



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

TARSILA FERREIRA BEZERRA

**A PERCEPÇÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS SOBRE O AUTOCUIDADO
APOIADO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Brasília - DF

2019



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

TARSILA FERREIRA BEZERRA

**A PERCEPÇÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS SOBRE O AUTOCUIDADO
APOIADO NO CONTEXTO DA 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^a Dr^a Josiane Maria de Oliveira Souza

Brasília - DF

2019

TARSILA FERREIRA BEZERRA

**A PERCEPÇÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS SOBRE O AUTOCUIDADO
APOIADO NO CONTEXTO DA 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

Aprovado em: 04/07/2019

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

Brasília - DF

2019

DEDICATÓRIA

“Dedico esse trabalho aos meus queridos pais, Maria Cristina e Nelson, ao meu irmão Lucas Henrique e a minha amada filha Sophia, sem vocês não seria possível conquistar e principalmente concluir esse sonho.”

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a **Deus**, por me dar forças para enfrentar todas as adversidades durante essa trajetória da minha vida, me afagando e reerguendo nas quedas da vida e principalmente por suprir todas as minhas necessidades com seu amor incondicional.

Aos meus queridos pais, **Maria Cristina e Nelson**, pela confiança, compreensão e amor que sempre me proporcionaram.

Ao meu irmão **Lucas Henrique**, pela força e carinho.

A minha amada filha **Sophia** por me proporcionar momentos de muita alegria, me ensinar o que é o amor incondicional e por ser a razão de todas as minhas lutas.

As minhas queridas amigas **Deborah Marcelle, Gabriela Gomes, Cláudia Marcelle, Lourdes** por me darem força, estímulo e ajuda para continuar.

Aos amigos que a vida acadêmica me proporcionou: **Yuri, Mariana de Abreu, Mariana Nunes, Edith**, muito obrigado por tudo, só nós sabendo quantos dias de luta e glória passamos juntos.

A minha amiga e companheira acadêmica **Amanda** por me dado força nessa jornada de trabalho de conclusão de curso.

Ao meu amado namorado **Thiago**, meu companheiro em toda essa jornada.

As enfermeiras e amigas, **Amanda Bazílio, Hellen Rosy, Ana Carla** pelo aprendizado inigualável nesse último semestre, ajuda e conselhos profissionais na minha caminhada acadêmica.

A minha querida professora **Josiane Maria Oliveira de Souza**, pela dedicação, paciência e orientação nesta pesquisa.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	pág. 1
RESUMO	pág. 2
1. INTRODUÇÃO.....	pág. 3
2. METODOLOGIA	pág. 6
3. RESULTADOS	pág. 9
4. DISCUSSÃO	pág. 10
5. CONCLUSÃO	pág. 12
6. REFERÊNCIAS	pág. 13
APÊNDICE.....	pág. 16
ANEXO.....	pág. 19

LISTA DE SIGLAS

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DF – Distrito Federal

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

DM – Diabetes Mellitus

PA – Pressão Arterial

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAD – Pressão Arterial Diastólica

MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas

VCL - OGG Vídeo File

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

UCI – Unidade de Contexto Inicial

UCE – Unidade de Contexto Elementar

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção dos hipertensos e diabéticos sobre a vivência do autocuidado apoiado no contexto da atenção primária à saúde. **Método:** Estudo qualitativo exploratório realizado com 34 usuários com hipertensão e diabetes que vivenciaram a implementação do autocuidado apoiado a partir de consultas individualizadas e reuniões grupais em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal, durante doze meses. Para a coleta de dados foi realizada entrevistas semi-estruturadas, com perguntas direcionadas. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise foi realizada por meio do uso do software *ALCESTE*, na versão 2018. O software processa a análise dos discursos dos participantes pela função da semelhança e da não semelhança estatísticas dos vocábulos que por eles forem produzidos; Gera a Classificação hierárquica descendente (CHD) que se dá pela contagem das palavras no texto, agrupamento de raízes semânticas e estabelecimento de classes lexicais em função da ocorrência e não ocorrência das palavras e da sua função textual. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS/UnB) **Resultados:** O corpus do estudo ao ser analisado mostrou 76% de aproveitamento, com 4.284 formas distintas ou palavras analisáveis, 90 Unidades de Contexto Elementares selecionadas, das quais emergiram três classes que se correlacionaram semanticamente evidenciando a linha de raciocínio do discurso, sendo elas: 1) Indícios de rompimento da atenção médico-centrada e reconhecimento dos benefícios da atenção centrada na pessoa; 2) A valorização da aplicabilidade do plano do autocuidado e 3) Os comportamentos mais evidenciados para o autogerenciamento do cuidado. **Conclusão:** A valorização e empoderamento das pessoas no processo do cuidar resultou em diferentes benefícios, como: adesão aos comportamentos fundamentais para controle da saúde, melhora da autoestima e da qualidade de vida. Nesse sentido, conclui-se como promissor investir em metodologias que incentivem a autogestão do cuidado para o controle das condições crônicas no contexto da atenção primária à saúde.

Descritores: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Autocuidado; Doenças Crônicas; Atenção Primária à Saúde.

1- Introdução

O delineado epidemiológico, demográfico, econômico e social do Brasil está se permeando em grande mutação, com isso o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vem se acentuando e agravando com o decorrer do tempo. Esse traçado tem nos mostrado, cada vez mais, como a saúde humana está intrinsecamente ligada a múltiplos fatores que se relacionam entre si e ao mesmo tempo são independentes^(1,2).

A ascensão das DCNT tornou-se um problema desafiador de saúde pública e tem representado um número crescente e elevado de mortes prematuras, decréscimo na qualidade de vida e incapacitação na realização de atividades diárias de vida que impactam não só na sobrevivência, mas também no quesito econômico e no sistema de saúde. No Brasil, elas têm por responsabilidade um total de 74% de mortes no ano de 2014. Dentre as DCNT que mais prevalecem entre a população, principalmente na fase adulta e idosa, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são responsáveis pelas principais causalidades de mortalidade e hospitalização no país^(1,2,3).

No Distrito Federal 7% da população acima de 18 anos são diabéticas, sendo 20% do total de baixo risco para doenças cardiovasculares e/ou causalidades secundárias a doença de base; 50% do total são de risco moderado e 30% do total são de risco alto e muito alto. Na Hipertensão Arterial também temos valores alarmantes para o DF, sendo o total de Hipertensos 20,4% da população acima de 18 anos; classificando-se em 40% do total em risco baixo para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e/ou causalidades secundárias a doença de base; 35% do total são de risco moderado e 25% do total são de risco alto e muito alto. A classificação de risco que a Secretaria de Saúde do Distrito Federal adota é a indicada pelo Ministério da Saúde⁽⁴⁾.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia⁽⁵⁾ a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial para uma determinada faixa etária, associando-se frequentemente com alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas. Considera-se normotenso valores de pressão arterial (PA) $\leq 120/80$ mmHg que se caracterizam dentro do padrão da normalidade. Já pressão arterial sistólica (PAS) entre 121 e 139 e/ou pressão arterial diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg caracteriza-se como pré-hipertensão. E medidas de PA 140-159/90-99 mmHg

HAS estágio 1; 160-179/100-109 mmHg HAS estágio 2 e $\geq 180/\geq 110$ mmHg HAS estágio 3^(5,6).

