



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LAURA BARBOSA NUNES

**ADAPTAÇÃO CULTURAL DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR AS
INTERVENÇÕES DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA A PESSOA COM DIABETES**

TERESINA
2017

LAURA BARBOSA NUNES

**ADAPTAÇÃO CULTURAL DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR AS
INTERVENÇÕES DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA A PESSOA COM DIABETES**

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM)
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família
do Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre
em Saúde da Família

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Formação de recursos
humanos na atenção à saúde da família

Orientadora: Profa. Dra. Camila Aparecida
Pinheiro Landim Almeida

TERESINA
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

N972a Nunes, Laura Barbosa.

Adaptação cultural de um instrumento para avaliar as intervenções de educação terapêutica a pessoa com diabetes / Laura Barbosa Nunes. – Teresina: Uninovafapi, 2017.

Orientador (a): Prof. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida: Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2017.

106. p.; 23cm.

Dissertação (Pós-Graduação Stricto Sensu em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – UNINOVAFAPI, 2017.

1. Educação em Saúde. 2. Diabetes Mellitus. 3. Enfermagem. 4. Estudos de Validação. I. Título. II. Almeida, Camila Aparecida Pinheiro Landim.

CDD 616.462

LAURA BARBOSA NUNES

**ADAPTAÇÃO CULTURAL DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR AS
INTERVENÇÕES DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA A PESSOA COM DIABETES**

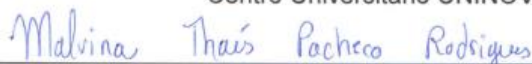
Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM)
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família
do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, como
requisito para obtenção do título de Mestre
em Saúde da Família

APROVADO EM: 19 / 12 / 2017

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida – Orientadora/Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ



Profa. Dra. Malvina Thaís Pacheco Rodrigues - 1ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí - UFPI



Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago - 2ª Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ



Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura - Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ

DEDICATÓRIA

À **Deus**, Senhor de todas as coisas.

Aos **meus pais**, que me incentivaram nesta trajetória com palavras de conforto, serenidade e tranquilidade necessárias para chegar até o fim. Hoje concluo mais uma sonhada etapa, o Mestrado. Dedico a eles essa vitória. Gratidão!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus, em quem confio, pois, o Senhor me fortaleceu e me guiou dia após dia, concedendo saúde e perseverança tão necessárias para alcançar este objetivo.

À minha orientadora, Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida, que me acolheu com carinho e cuidado e muito me ensinou. Obrigada pela sua dedicação, apoio constante, por respeitar minhas opiniões, limitações e, sobretudo, por acreditar em mim. Grande exemplo de profissional na qual me espelho para ser cada dia melhor nesta vida acadêmica. À você, toda minha admiração e gratidão.

À banca examinadora, Profa. Dra. Malvina Thaís Pacheco Rodrigues, Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago e Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura, pelas significativas contribuições no aprimoramento deste estudo.

À Profa. Dra. Eva Menino, pelo apoio no início deste trabalho, por ter concedido a autorização tão primordial para a realização deste estudo.

Aos profissionais *experts* que utilizaram do seu tão precioso tempo para participar desta pesquisa e torná-la realidade.

À Dra. Cristina Maria Miranda de Sousa, em nome do Centro Universitário UNINOVAFAPI, pela estrutura dessa Instituição disponibilizada e oportunidades ofertadas durante o curso do Mestrado.

À Coordenação e todos os docentes do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, pela confiança e contribuições.

Aos meus familiares, amigos e colegas de turma, que em momentos desafiadores me incentivaram a olhar para o meu objetivo.

Obrigada, e que venha o doutorado!!!!!!

*Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe de tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós
ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos
sempre.*

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: Frente às sucessivas dificuldades no controle glicêmico e metabólico da pessoa com diabetes mellitus, disponibilizar escalas válidas e fidedignas para avaliar as intervenções sobre a educação terapêutica para o comportamento de autocuidado representa um desafio para a comunidade científica, devido à lacuna existente de escalas medidas por profissionais de saúde, especialmente pelos enfermeiros, o que pode refletir em transformações complexas de caráter pessoal, profissional e institucional. **Objetivos:** Adaptar culturalmente a escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes (ETCAD) para o português do Brasil; Realizar a revisão linguística do Português, conforme a normatização do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa; Verificar o alcance das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre a versão original do instrumento e a versão uniformizada para o português do Brasil; Avaliar os itens do instrumento quanto à pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica. **Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico que visa investigar os métodos de obtenção, organização, análise de dados por meio da análise semântica e análise de conteúdo. Na análise semântica, realizou-se a revisão linguística por um professor de português e a avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento. Participaram juízes especialistas, mestres e doutores, entre janeiro a julho de 2017. Para a análise de conteúdo, foi desenvolvido um brainstorming e a avaliação da pertinência prática, relevância e dimensão teórica. **Resultados:** As etapas de adaptação cultural foram bem-sucedidas e as equivalências semântico-idiomáticas, culturais e conceituais foram suficientemente alcançadas. Os juízes durante o brainstorming sugeriram a retirada do item 20 e a unificação dos itens, 26,27, 28 e 29, porém foram mantidos para evitar viés de resposta. Na avaliação quanto as pertinências práticas e relevância teórica, os itens foram mantidos com IVC médio aproximado de 80%, já na avaliação da dimensão teórica o IVC médio apresentado foi de 93%, bem como para os critérios avaliados de pertinência prática e relevância teórica, ou seja, obteve-se para o conjunto total de itens Índice de Validade de Conteúdo de 93%, valor considerado alto. A adaptação transcultural e a validação de conteúdo do ETACD foram conduzidas de acordo com o preconizado pela literatura. As análises pelos *experts* na área demonstraram que os itens são pertinentes à cultura brasileira e avaliam aspectos na perspectiva do instrumento original. **Conclusão:** Espera-se que a adaptação cultural da ETCAD possa contribuir para a produção do conhecimento científico de estudos metodológicos em diferentes contextos culturais, permitindo a adaptação semântica e validação. Além da identificação de lacunas no conhecimento que possam vir a prejudicar a assistência direta às pessoas com essa condição crônica. Como contribuição, foi adaptado o instrumento Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes para o Brasil, para enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Diabetes Mellitus. Enfermagem. Estudos de Validação.

ABSTRACT

Introduction: Given the successive difficulties in glycemic and metabolic control of the person with diabetes mellitus, providing valid and reliable scales to evaluate interventions on therapeutic education for self-care behavior presents a challenge for the scientific community due to the existing gap of measured scales by health professionals, especially by nurses, which may reflect on complex transformations of personal, professional and institutional character. **Objective:** To culturally adapt the scale of Therapeutic Education for Self-care to the Person with Diabetes for Brazilian Portuguese; Perform the linguistic revision of Portuguese, according to the norms of the Portuguese Language Orthographic Agreement; Check the scope of semantic, idiomatic, cultural and conceptual equivalence between the original version of the instrument and the standardized version for Brazilian Portuguese; Evaluate the items of the instrument regarding practical relevance, theoretical relevance and theoretical dimension. **Methods:** It is a methodological study that aims to investigate the methods of obtaining, organizing, analyzing data through semantic analysis and content analysis. In the semantic analysis, the linguistic revision was performed by a Portuguese teacher and the evaluation of the semantic, idiomatic, cultural and conceptual equivalence of the instrument. Expert judges, masters and doctors participated from January to July, 2017. For content analysis, a brainstorming and evaluation of practical relevance, relevance and theoretical dimension were developed. **Results:** The stages of cultural adaptation were successful and the semantic-idiomatic, cultural, and conceptual equivalences were sufficiently achieved. The judges during the brainstorming suggested the withdrawal of item 20 and the unification of items, 26,27, 28 and 29, but were maintained to avoid response bias. In the evaluation of the practical relevance and theoretical relevance, the items were maintained with a mean CVI of approximately 80%; in the evaluation of the theoretical dimension, the mean CVI presented was 93%, as well as for the assessed criteria of practical relevance and theoretical relevance, that is, it was obtained for the total set of items Content Validity Index of 93%, considered high value. The cross-cultural adaptation and validation of the content of the ETACD were conducted according to the literature recommended. The analysis by the experts in the area showed that the items are pertinent to the Brazilian culture and evaluate aspects from the perspective of the original instrument. **Conclusion:** It is expected that the cultural adaptation of the ETCAD can contribute to the production of scientific knowledge of methodological studies in different cultural contexts, allowing the semantic adaptation and validation. In addition to identifying gaps in knowledge that may come to harm direct assistance to people with this chronic condition. As a contribution, the instrument Therapeutic Education for the Self-Care of the Person with Diabetes for Brazil for Nurses of the Family Health Strategy was adapted.

