI:

Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DARD, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 5):2323-33. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0429.

Artigos Eletrônicos:

Polgreen PM, Diekema DJ, Vandenberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, et al. Risk factors for groin wound infection after femoral artery catheterization: a case-control study. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2006 [cited 2018 Jan 5];27(1):34-7. Available from: <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069.web.pdf>

Artigos em outro idioma

Cruz MSD, Bernal RTI, Claro RM. [Trends in leisure-time physical activity in Brazilian adults (2006-2016)]. *Cad Saude Publica.* 2018. 22;34(10):e00114817. doi: 10.1590/0102-311X00114817 Portuguese.

Livro

Jenkins PF. Making sense of the chest x-ray: a hands-on guide. New York: Oxford University Press; 2005. 194 p.

Livro na Internet

Higgins JP, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* [Internet]. Version 4.2.6. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2006 [cited 2018 Oct 15]. 257 p. Available from: <http://www.cochrane.org/resources/handbook/handbook.pdf>

4. PROCESSO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos devem ser submetidos a **REBEn** por meio da URL <http://www.scielo.br/reben/>, acessando o link *Submissão Online*.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código numérico (Exemplo: REBEn 2019-0001).

O autor responsável pela submissão deve ter à mão toda a documentação necessária: O [checklist](#) para auxiliar os autores, na submissão está disponível para *download*.

- Página de Título ([Template 2](#));
- Documento Principal no Modelo Indicado ([Template 1](#));
- Declaração de Responsabilidade pela Autoria, Exclusividade e Transferência de Direitos Autorais e de Ciência das Instruções da REBEn aos autores [Modelo de Declaração](#);
- Carta ao Editor (*cover letter*);
- Comprovante de **aprovação** do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- Comprovante de pagamento de taxa de avaliação;

O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um *login*, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial.

Só serão verificados pelo escritório editorial quanto à adequação às normas, os manuscritos que estiverem formatados no modelo de submissão ([Template 1](#)). Antes de submeter o manuscrito os autores devem verificar as normas da REBEn, seguir rigorosamente o [checklist](#) e ter todos os documentos necessários para submissão. É obrigatório o preenchimento completo dos metadados no formulário de submissão.

Cada documento deve ser anexado, separadamente, no campo indicado pelo sistema.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor criando/associando o cadastro do ORCID (*Open Researcher and Contributor ID* - <https://orcid.org/signin>). Todos os autores devem ter o cadastro associado ao ORCID atualizado. Os autores devem indicar quatro possíveis pareceristas para avaliação do manuscrito. Estes indicados deverão ser obrigatoriamente doutores, não ter conflito de interesses e não pertencer a instituições de qualquer dos autores. Os pareceristas podem ser acatados ou não pelos editores associados. Possíveis revisores podem ser localizados na [plataforma lattes](#) de acordo com a temática do manuscrito.

Os manuscritos que não se adequarem às normas na segunda rodada do *checklist* serão arquivados sem devolução da taxa de avaliação.

5. PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS

Após aprovação o manuscrito é enviado pelos Editores-Chefes aos editores associados e encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double-blind review*).

5.1 Processo de Revisão por Pares

Após avaliação pelos editores o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double-blind review*). Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelos Editores Chefes, e um parecer final é enviado aos autores.

Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Após apreciação dos Editores-Chefes um parecer final, sustentado pelas revisões, é enviado para os autores.

Os artigos aceitos entram no fluxo contínuo de publicação não sendo possível informar o número e páginas até ser disponibilizado online no SciELO. Por esta razão, no aceite do manuscrito é informado somente o ano da publicação.

6. REVISÃO TÉCNICA DE LÍNGUA PORTUGUESA E TRADUÇÃO DE MANUSCRITOS

Quando o artigo for aceito, o autor receberá um email com a mensagem automática de artigo não submetido (*unsubmitted*). Essa mensagem libera o manuscrito para a tradução e revisão técnica de linguagem. Os tradutores e revisores certificados pela REBEn estão relacionados neste [documento](#). A devolutiva do manuscrito nas versões traduzidas, revisadas e certificadas bem como o comprovante de pagamento da taxa de editoração, deverão ser inseridos no sistema no prazo de **até 25 dias corridos**. Este prazo não atendido e a não conformidade com o modelo ([Template 1](#)), ocasionará o **arquivamento** do manuscrito.

7. TAXA DE AVALIAÇÃO E DE EDITORAÇÃO

TAXA DE AVALIAÇÃO	R\$ 300,00 (trezentos reais).	Comprovante do pagamento da taxa de avaliação
TAXA DE EDITORAÇÃO	R\$ 1.300,00 (um mil e trezentos reais).	Comprovante do pagamento após o aceite do manuscrito

Forma de pagamento: Exclusivamente pelo [PAGSEGURO](http://reben.web2341.uni5.net/revista/) (<http://reben.web2341.uni5.net/revista/>)
PARA PAGAMENTOS INSTITUCIONAIS, ENTRAR EM CONTATO COM: tesouraria@abennacional.org.br

Sem a comprovação dos pagamentos pelo sistema, o artigo será arquivado definitivamente.

A taxa de avaliação não será devolvida caso o manuscrito não seja aceito para publicação.

ATENÇÃO

As dúvidas quanto as normas, submissão e ressubmissão serão atendidas exclusivamente pelo e-mail FALE CONOSCO (faleconosco.reben@abennacional.org.br).

Previamente ao uso do FALE CONOSCO reveja cuidadosamente as normas acima. Somente serão respondidas questões não contempladas nas Instruções aos Autores.

Ao iniciar a submissão do manuscrito o autor está ciente e em concordância com as normas da Revista.

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn
SGA Norte Quadra 603 Conj. B Av. L2 Norte
CEP 70830-102 Brasília-DF, Brasil
Tel.: (55 61) 3226-0653



reben@abennacional.org.br