A DM, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes⁽⁷⁾, é definida por ser uma doença endócrino-metabólica de etiologia heterogênea, caracterizada por hiperglicemia crônica, resultante de defeitos da secreção ou da ação da insulina. Para se fincar o diagnóstico de DM os valores que definem são: glicemia casual ≥ 200 mg/dL com sintomas clássicos (poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso); e/ou glicemia em jejum ≥ 126 mg/dL em duas ocasiões distintas; e/ou Teste de Tolerância Oral a Glicose (TTG) com glicemia ≥ 200 mg/dl 2h após 75g de glicose anidra, em qualquer uma das medidas do teste; e/ou Hemoglobina Glicada (HbA1c) $> 6,5\%$. Considera-se pré-diabetes: glicemia de jejum de 100 a 125mg/dL; e/ou glicemia entre 140 a 199 mg/dL no TTG; e/ou HbA1c entre 5,7 e 6,4%^(6,7).

Para essas condições crônicas existem fatores de risco que ajudam a acarretar o diagnóstico da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Dentre eles temos: tabagismo, etilismo, dieta não saudável e o sedentarismo. A identificação prematura para uma intervenção com tratamento terapêutico e manutenção do controle da *hipertensão arterial* e do *diabetes mellitus* são de suma importância para a redução de possíveis agravos secundários^(2,8).

A adoção de estratégias para a mudança do estilo de vida é de grande valia para um efetivo controle da doença. A alimentação saudável, a prática de exercícios físicos regularmente e a adesão ao tratamento medicamentoso são uma tríade de cuidados que devem ser tomados, para isso o acesso a uma assistência em saúde de qualidade e qualificada torna-se imprescindível para uma prestação eficaz de serviço de saúde^(7,8).

Tendo em vista o crescimento significativo das DCNT, como mencionado anteriormente, bem como a magnitude que elas trás, a revisão das estratégias adotadas pelo serviço de saúde entra em análise. A mudança para garantir uma melhor eficácia do serviço prestado ao usuário se torna necessária em vista da contenção desse crescimento desacerbado. A atenção primária, por muitas vezes ser a primeira porta de entrada dos usuários e principalmente por ser o setor de prevenção e promoção de saúde, é a primeira a tender a realizar a modificação da abordagem com seus portadores de DCNT⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Ainda pode-se observar que a rede de atenção em saúde baseada no modelo médico hegemônico, centrada na prescrição, acontece de maneira não avaliativa e não analítica diante de determinantes que agem intrinsecamente ligados ao processo e desenvolvimento de saúde-doença e influenciam diretamente na condução da patologia. Com o déficit nítido nessa

abordagem em saúde na rede de atenção primária as DCNT, pondera-se a necessidade de haver uma nova reformulação dos recursos tecnológicos, mesmo que centrados em tecnologias duras como já se aplica usualmente como, exames e medicamentos⁽⁹⁻¹¹⁾.

Com a proposta instada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽²⁾ para a elaboração de metas e indicadores que pudessem avaliar e monitorar o declínio das DCNT, e pensando em estratégias que apanhassem ao máximo a rede de saúde com suas peculiaridades para o controle dessa condição, foi elaborado um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), consistido na junção 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; esses modelos visam a cuidados e direcionamento a pacientes com doenças crônicas através de medidas que geram descentralização do modelo médico hegemônico^(9,11,12).

O MACC utiliza de uma gama de estratégias para resolutividade mediada na atenção primária de saúde como primeira abordagem. Dentre esses vários pilares de estratégias sistematizadas, a teoria do autocuidado apoiado, a qual corresponde à prestação metódica de serviços educacionais e de intervenções de apoio para o aumento da confiança, empoderamento e habilidades de autogestão de saúde para com pessoas usuárias do sistema de saúde. Esse pilar proposto pelo MACC visa à construção de plano de cuidados, seguindo prioridades mediadas por meio de negociação entre o paciente e o profissional de saúde, fincadas em vertentes de: informação e a educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado e o apoio material^(9,12).

O autocuidado apoiado se caracteriza pelo uso da metodologia dos 5 As, que são: Avaliação (que fundamenta-se na compreensão dos valores, crenças, comportamentos e conhecimento que o usuário tem); Aconselhamento (propagação de conhecimentos específicos com relação aos benefícios e riscos das mudanças por meio de educação em saúde e de informações específicas sobre os riscos e os benefícios das mudanças por meio da educação em saúde e do treinamento de habilidades); Acordo (pactuação de metas a partir das necessidades apontadas pelos indivíduos); Assistência (ajudar a pessoa a identificar barreiras para atingir as metas pactuadas, renegociar as metas e rever o plano de autocuidado) e Acompanhamento (referente à elaboração e à execução das metas pactuadas)^(9,14).

Neste sentido, o conhecimento das características pessoais que podem interferir nas atividades de autocuidado, bem como das atividades com desempenho prejudicado, foram

essenciais para o planejamento do autocuidado de forma específica e individualizada. Vale destacar, que esta prática do autocuidado auxiliou na prevenção e/ou retardo das complicações decorrentes da doença, além de contribuir para melhoria da qualidade de vida das pessoas em condições crônicas⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Portanto, observa-se que por se tratar de uma abordagem de cuidado recente no país, estudos que explorem a vivência das pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus inserida na atenção primária à saúde são incipientes no cenário brasileiro. Neste sentido, este estudo tem como objetivo avaliar a percepção dos hipertensos e diabéticos sobre a vivência do autocuidado apoiado no contexto da atenção primária à saúde.

2- Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativa exploratório, realizado em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal, com grupos de hipertensos e/ou diabéticos, que participaram da abordagem do autocuidado apoiado, entre janeiro de 2017 e janeiro de 2018.

Para participação da pesquisa utilizou-se como critério de inclusão pessoas com diagnóstico de Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus, que estivessem inserido em algum grupo de Hipertensos e Diabéticos do centro de saúde selecionado; maiores de 18 anos; que tivessem disponibilidade de deslocamento para realização do estudo e que não estivessem hospitalizados. Foram excluídas pessoas que apresentassem alguma restrição física e/ou mental; que abandonassem o estudo.

Participaram da amostra os usuários que vivenciaram a intervenção do autocuidado apoiado, durante doze meses de seguimento. Esta intervenção ocorreu mediante seis reuniões grupais com intervalos de dois meses e três consultas individualizadas: - no primeiro mês, no sexto mês e ao final de doze meses. A primeira reunião grupal deu-se para acolhimento e levantamento de questões que os afligiam na condução de sua doença crônica, nessa foi dado vouchers para os exames laboratoriais e marcado o retorno para a consulta individual, onde se verificava os resultados, se tendo alterações exacerbadas transferia-se o usuário para a conduta médica, realizava-se o plano do autocuidado apoiado que consistia na elaboração de pactuações referente a metas a serem cumpridas para a autogerência de sua saúde. A segunda reunião grupal foi abordada a temática da etiologia, mecanismo de ação e complicações da HAS e DM, segundo indicação dos próprios usuários. Na terceira reunião grupal, o tema eleito foi relacionado a nutrição, contando com a presença da profissional do NASF (Núcleo

de Apoio à Saúde da Família) que abordou recomendações e principais dúvidas relativas à alimentação à pessoas portadoras de DCNT. Na quarta reunião grupal desenvolveu-se a temática da influência das emoções na condução da HAS e DM, desenvolvido por terapeutas ocupacionais, residentes da SESDF, treinando questões de controle emocional e técnicas de relaxamento. Na quinta reunião grupal a temática referida foi a de fármacos, ministrada por residentes de farmácia através de um jogo de verdades ou mitos relacionados ao tratamento medicamentoso. A última e sexta reunião grupal a temática que se abordou foi a de Exercícios Físicos, realizada por um profissional de educação física, trabalhou-se a necessidades da realização de atividades física regular para o controle do tratamento da HAS e DM. As reuniões tinham uma média de tempo de uma hora, sendo 30 minutos de abordagem teórica e trinta minutos de dúvidas e questionamentos.