Keywords: Health Education. Diabetes Mellitus. Nursing. Validation Studies.

RESUMEN

Introducción: Frente a las sucesivas dificultades en el control glucémico y metabólico de la persona con diabetes mellitus, disponibilizar escalas válidas y fidedignas para evaluar las intervenciones sobre la educación terapéutica para el comportamiento de autocuidado representa un desafío para la comunidad científica, debido a la laguna existente de escalas medidas por profesionales de salud, especialmente por los enfermeros, lo que puede reflejar en transformaciones complejas de carácter personal, profesional e institucional. **Objetivo:** Adaptar culturalmente la escala de Educación Terapéutica para el Comportamiento del Autocuidado a la Persona con Diabetes para el portugués de Brasil; Realizar la revisión lingüística del portugués, conforme a la normatización del Acuerdo Ortográfico de la Lengua Portuguesa; Verificar el alcance de las equivalencias semántica, idiomática, cultural y conceptual entre la versión original del instrumento y la versión uniforme para el portugués de Brasil; Evaluar los ítems del instrumento en cuanto a la pertinencia práctica, relevancia teórica y dimensión teórica. **Métodos:** Se trata de un estudio metodológico que busca investigar los métodos de obtención, organización, análisis de datos por medio del análisis semántico y análisis de contenido. En el análisis semántico, había la revisión lingüística por un profesor de portugués y evaluación del instrumento semántica, idiomática, cultural y conceptual. Participaron jueces especialistas, maestros y doctores, entre enero a julio de 2017. Para el análisis de contenido, se desarrolló una reflexión y la evaluación de la pertinencia práctica, relevancia y dimensión teórica. **Resultados:** Las etapas de adaptación cultural fueron exitosas y las equivalencias semántico-idiomáticas, culturales y conceptuales fueron suficientemente alcanzadas. Los jueces durante el brainstorming sugirieron la retirada del ítem 20 y la unificación de los ítems, 26,27, 28 y 29, pero se mantuvieron para evitar sesgos de respuesta. En la evaluación de la dimensión teórica, el IVC promedio presentado fue del 93%, así como para los criterios evaluados de pertinencia práctica y relevancia teórica, es decir, se obtuvo para el conjunto total de ítems Índice de Validez de Contenido del 93%, valor considerado alto. La adaptación transcultural y la validación de contenido del ETACD se realizaron de acuerdo con lo preconizado por la literatura. Los análisis por los expertos en el área demostraron que los ítems son pertinentes a la cultura brasileña y evalúan aspectos en la perspectiva del instrumento original. **Conclusión:** Se espera que la adaptación cultural de la ETCAD pueda contribuir a la producción del conocimiento científico de estudios metodológicos en diferentes contextos culturales, permitiendo la adaptación semántica y validación. Además de la identificación de lagunas en el conocimiento que puedan perjudicar la asistencia directa a las personas con esa condición crónica. Como contribución, fue adaptado el instrumento Educación Terapéutica para el Comportamiento del Autocuidado a la Persona con Diabetes para Brasil, para enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia.