Nas consultas individualizadas (no primeiro mês, no sexto mês e ao final de doze meses) foi estabelecido o 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-lo. E, no sexto e de décimo segundo mês avaliação e renegociação de metas e do plano de autocuidado⁽⁹⁾.

Ao final do seguimento de doze meses, ou seja, entre janeiro a maio de 2019, os usuários que concordaram em participar da pesquisa (34 usuários) passaram por uma entrevista semiestruturada, gravada por em modo de OGG Video File (VCL); referente a áudios do software Whatsapp; e transcrita, contendo cinco perguntas direcionadas, como: Qual a sua opinião sobre modelo de cuidado baseado no autocuidado apoiado? Existe alguma diferença entre a abordagem do autocuidado apoiado e a abordagem tradicional? Se sim, especifique? Como está sendo para você colocar em prática o plano de autocuidado? Quais estão sendo as facilidades e dificuldades em praticar o autocuidado apoiado? Você acha que o plano de autocuidado trouxe algum benefício para sua vida? Se sim, quais? Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Após a transcrição das entrevistas, o corpus foi preparado segundo as normas do software *Analyse Lexical par Contexted'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE)*, na versão 2018.

O *software* Alceste processa a análise dos discursos dos participantes pela função da semelhança e da não semelhança estatísticas dos vocábulos que por eles forem produzidos.⁽¹⁶⁾

Com a análise realizada pelo Alceste podemos evidenciar mundos lexicais transmitidos pelos participantes que nos compreende a linha de racionalidade do seu discurso. Entre os métodos explorados pelo programa, o foco deste artigo é a classificação hierárquica

descendente (CHD), que se dá pela contagem das palavras no texto, agrupamento de raízes semânticas e estabelecimento de classes lexicais em função da ocorrência e não ocorrência das palavras e da sua função textual⁽¹⁶⁾.

Para extrair as classes, o software Alceste, a partir de Unidades de Contexto Iniciais (UCI) realiza as fragmentações necessárias dando origem as unidades de contexto elementares (UCE) que são fragmentos discursivos com exploração dos léxicos. Desse modo, o cruzamento das formas reduzidas das palavras nas UCE gerou classes de UCE que tem vocabulário semelhante entre si, mas diferentes das UCE de outras classes. Na análise da CHD é possível apreender as relações entre as classes, de oposição e similaridade, a partir da distribuição do seu vocabulário. Tal análise é feita considerando os léxicos de maior associação a classe; a medida pelo khi2 (qui-quadrado) e a sua presença nas UCE; as palavras características da classe avaliadas pelo valor da porcentagem; e as variáveis do perfil que tiveram destaque na organização da classe⁽¹⁶⁾.

Neste artigo as entrevistas foram realizadas com os usuários que finalizaram o processo da implementação total do autocuidado apoiado, assim que derivando o corpus composto por trinta e quatro unidades de contexto inicial (UCI). Utilizaram-se variáveis para análise de sexo (sex_1 =feminino; sex_2= masculino), escolaridade (escol_1 = Analfabeto; escol_2= Ensino Fundamental Incompleto; escol_3= Ensino Fundamental Completo; escol_4= Ensino Médio Incompleto; escol_5= Ensino Médio Completo; escol_6= Ensino Superior Incompleto; escol_7= Ensino Superior Completo); faixa etária (faixaet_1= menor ou igual 35 anos; faixaet_2= 36-50 anos; faixaet_3= 51-60 anos; faixaet_4= 61-70 anos; faixaet_5= 71-80 anos; faixaet_6= mais de 80 anos) e usuário (usu_1, 2,3...) de acordo com a numeração dos participantes, ou seja 1 a 34.

O projeto se respalda diante da Resolução 466/2012 e foi submetido ao 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 (Conselho Nacional de Saúde, 2012). O projeto foi financiado pelo pela chamada pública FAPDF/MS-DECIT/CNPQ/SESDF Nº 001/2016 PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes são identificados numericamente (usu_1, usu_2...), e os trechos dos depoimentos seguem o código do software aplicado na análise.

3- Resultados

Dos 34 participantes, 23(67,6%) são do sexo feminino e 11(32,4%) sexo masculino. A faixa etária predominante foi a de 71 a 80 anos representando 13(38,2%) do total de participantes. O estado civil prevaecente foi o casado com 22(64,7%), seguido por 6(17,6%) viúvos, 3(8,8%) divorciados e 3(8,8%) solteiros. Quanto à escolaridade predominou-se entre os entrevistados com Ensino Médio Completo e Ensino Fundamental Incompleto, ambos com 11 usuários (32,4%) cada. Os que tinham o diagnóstico de HAS eram 32(94,1%) e DM 21(61,8%). Todos os participantes realizavam a utilização do sistema público de saúde e dentre eles tinham indivíduos que recorriam tanto à saúde pública quanto à privada.

O corpus foi constituído de 34 entrevistas transcritas na íntegra, assim formando 34 unidades de contexto iniciais (UCI). Ao ser analisado obteve 76% de aproveitamento, com 4.284 formas distintas ou palavras analisáveis, 90 UCE selecionadas, das quais geraram três classes, em dois blocos. O primeiro bloco temático originou apenas a classe 1 e obteve representatividade de 44,44% do total do corpus, composto de 467 palavras analisáveis e 40 UCE. O segundo bloco temático originou as classes 3 e 2, a classe 3 obteve representatividade de 31,12% do corpus, que foi constituído por 459 palavras analisáveis e 28 UCE, e a classe 2 apresentou representatividade de 24,44%, 163 palavras analisáveis e 22 UCE (Figura 1).

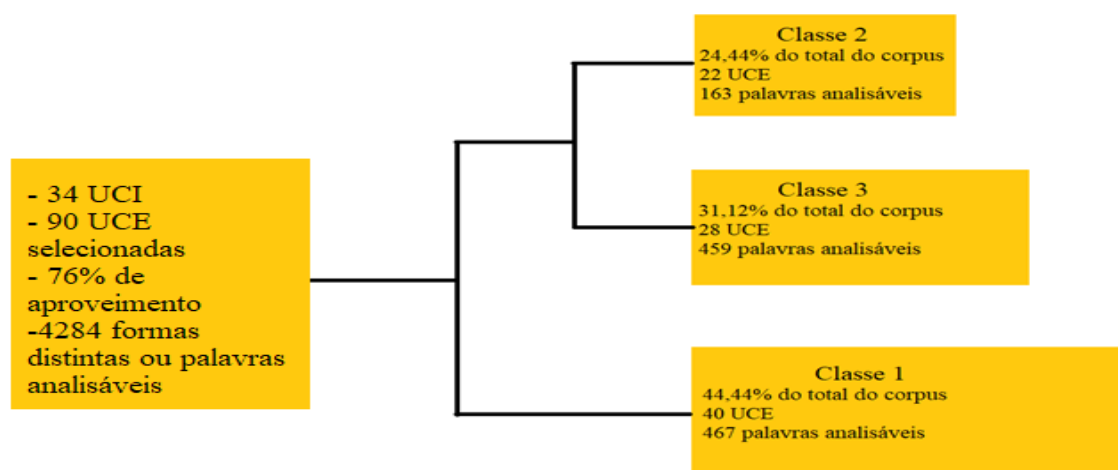


Figura 1 – Dendrograma de Classificação Hierárquica Descendente – Brasília-DF, 2019.

O dendrograma^(Figura 1) simboliza ao resultado da Classificação Hierárquica Descendente e apresenta a relação das classes. Neste caso, o software originou 3 classes que apresentam vocabulários semelhantes e abrangem contextos semânticos específicos, com isso denominou-se um título a cada classe. As classes foram organizadas em categorias temáticas e ordem de significância, destacando-se as palavras mais representativas de cada classe, a partir da análise do Khi2, conforme representado na figura abaixo:



Figura 2 - Divisão das classes e seus respectivos Khi2- Brasília-DF,2019.

A partir desta análise e correlacionando as unidades de contexto elementares de cada classe designou-se as categorias do estudo correspondentes a cada classes da seguinte forma: **classe 1:** *Indícios de rompimento da atenção médico-centrada e reconhecimento dos benefícios da atenção centrada na pessoa*; **classe 3:** *A valorização da aplicabilidade do plano do autocuidado*; **classe 2:** *Os comportamentos mais evidenciados para o autogerenciamento do cuidado*, que serão melhor detalhadas a seguir:

- Indícios de rompimento da atenção médico-centrada e reconhecimento dos benefícios da atenção centrada na pessoa

A categoria mais significativa a respeito da percepção da vivência do autocuidado no contexto da atenção primária foi relacionada às variáveis: sexo feminino, idade maior de 80 anos e escolaridade com ensino médio completo. Nesta a percepção dos usuários portadores de HAS e DM, foi representada mais significativamente pelas seguintes palavras: médico (Khi2 17); exame (Khi2 14); ajudar (Khi2 11) e projeto (Khi2 11), as quais demonstraram que para os usuários, que mesmo diante da centralidade da assistência na figura do médico e suas ausências, a vivência do autocuidado apoiado por meio do projeto acarretou em uma grande ajuda na autogestão do cuidado. As falas a seguir evidenciam esses achados:

Eu acho muito bom, principalmente na parte das palestras e dos aconselhamentos, acho importante. Mas falta comunicação para marcar consultar. Pessoa idosa é igual criança tem que passar pelo médico, trocar receita, trocar os remédios. ...acho até que o projeto dá mais atenção para a gente do que o posto de saúde.... (usu_21).

Me ajudou a me cuidar mais, me ajudou bastante a conhecer coisas que não sabia. Melhorou o atendimento, a orientação, não precisei ficar correndo atrás de exame. Vocês são mais atenciosos. A facilidade é que nunca mais precisei vim aqui marcar nada (usu_30).

Eu achei ótimo, a gente vai no médico nunca tem médico, depois que vocês vieram, a gente faz exames, trás para vocês, sabe da nossa doença. Eu achei melhor, sempre tá aqui com a gente, a outra nunca tinha médico e quando tinha demorava em receber os resultados dos exames (usu_15).

- A valorização da aplicabilidade do plano do autocuidado

Esta categoria teve uma relação mais significativa com as variáveis: idade de 61 a 70 anos e escolaridade com ensino superior completo. Os usuários participantes evidenciam a classe com as seguintes palavras: faço (Khi2 16); coisa (Khi2 14); praticar (Khi2 13) e colocar (Khi2 12), o que deixou claro a busca pela adesão as metas e comportamentos pactuados no plano de autocuidado, como exemplificado a seguir.

Colocar é questão de força, de seriedade, se você tem seriedade e quer colocar em prática, tem que ter interesse. Eu tô conseguindo sem dificuldades. Só às vezes que não tenho dinheiro para comprar as coisas que tem que comprar, mas faço o possível (usu_16).

Por isso não deixo de vim de jeito nenhum. Eu tento colocar em prática, mas nem tudo eu consigo, só de pouquinho em pouquinho. A maioria eu consigo. A facilidade de colocar em prática e que eu já faço caminhada e hidroginástica. Tirei os condimentos depois que vocês falaram (usu_15).

- Os comportamentos mais evidenciados para o autogerenciamento do cuidado

Nesta categoria temática, as principais variáveis relacionadas foram sexo masculino e escolaridade com ensino fundamental incompleto. As palavras, mais representativas foram: alimentação (Khi2 23); cuidado (Khi2 13); muita (Khi2 13); exercícios (Khi2 9) e melhorar (Khi2 8), em que se observou o reconhecimento da alimentação saudável e do exercício físico para autogestão do cuidado em saúde dos usuários com DM e HAS. Evidenciado em falas como:

A alimentação, atividade física, só veio para melhorar a vida da gente. O cuidado consigo mesmo (usu_33).

Muita coisa me beneficiou. Minha alimentação mudou demais, estou fazendo exercícios físicos, estou bem melhor agora. Melhorou muita coisa (usu_22).

Trouxe o benefício de orientação, os cuidados com a alimentação, por exemplo, toda vez que vou fazer alguma coisa eu penso nas coisas que vocês falam aqui, por exemplo, eu diminuí a quantidade de óleo, da massa, aumentei a quantidade de frutas (usu_16).

Vou tentar fazer tudo certinho. O benefício foi na minha hipertensão, eu tava mais gordinho, agora não tô mais. Eu consegui perder peso, melhorar minha alimentação, tô fazendo exercícios físicos agora, até indo de bicicleta ao trabalho (usu_34).

Pôde ser também percebido a relação do autocuidado a melhoria na qualidade de vida estando intrinsecamente ligada ao reconhecimento da adesão a dieta saudável e exercícios físicos, notabilizado nas falas a seguir:

Trouxe foi qualidade de vida. Parece que ficamos mais a vontade, mais orientados, aprendemos mais. Temos mais cuidado (usu_8).

Trouxe benefício o pelo esclarecimento para preservar mais a vida. Assim eu cuido melhor da minha saúde (usu_27).

As dificuldades são os problemas de saúde. O benefício é a melhora da saúde. Tô bem melhor (usu_19).

O beneficio na minha vida foi de melhorar mais, foco mais na minha saúde, ter mais cuidado comigo e aprender, ainda mais lá em casa que tenho dois irmãos que tenho diabetes (usu_33).

Outro dado que o software *Alceste* nos apresenta é a nuvem global. Esta representa em forma de figura, o Khi2 das palavras que mais se repetem e se relacionam semanticamente. Sendo assim, no nosso *corpus* as palavras que mais se destacaram foi exame médico e alimentação, como mostra a imagem a seguir:



Figura 3 – Nuvem global- Brasília-DF, 2019.