Palabras clave: Educación en Salud. Diabetes Mellitus. Enfermería. Estudios de Validación.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA	<i>American Diabetes Association</i>
ATT-19	<i>Diabetes Mellitus Attitude</i>
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
D 39	Diabetes 39
DM	Diabetes Mellitus
DPP	<i>Diabetes Prevention Program</i>
DPS	<i>Finnish Diabetes Prevention Study</i>
DCCT	<i>Diabetes Control and Complications Trial</i>
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DKN-A	<i>Diabetes Mellitus Knowledge</i>
DQOL-Brasil	<i>Diabetes Quality of Life Measure</i>
DQOLY-Brasil	<i>Diabetes Quality of Life for Youths</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETCAD	Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes
FMS	Fundação Municipal de Saúde
IMDSES	<i>Insulin Management Diabetes Self-Efficacy</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
UKPDS	<i>United Kingdom Prospective Diabetes Study Center</i>
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PAID	<i>Problem Areas in Diabetes</i>
QAD	<i>Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UKPDS	<i>United Kingdom Prospective Diabetes Study Center</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Contextualização do problema	11
1.2	Objeto do estudo	14
1.3	Questão norteadora	15
1.4	Objetivos	15
1.5	Justificativa e relevância	15
2	REFERÊNCIAL TEMÁTICO	17
2.1	O panorama epidemiológico e a condição crônica do diabetes mellitus	17
2.2	A educação em saúde como ferramenta para o autocuidado do diabetes mellitus	23
2.3	Instrumentos específicos relacionados à condição crônica do diabetes mellitus validados no Brasil	26
2.4	Processo de adaptação transcultural de ferramentas práticas	30
2.5	Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes	34
3	MÉTODOS	36
3.1	Delineamento do estudo	36
3.2	Autorização formal do autor principal para a realização do estudo	36
3.3	Processo de adaptação transcultural	36
3.4	Processo de validação de conteúdo	36
3.5	Local e período do estudo	37
3.6	População e amostra	38
3.7	Coleta de dados: instrumentos e procedimentos	39
3.8	Análise de dados	41
3.9	Aspectos éticos e legais	42
3.10	Riscos e Benefícios	42
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1	Manuscrito - Adaptação cultural de um instrumento para avaliar as intervenções de educação terapêutica a pessoa com diabetes	44
4.2	Produto - Escala de Educação Terapêutica para o comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes (Instrumento Adaptado)	60
5	CONCLUSÃO	62
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICES	74
	ANEXOS	97

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

Em âmbito mundial, o aumento da esperança média de vida ocasionou uma transição no perfil morbimortalidade da população, no qual há prevalência das condições crônicas. Tabagismo, dieta pouco saudável, atividade física insuficiente e o uso nocivo do álcool são fatores que estão associados ao crescimento das condições crônicas no cenário mundial. No Brasil, 74% dos óbitos são causados por condições crônicas não transmissíveis, dentre elas, estão as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias, o câncer e o diabetes mellitus (DM) (BRASIL, 2011, DUNCAN et al., 2012, MENINO et al., 2013).

Devido sua incidência crescente, o DM destaca-se por ser considerada uma das principais síndromes de evolução crônica que acometem o homem em qualquer idade, condição social e localização geográfica. Em termos mundiais, 135 milhões apresentavam a doença em 1995, 240 milhões em 2005 e há projeção para atingir 366 milhões em 2030, sendo que dois terços das pessoas com DM habitarão países em desenvolvimento, na faixa etária de 45-64 anos (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2016).

O DM é caracterizado por uma desordem metabólica de múltipla etiologia, causando hiperglicemia decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina, influenciando o metabolismo dos glicídios, proteínas, lipídios, água, vitaminas e, durante a sua evolução, altas concentrações de glicose levam ao desenvolvimento de complicações agudas e crônicas (BARBOSA; OLIVEIRA; SEARA, 2009). Embora a detecção precoce e tratamentos atempados (educação quanto ao uso correto da medicação) reduzam significativamente as mortes e complicações da doença, devemos ressaltar que as intervenções baseadas numa comunicação eficaz e fiável entre paciente e enfermeiro constitui uma das etapas do sucesso do tratamento, uma vez que o profissional da saúde tende à estimular maior envolvimento da pessoa com diabetes, para que este desenvolva condições para o autogerenciamento (BORBA et al., 2012, MENINO et al., 2013, MELO; CAMPOS 2015).

Após o diagnóstico de DM, a pessoa deve procurar acompanhamento de equipe multidisciplinar para que possa conviver com a doença de forma saudável.

No sistema público brasileiro de saúde, a equipe multiprofissional é formada por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal e o agente comunitário de saúde, configurando a equipe de Saúde da Família (ESF). Nesta equipe, cada membro possui atribuições específicas da estratégia e comuns no acompanhamento da pessoa com DM (BRASIL, 2013).