4- Discussão

O *software* Alceste ao realizar a categorização lexical indicou particularidades referentes à percepção da vivência do autocuidado apoiado referente ao manejo de DCNT, hipertensão e diabetes mellitus, no contexto da atenção primária à saúde. As UCE formadas trouxeram discursos representativos e significantes para os participantes do estudo, assim evidenciando, em detalhes, as estratégias fincadas dentro da vertente do autocuidado apoiado, ancorados nos indícios de rompimento da atenção médico-centrada e reconhecimento dos benefícios da atenção centrada na pessoa; na valorização da aplicabilidade do plano do autocuidado e nos comportamentos mais evidenciados para o autogerenciamento do cuidado.

No discurso dos participantes ficou muito evidenciado a figura do médico como elemento importante para obtenção de saúde, porém já conseguindo reconhecer a corresponsabilidade do indivíduo no processo de manejo de suas patologias. Isso evidencia os benefícios da centralização do usuário como gestor de sua própria saúde e como a sistematização do cuidado baseado no autocuidado apoiado, vai além do provimento de conhecimento, e sim, na promoção de autonomia que é trabalhada pelos profissionais de saúde, através da conceituação do próprio modelo, que se respalda na sistematização de estratégias que sobrepõe a autopercepção do indivíduo com as necessidades para a manutenção de sua higidez ^(17,18).

O reflexo do modelo biomédico, focalizado no uso de tecnologias duras: exames e medicamentos, ainda se permeia muito vigente na cultura de cuidados em saúde no Brasil, a desconstrução dessa abordagem torna-se um grande desafio as mudanças necessárias para a melhor condução e controle de DCNT ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

O autocuidado apoiado, mesmo ainda como um pilar de estratégia incipiente, permite o usuário atingir um olhar amplo em tudo que pode e que influencia no seu fator saúde-doença, o que nos faz evidenciar, positivamente, a qualidade da proposta da abordagem colaborativa, ficando exposto dentre os discursos dos participantes que passaram pela implementação do autocuidado ^(17,19).

A relação médico e exame ainda são muito fortes para o usuário, porém o empoderamento que o autocuidado impulsiona, principalmente a partir da tomada de decisão e na reestruturação do modelo da assistência permitiu a verificação de mudanças autorreferidas pelos próprios participantes, que no modelo tradicional/prescritivo não tinha este estímulo. Contudo, destaca-se ainda ser incipiente, necessitando de um envolvimento

maior dos profissionais dos serviços da atenção primária, com maior sensibilização e preparo para abordagens mais ativas, a fim de romper com o modelo prescritivo/biomédico ^(10, 11, 15,18).

Na categoria valorização da aplicabilidade do plano do autocuidado, observa-se que a valorização do processo do cuidado é uma das estratégias também vinculadas ao autocuidado apoiado e pode ser percebida na linhagem de raciocínio dos participantes. O empoderamento que se trabalha dentro da abordagem colaborativa alicerça vínculos e proporciona melhor adesão ao tratamento de sua patologia e ao reconhecimento do indivíduo para sua vida e saúde ⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Esse processo de valorização realizado pelo autocuidado se dá pelo método utilizado. O trabalho com a técnica dos “As”, a qual consisti em: avaliar, aconselhar, acordar ou pactuar, assistir e acompanhar, se evidenciam de forma importante para o autogerenciamento em saúde ^{10,15.19)}.

A adesão ao tratamento e principalmente ao cuidado em saúde advém do repasse de conhecimento, informações e habilidades para que o usuário conheça seus problemas e descida e escolha suas opções de tratamento, isso se consolida pela tomada de decisão, que é uma das estratégias dentro do plano do autocuidado apoiado, e perpassar o entendimento da individualização de cada paciente para o manejo da DCNT que o profissional de saúde trabalha ^(20,21).

Neste sentido, os resultados aqui evidenciados ratificam as evidências já pronunciadas que as 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 ⁽⁹⁾. E, que a construção do plano de cuidados ou metas específicas, de forma compartilhada entre os profissionais e os usuários no cenário da APS, com a determinação da autoeficácia para o alcance das metas propostas, fortalece a corresponsabilidade e valorização do usuário no processo ^(9,23). O que resulta em maior estímulo para tomada de decisão em prol da adesão ao plano terapêutico, visto que se veem mais ativos no seu processo do cuidar, com nítidos reflexos em sua autoestima.

Pode-se observar que a corresponsabilidade norteia o sucesso do plano terapêutico, visto que faz com que o paciente se torne mais participativo e entenda as razões para os métodos adotados. Desta forma, permite um autoentendimento do indivíduo não apenas para sua doença, mas traz a consciência o seu papel como principal responsável pela promoção de sua qualidade de vida e suas perspectivas futuras ^(19,21).

A condução profissional é a linha principal para a compreensão do usuário diante do seu juízo de valor. O profissional dá as ferramentas e o paciente escolhe a que mais se adequa a sua realidade, isso também trabalhando à própria tolerância as aceitações e frustrações que lhe podem acontecer. O monitoramento e reajustes realizados às intervenções são o que direciona a alcançar os objetivos do usuário, isso se deve a como dito anteriormente ao manejo do profissional de saúde com essa nova tecnologia leve do cuidar^(18,20-22).

Neste sentido, estudos que discutem a temática do autocuidado apoiado evidenciam os elementos significativos abordados dentro das categorias advindas do discurso dos participantes. Assim podemos fazer equiparações diante da proposta do modelo do autocuidado e do seu manejo.

Um estudo realizado com o modelo do autocuidado ⁽¹⁴⁾ em pacientes com diabetes mellitus nos ratifica duas categorias encontradas na nossa pesquisa. O reconhecimento dos benefícios da implementação do autocuidado e a valorização de sua aplicabilidade. Assim pode-se evidenciar que as mudanças de hábitos de vida diários, a permuta de modelo de abordagem medicalocêntrica para a centralização do paciente como autogestor de saúde, mesmo que lenta, por ser um rompimento de padrões culturais, consegue ser vista e ressaltada por aqueles que vivenciam o processo^(14,19).

Outro estudo que assinalou resposta equitativa com o achado do nosso estudo foi uma revisão integrativa sobre estratégias de autocuidado apoiado com pacientes com acidente vascular cerebral ⁽²³⁾. Apesar de se tratar de patologia diferente, evidenciou-se que as categorias formadas diante da aplicação são essenciais para o processo de implementação do autocuidado apoiado. Outro achado que pode se relacionar a esse estudo é a percepção da implementação da proposta do modelo do autocuidado apoiado de sua forma completa, utilizando todas as suas ferramentas sem fragmentação. Isso nos revela que a condução dessa abordagem, mesmo que incipiente no momento tem grande efetividade e eficácia dentro da mudança proposta pelo modelo de cuidado centrado na pessoa^(14,23).

5- Conclusão

O estudo permitiu explorar o significado da percepção dos usuários para com o autocuidado apoiado, o que nos possibilitou uma reflexão de como o modelo foi consolidado com o grupo de intervenção. Evidenciamos uma melhora no cuidado, particularmente referida pelos próprios usuários, o que nos indica que o processo pode haver fragilidades, mas também grandes potencialidades. Destaca-se que com a aplicação deste novo pilar de cuidado a

desculturalização do modelo médico hegemônico é possível e a centralização do indivíduo para a autogestão de sua saúde pode ser de grande utilidade para o controle e alcance dos objetivos do cuidado integral e eficiente à saúde da população, especialmente com condições crônicas.