Dentre as atribuições, destaca-se a educação em saúde, uma vez que a orientação para autogestão no DM torna-se a intervenção mais centrada, pois quando o cliente se reconhece como elemento principal na tomada de decisão, os cuidados tornam-se mais efetivos, e reflete em comprometimento mútuo e responsabilidade partilhada (FUNNELL et al., 2007; TORRES, 2012; MENDONÇA; NUNES, 2015). Nesta perspectiva, a educação da pessoa com diabetes é considerada fundamental para a autogestão desta patologia, porque interliga os três componentes que são a base do tratamento da diabetes mellitus (alimentação, exercício físico e medicação).

A tríade: alimentação/exercício físico/medicação serve de embasamento para o gerenciamento do DM. A consulta médica com a definição da terapêutica e o processo de educação em diabetes iniciam-se com o conhecimento sobre a condição, suas complicações, uso adequado da medicação e identificação do padrão glicêmico satisfatório. Em relação ao estilo de vida, faz-se necessário que a pessoa com DM realize atividade física regular, siga orientações nutricionais, evite o fumo e o álcool, controle o estresse e o peso (TORRES; ALEXANDRE, 2011; MATSUMOTO et al., 2012; SCAIN et al., 2013).

Alguns efeitos da educação terapêutica no DM (melhoria da eficácia e eficiência do tratamento, a redução dos custos médicos da doença, melhoria na qualidade de vida e a motivação da pessoa) só passaram a ter respaldo clínico após os resultados do estudo do *Joslin Diabetes Centers*, em Boston, nos Estados Unidos, ainda na década de 30, que publicou o primeiro manual para pacientes com DM em 1918, ressaltando passos importantes de educação e aconselhamento (KRALL; BEASER, 1992). Portanto, a educação deve ser parte integrante do tratamento da pessoa com DM, assumindo uma filosofia de responsabilidade e autonomia, sendo indispensável para o alcance de um bom padrão de autocuidado, mediante níveis glicêmicos e metabólicos favoráveis.

Os dois mais importantes e pioneiros estudos clínicos para o controle do DM, o *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT) e o *United Kingdom*

Prospective Diabetes Study Center (UKPDS), mostraram que as complicações do DM podem ser evitadas ou retardadas por meio de mudanças no estilo de vida proporcionadas pela educação em diabetes (DCCT, 1993; UKPDS, 1998).

Neste contexto, de acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a atenção primária em saúde ou atenção básica, no Brasil, é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde, fundamentada nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários no sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (OPAS, 2011). Em 2012, a OPAS ressaltou a importância da educação em diabetes em sua publicação intitulada "Melhorias dos Cuidados Crônicos por meio das Redes de Atenção à Saúde", na qual a pessoa com DM deve ser gestora no processo de cuidado da sua própria condição de saúde (OPAS, 2012).

Em 2016, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) destaca que o processo de educação em diabetes deve integrar em conjunto os profissionais de saúde, a pessoa com DM, seus familiares e cuidadores, destacando que cada profissional de saúde como membro de uma equipe multiprofissional deve ter conhecimento técnico e científico adequado para exercer o papel de educador em saúde. No Brasil, como membro da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF), o enfermeiro tem como atribuição a prevenção e a promoção da saúde devem sobressair-se no autocuidado com as condições crônicas (SBD, 2016).

Assim, tendo em vista o reconhecimento da importância do enfermeiro da ESF em orientar a condução do autocuidado à pessoa com DM, torna-se necessário conhecer a frequência de suas intervenções no âmbito de práticas de educação terapêutica na atenção básica. O presente estudo justifica-se por não terem sido identificados na literatura científica brasileira instrumentos especificamente desenhados com este propósito.

Diante do exposto, os instrumentos encontrados na literatura relacionados ao DM adaptados e validados para a cultura brasileira retratam uma abordagem destinada à pessoa com a condição crônica, dentre eles: o *Diabetes Mellitus Knowledge* (DKN-A), que avalia o conhecimento e compreensão geral sobre a

doença, e o *Diabetes Mellitus Attitude* (ATT-19), que avalia a questão psicológica frente as estratégias de aprendizagem (TORRES; HORTALE; SCHALLC, 2005).