Os sujeitos apontaram que a valorização e empoderamento das pessoas no processo de cuidar resultam em diferentes benefícios, como: adesão aos comportamentos fundamentais para controle da saúde, melhora da autoestima e da qualidade de vida. O que suscita a necessidade de se investir da qualificação dos profissionais da saúde para explorarem a abordagem do autocuidado apoiado na atenção aos usuários no contexto da atenção primária à saúde, visto que abordagem prescritiva, por si só, não é suficientemente efetiva ao tratamento das condições crônicas.

Mesmo que a implementação do modelo do autocuidado apoiado ainda esteja muito incipiente, este estudo aponta evidências que a implementação deste resulta em um maior envolvimento, valorização, conscientização e principalmente centralização do papel do usuário na sua condição de saúde, o que nos remete a refletir sobre o investimento na difusão desse modelo no contexto da atenção primária, visando uma maior adesão as recomendações terapêuticas e comportamentais do cuidado à saúde entre os usuários com hipertensão e diabetes mellitus.

6- Referências

1. Malta DC, Silva JR. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2014, p. 389-395. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S2237-96222014000300389&script=sci_arttext&tlng=pt
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não transmissíveis. [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2013 (Documento CD52/8, Rev.) Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4400/CD52_7por.pdf?sequence=4
3. Malta DC, & Silva Jr, JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. [Internet]. 2011. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 22(1), p.151-164. Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?lng=pt&pid=S1679-49742013000100016&script=sci_arttext
4. Stopa, SR, Cesar CLG, Segri NJ, Alves MCGP, Barros MBDA, & Goldbaum M. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas

- comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015.[Internet]. Cadernos de Saúde Pública, 34, e00198717. Available from:
https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001005010
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7a Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. 2016;107. Available from:
http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
 6. Brasília. Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde. [Internet]. Secretária de Saúde do Distrito Federal. Portaria SES-DF Nº 161 de 21 de fevereiro de 2018 , publicada no DODF Nº 37 de 23.02.2018 . Available from: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/hipertencao-e-diabetes-Manejo_da_HAS_e_DM_na_APS.pdf
 7. Sociedade Brasileira de diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. [Internet].2018. Available from:
<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
 8. Schwab GL. Percepção de inovações na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. [Internet]. Saúde em Debate 38 (2014): 307-318. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042014000600307&script=sci_arttext
 9. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde. 2012. 515 p. Available from:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
 10. Moyses ST, Silveira Filho AD, Moyses SJ. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção as Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná [Internet]Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde /Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012. Available from:
<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/CuidadoCondicoesCronicas-EstudoCasoAlvorada-Curitiba2012.pdf>
 11. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. [Internet].Interface - Comunic., Saúde, Educ.; Jul- Set. 2010.;v.14, n.34, p.593-605. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000300010&script=sci_abstract&tlng=pt
 12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) Available from:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

13. 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?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt
14. Teston EF. Consulta de enfermagem baseada no autocuidado apoiado: benefícios no manejo e controle do Diabetes mellitus.[Internet] 2015. Available from: <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/handle/1/2283>
15. Coelho ACM, Boas LCGV, Gomides DSG, Foss-Freitas MC, Pace AE. Atividade de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com Diabetes Mellitus.Texto Contexto Enferm, Florianópolis.[Internet].Jul-Set. 2015; 24(3): 697-705. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000300697&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Azevedo DM, Miranda FAN. The social representations theory and Alceste: theoretical-methodological contribution in qualitative research]. Saude Transf Soc [Internet].2012;3(4):04-10. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265324588003>
17. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. 2017 fev. 14; Seção 1. p. 4. 2017b. Available from: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro
18. Gomes DM, Dazio EMR, Paraizo CMS, et al. Ressignificação do Cuidado de uma Pessoa com Diabetes e Pé Diabético: Relato de Experiência. [Internet]. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017. Available from: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1509/1874>
19. Ulbrich EM, Mantovani MF, Mattei AT, Mendes FRP. Escala para o cuidado apoiado na atenção primária: um estudo metodológico. [Internet].Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):e63922. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63922>. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e63922.pdf>
20. Quaresma PC, Santos RJL. Implementação do Autocuidado apoiado para pacientes com diabetes tipo 2 acompanhados em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Luziânia- GO.[Internet]. Simpósio sobre Educação Inclusiva da Região do Centro-oeste. 2018 Available from: <http://revistas.icesp.br/index.php/SaberesPratica/article/view/597/453>
21. Cavalcanti AM, Oliveira ACL. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde.[Internet]. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2012. Available from: <file:///D:/TCC/auto%20cuidado.pdf>
22. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. [Internet]. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003. Available from: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte_001.pdf
23. Morais HCC, Gonzaga NC, Aquino PS, Araújo TL. Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. [Internet] Revista da Escola de Enfermagem da USP 49.1 2015. p 136-143. . Available from: <http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/103173/101565>

APÊNDICE

1- PLANO DO AUTOCUIDADO

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

3- Nome: _____ Fone: _____

Equipe: _____

4- 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?

5- _____

Agora, assinale quais os comportamentos necessários para alcançar seus objetivos e dê uma nota de 0 a 10 no seu interesse, 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, descreva 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)

2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável (Nome/ assinatura)

Brasília, ____ de _____ de _____.

ANEXO



ISSN 0080-6234 *versão impressa*
ISSN 1980-220x *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Orientações Básicas](#)
- [Categorias de Publicações](#)
- [Estratégias de Qualificação dos Manuscritos](#)
- [Estrutura e Preparo dos Manuscritos](#)
- [Modelos de Referências](#)

Atualizado em

Fevereiro 12, 2019

Orientações Básicas

A REEUSP aceita artigos inéditos e originais. Utiliza o sistema CrossRef para localização de textos similares e identificação de plágio e autoplágio. Textos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação e os autores suspensos, a depender da gravidade e extensão da má conduta científica. Nesses casos, a Revista adota as orientações do *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

O conteúdo dos artigos deve agregar **conhecimento e representar um avanço** para a prática, o ensino ou a pesquisa em enfermagem e saúde.

Os manuscritos podem ser submetidos nos idiomas português, inglês e espanhol e destinados exclusivamente à REEUSP. Não é permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, parcial ou integralmente.

A revista utiliza a normalização dos "Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations/>).

Nas pesquisas envolvendo seres humanos é necessário o envio de cópia da aprovação por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da [Resolução 466/2012](#), do Conselho Nacional de Saúde – CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. . Nas pesquisas envolvendo animais, exige-se a aprovação do Comitê de Ética no Uso de Animais.

Parecer do Comitê de Ética e a coleta de dados: máximo 5 anos.

O artigo deve ser submetido *online* no sistema *ScholarOne* (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta à Editora-chefe informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para a submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as

contribuições do texto frente às publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito para assumir a responsabilidade pelo seu conteúdo. O *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) recomenda que a autoria se baseie nos seguintes critérios: a) contribuições substanciais na concepção ou desenho do trabalho; b) na coleta, análise e interpretação dos dados; c) na redação do artigo ou na sua revisão crítica; d) na aprovação final da versão a ser publicada.

Todos aqueles designados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria. **O número máximo de autores é seis.**

Os autores devem colocar o nome por extenso, a contribuição detalhada de cada um dos autores, assinar e enviar a **Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais**, na submissão do manuscrito ([modelo anexo](#)).

Todos os autores devem associar o número de registro no ORCID ao seu perfil no *ScholarOne* e informá-lo na submissão (<https://orcid.org/>).

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a REEUSP adota a Licença *Creative Commons* Licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>).

Custos de publicação

Para autores no Brasil:

Taxa de Submissão/Editoração

Taxa de submissão: R\$ 200,00 (duzentos reais)

Taxa de editoração: R\$ 1.000,00 (mil reais)

As taxas deverão ser pagas através de transferências/depósitos bancários para:

Centro de Apoio à Escola de Enfermagem da USP (CEAP/EE)
CNPJ: 13.523.056/0001-72
Banco: Santander (033)
Agência: 0201
Conta: 13.004932-3

Para autores fora do Brasil:

Não será cobrada a taxa de submissão. Se o artigo for aceito, será cobrada uma Taxa de Editoração no valor de USD 500 dólares (quinhentos dólares).

As despesas bancárias são de responsabilidade dos autores.

DÓLAR (USD – code 220)
Banco Correspondente: Standard Chartered Bank – New York – USA
SWIFT (BIC CODE): SCBLUS33XXX
Clearing Code: ABA 026002561 / CHIPS UID 0256
Número da conta: 3544034644001
Nota: Os dados do Banco Correspondente nem sempre são requisitados pelo banco.
Banco Beneficiário: Banco Santander (Brasil) S.A.
SWIFT (BIC CODE): BSCHBRSP
Nome do Beneficiário – Centro de Apoio à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEAP-EE),
Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 1º andar, São Paulo – Brazil
Número da agência: 0201
Número da conta (ou IBAN): BR63 9040 0888 0020 1013 0049 323C 1

Ao submeter o manuscrito no *ScholarOne* o comprovante da transferência ou do depósito (escaneado) deverá ser anexado em File Upload: Payment Proof.

Após o pagamento e a finalização da submissão, preencha os dados no link para emissão de recibo.
<https://goo.gl/forms/DWTV8f2IVDzm1gQ43>

A taxa de submissão não será devolvida se o manuscrito não for aceito para publicação.

Tradução e revisão: Quando o artigo for aprovado para publicação, a tradução para o idioma inglês deverá ser providenciada de acordo com as orientações da Revista.

Os manuscritos aprovados, submetidos em inglês ou espanhol deverão passar por uma revisão profissional do idioma.

O custo da tradução e eventual revisão é de responsabilidade dos autores.

Categorias de Publicações

Artigo original: resultado de pesquisa primária, com metodologia rigorosa, clara, discussão aprofundada e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Revisão sistemática com ou sem meta-análise ou metassíntese: análise de estudos primários, quantitativos ou qualitativos, tendo por finalidade a busca de evidências. Limitada a 25 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e

referências).

Estudo teórico: análise de teorias ou métodos que sustentam a ciência da enfermagem ou de áreas correlatas que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, quadros, figuras e referências).

Relato de experiência profissional: estudo de situação de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas, contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada para a avaliação da eficácia de um procedimento ou estratégia. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Carta à Editora ao Editor: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado. Limitado a uma página.

Editorial e Ponto de Vista: Usualmente são convidados pelo editor. Não são submetidos à revisão por pares e nem é cobrada a taxa de publicação.

Estratégias de Qualificação dos Manuscritos

Relações que podem estabelecer **conflito de interesse**, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

A REEUSP adota como estratégias de qualificação para a publicação de estudos de pesquisa, tais como as da *Organização Mundial da Saúde (OMS)*, *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* e *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR network)*. Tais estratégias constituem recursos que favorecem o potencial de publicação e sua utilização em referências em pesquisas. A seguir, apresentam-se alguns protocolos internacionais validados a serem utilizados conforme o desenho da pesquisa:

Ensaio clínico: CONSORT <http://www.consort-statement.org/downloads> e identificação de Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve constar no final do resumo.

Revisões sistemáticas e meta-análises: PRISMA <http://www.prisma-statement.org/2.1.2%20-%20PRISMA%202009%20Checklist.pdf> Apresentar, sempre que possível, o método de concordância adotado para a análise dos artigos incluídos, por ex., Kappa.

Estudos observacionais em epidemiologia: STROBE http://stroke-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf

Estudos qualitativos: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

OBS: protocolos de outros tipos de estudos são encontrados na rede EQUATOR <http://www.equator-network.org/> e no artigo de Larson E, Cortazal M. Publication guidelines: need widespread adoption. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012;65:239-246.

Estrutura e Preparo dos Manuscritos

Formato do arquivo: doc ou docx (MS Word).

Texto: ortografia oficial em folhas A4; espaço entrelinhas de 1,5; fonte Times New Roman, tamanho 12, inclusive nas tabelas. As margens superiores, inferiores e laterais devem ter 2,5 cm.

Página de título (deve conter):

Título: máximo de 16 palavras, somente no idioma do artigo, em negrito, utilizando caixa alta somente no início do título e substantivos próprios. Não devem ser usadas abreviaturas, siglas ou a localização geográfica da pesquisa.

O título é a parte mais lida e divulgada de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Deve ser claro, exato e atraente.

Nomes dos autores: completos e sem abreviações, numerados em algarismos arábicos, com as instituições às quais pertencem, o local, o estado e o país. O autor deve seguir a forma como seu nome é indexado nas bases de dados e inserir o número de registro ORCID no cadastro do *ScholarOne*.

Instituições: até três hierarquias institucionais de afiliação (Universidade, Faculdade, Departamento).

Autor correspondente: : indicação do nome, endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail.

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada.

Resumo: somente no idioma do artigo, até 1290 caracteres com espaço. Deve ser estruturado em: **objetivo, método, resultados e conclusão**. Exceção para os **estudos teóricos**. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro no final do resumo.

Descritores: três a seis descritores que identifiquem a temática, acompanhando o idioma do resumo português (descritores), inglês (descriptors) ou espanhol (descriptores);

separados entre si por ponto e vírgula; extraídos do vocabulário DeCS ([Descritores em Ciências da Saúde](#)), elaborado pela BIREME, ou MeSH ([Medical Subject Headings](#)), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

Documento principal (*Main Document*):

Deve conter o título, o resumo, os descritores e o corpo do manuscrito. Não coloque a identificação dos autores.

Conteúdo do texto: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, apresentados em tópicos distintos. Os **Objetivos** devem ser inseridos no final da Introdução.

Introdução: Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: Estabelecer a questão principal e as hipóteses a serem testadas.

Método: Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou Desenho do estudo; População ou Cenário; Critérios de seleção; Definição da amostra (se for o caso); Coleta de dados; Análise e tratamento dos dados; Aspectos éticos.

Resultados: Apresentação e descrição somente dos dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Para facilitar a compreensão, podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar ou destacar o que é mais importante, sem repetir os dados das tabelas ou das figuras. O número de participantes da pesquisa faz parte dos Resultados.

Discussão: Deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas, nacionais e internacionais. Deve apontar as limitações do estudo e os avanços para a área da enfermagem/saúde.

Conclusão: Deve ser direta, clara e objetiva, em resposta às hipóteses ou aos objetivos, fundamentada nos resultados e na discussão. Não citar referências.

Referências: máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, a depender da busca e da seleção de inclusão dos estudos). Seguir a proporcionalidade de 80% de artigos de periódicos, no mínimo metade deles indexados em bases de dados internacionais. Permite-se 15% de autocitação dentre os citáveis.

Citações de referências no texto: enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4); quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

Citações de referências no final do texto: estilo "Vancouver", disponível no endereço eletrônico (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. Os títulos dos periódicos abreviados de acordo com: List of Journals Indexed for MEDLINE (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>).

Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (dos últimos 5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP e de outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma inglês.

Depoimentos: Frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados em itálico. Sua identificação deve ser codificada a critério do autor e entre parênteses.

Citações textuais: devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

Ilustrações: no máximo cinco entre Tabelas, Quadros e Figuras, devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto, com informações não repetidas e com títulos informativos e claros. Nas Tabelas, os títulos devem conter o local, a sigla do estado, o país e o ano da coleta de dados.

Gráficos, fluxogramas ou similares, devem ser preferencialmente editáveis, em formato vetorial. Fotos, imagens, ou similares devem ter resolução final de 300 DPI. Ambos podem ser coloridos e devem ser legíveis.

Quando não elaboradas pelos autores, todas as ilustrações devem indicar a fonte de onde foram extraídas.

Apoio financeiro: : Informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios. A informação deve constar na página de título e no sistema de submissão.

Siglas: Restrita ao mínimo possível. Devem ser citadas por extenso na primeira vez que aparecerem no texto; não usar

em título e resumo.

Modelos de Referências

EXEMPLOS DE CITAÇÕES DE REFERÊNCIAS CONFORME O TIPO DE DOCUMENTO

Periódicos

Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. AORN J. 2010;92(2):236-41.

Artigo com mais de seis autores (citar os seis primeiros, seguidos de et al.)

MacNeela P, Clinton G, Place C, [Scott A](#), [Treacy P](#), [Hyde A](#), et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. J Adv Nurs. 2010;66(6):1297-307.

Artigo cujo autor é uma organização

American Diabetes Association. Diabetes update. Nursing. 2003;Suppl:19-20,24.

Artigo com múltiplas organizações como autor

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004;104(6):984-1001.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, [Haffner S](#), [Ratner R](#), [Marcovina S](#), et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. Ann Intern Med. 2005;142(8):611-9.

Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, [Yonas H](#), [Roberts MS](#). The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. Rev Esc Enferm USP. 2001;45(4):898-904.

Artigo sem indicação de autoria

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. Health News. 2005;11(4):11.

Artigo num volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de

serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2:S190-8.

Artigo num fascículo com suplemento

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Technology and safe medication administration. J Infus Nurs. 2005;28(2 Suppl):37-41.

Artigo num volume publicado em partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. Int J Psychoanal. 2002;83 Pt 2:491-5.

Artigo num fascículo publicado em partes

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

Artigo num fascículo sem volume

Tom Dwyer AMC. A pesquisa da sociabilidade on-line: três gerações de estudos. Rev USP. 2012;(92):100-13.

Artigo num número especial

Salveti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF. Disability related to chronic low back pain prevalence and associated factors. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(n.esp):16-23.

Artigo com paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. Bioethics. 2002;16(2):iii-v.

Artigo com publicação de errata

Altizer L. Strains and sprains. Orthop Nurs. 2003;22(6):404-11. Erratum in: Orthop Nurs. 2004;23(1):38.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Chen SL, Lee WL, Liang T, Liao IC. [Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study.](#) J Adv Nurs. 2014 Feb 10. [Epub ahead of print]

Artigo provido de DOI

Loro MM, Zeitoune RCG. Collective strategy for facing occupational risks of a nursing team. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2015027403205>

Livros

Livro padrão com autor pessoal

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática.

Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

Organizador, editor, coordenador como autor

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Instituição como autor

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2^a ed. Brasília; 2009.

World Health Organization. State of inequality: childhood immunization. Geneva: WHO; 2016.

Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra (adaptado)

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

Capítulo de livro, cujo autor é um colaborador

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5^o sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Documentos eletrônicos

Artigo de periódico

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 28];45(5):1083-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf

Livro na íntegra

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's online [Internet]. 16th ed. Columbus

(OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Capítulo de livro

Loizzo F, Menthonnex E, Menthonnex P, Filipack VA. A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM). In: Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS, organizadores. Manual de regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU [Internet]. Florianópolis; c1999 [citado 2008 nov. 7]. Disponível em: http://www.neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf

Instituição como autor

World Health Organization. State of inequality: childhood immunization [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2018 Apr 17]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252541/9789241511735-eng.pdf>

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

Literatura cinzenta: Devem ser evitadas citações de documentos não indexados e de difícil acesso à comunidade científica (exceto as imprescindíveis), consideradas como literatura cinzenta. É classificada como literatura cinzenta documentos oficiais, os livros, teses, manuais, legislação, normas etc

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Pesquisador:

Título da Pesquisa:

Instituição Proponente:

Versão:

CAAE:

A EFETIVIDADE DO AUTOCUIDADO APOIADO EM USUÁRIOS COM CONDIÇÕES

CRÔNICAS: ENSAIO COMUNITÁRIO

Josiane Maria Oliveira de Souza

Faculdade de Ceilândia

1

57727116.3.0000.0030

Área Temática:

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 1.645.880

DADOS DO PARECER

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

fisiológicos (peso, altura, valores pressóricos, colesterol, circunferência abdominal, glicemia, frequência

cardíaca e triglicerídeos, 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

Apresentação do Projeto:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

70.910-900

(61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Endereço:

Bairro: CEP:

Telefone:

Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Asa Norte

UF: DF Município: BRASÍLIA

Página 01 de 08

UNB - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Continuação do Parecer: 1.645.880

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

70.910-900
(61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Endereço:
Bairro: CEP:
Telefone:
Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Asa Norte
UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Página 02 de 08

UNB - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Continuação do Parecer: 1.645.880

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”. 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

Objetivo da Pesquisa:

70.910-900

(61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Endereço:

Bairro: CEP:

Telefone:

Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Asa Norte

UF: DF Município: BRASILIA

Página 03 de 08

UNB - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Continuação do Parecer: 1.645.880

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

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 proatividade

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”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

70.910-900

(61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Endereço:

Bairro: CEP:

Telefone:

Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Asa Norte

UF: DF Município: BRASILIA

Página 04 de 08

UNB - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Continuação do Parecer: 1.645.880

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;

70.910-900

(61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Endereço:

Bairro: CEP:

Telefone:

Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Asa Norte

UF: DF Município: BRASILIA

Página 05 de 08

UNB - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Continuação do Parecer: 1.645.880

(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.

Recomenda-se revisar os critérios de exclusão. Para o participante de pesquisa ser excluído, ele

deverá ter sido primeiramente incluído.

Recomendações:

Não há óbices éticos e documentais no processo analisado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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.

Considerações Finais a critério do CEP:

70.910-900

(61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Endereço:

Bairro: CEP:

Telefone:

Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Asa Norte

UF: DF Município: BRASILIA

Página 06 de 08

UNB - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Continuação do Parecer: 1.645.880

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento Arquivo Postagem Autor Situação

Informações Básicas

do Projeto

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P

ROJETO_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
Oliveira de Souza
Aceito
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
70.910-900
(61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com
Endereço:
Bairro: CEP:
Telefone:
Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Asa Norte

UF: DF Município: BRASILIA

Página 07 de 08

UNB - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Continuação do Parecer: 1.645.880

BRASILIA, 23 de Julho de 2016

Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Assinado por:

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

70.910-900

(61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Endereço:

Bairro: CEP:

Telefone:

Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Asa Norte

UF: DF Município: BRASILIA

Página 08 de 08