Há também o *Diabetes Quality of Life Measure* (DQOL-Brasil), que mede a percepção individual subjetiva de qualidade de vida, e o *Diabetes Quality of Life for Youths* (DQOLY-Brasil), que avalia a qualidade de vida de jovens com DM (CORRER et al., 2008; NOVATO; GROSSI; KIMURA, 2008).

Além destes, existem o Diabetes 39 (D-39), que avalia a qualidade de vida relacionada a saúde e o *Insulin Management Diabetes Self-Efficacy* (IMDSES), que mede a confiança do indivíduo na sua capacidade de tomar decisões no controle de autocuidado (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009; GASTAL, 2005); *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (QAD), que avalia a aderência ao autocuidado em pessoas com DM (MICHELS et al., 2010). Além disso, Gross (2004) adaptou a escala *Problem Areas in Diabetes* (PAID), que avalia aspectos emocionais relacionados ao conviver com diabetes.

Esta problemática contextualizada acerca do impacto que o DM representa na saúde justifica a necessidade de adaptar para a cultura brasileira um instrumento que seja confiável e válido para mensurar a frequência das intervenções de educação terapêutica por enfermeiros para o autocuidado da pessoa com diabetes, uma vez que estas intervenções têm representado alcances expressivos no controle glicêmico e metabólico desta condição crônica, reduzindo a incidência de complicações e minimizando os gastos no manejo da doença.

O instrumento selecionado para objeto desse estudo foi a Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes (ETCAD), por ter apresentado propriedades psicométricas válidas e confiáveis, construído originalmente em Portugal (MENINO et al., 2016). Trata-se de um instrumento com variados itens de fácil compreensão, não excessivamente longo e autoaplicável.

1.2 Objeto do estudo

Adaptação cultural para o Brasil de um instrumento para avaliar as intervenções da educação terapêutica à pessoa com diabetes

1.3 Questão norteadora

É possível adaptar transculturalmente para o Brasil a Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes?

1.4 Objetivos

- Adaptar culturalmente uma Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes do português de Portugal para o português do Brasil;
- Verificar o alcance das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre a versão original do instrumento e a versão uniformizada para o português do Brasil;
- Avaliar os itens do instrumento quanto à pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica.

1.5 Justificativa e relevância

O DM é considerado uma das principais condições crônicas, em decorrência da sua alta prevalência, incidência e morbimortalidade mundial, tendo em vista a necessidade de buscar estratégias efetivas no cuidado prestado. A confirmação do diagnóstico implica para a pessoa mudanças nos hábitos de vida para manter o estado de saúde e controlar a evolução da condição por meio de um complexo tratamento.

De acordo com o impacto que o DM apresenta em vários níveis, este estudo justificou-se pela necessidade de ferramentas práticas de avaliação das intervenções de educação terapêutica por profissionais de saúde para a pessoa com DM. Dessa forma, não foram identificados na literatura científica brasileira instrumentos especificamente desenhados com este propósito, encontraram-se instrumentos com a finalidade de avaliar outros aspectos, mas na perspectiva da pessoa com a condição crônica, e não do profissional.

Especialmente os enfermeiros, uma vez que as intervenções terapêuticas têm revelado ganhos para o controle metabólico e glicêmico da pessoa com DM, e consequente redução dos gastos governamentais utilizados no manejo da doença.

Espera-se contribuir para a produção do conhecimento científico de estudos metodológicos em diferentes contextos culturais, permitindo a adaptação cultural do Instrumento “Escala de Educação Terapêutica para o comportamento de Autocuidado à pessoa com Diabetes” para a língua portuguesa do Brasil, tendo em vista a importância de avaliar as intervenções terapêuticas para a educação em diabetes mellitus no Brasil, proporcionando a autogestão da pessoa com DM nessa importante condição crônica de saúde.

Nesta direção, a análise da dimensionalidade de um instrumento que mede a educação terapêutica da pessoa com diabetes poderá ser de extrema importância para a enfermagem, não somente pelo ineditismo do tema, mas principalmente pela sua aplicação na prática clínica e para pesquisas de cuidados em saúde. Além disso, poderá contribuir na melhoria do autocuidado na condição crônica do DM e na ampliação das pesquisas que estudam a adaptação de instrumentos que mede a educação terapêutica da pessoa com DM no contexto do Brasil, preenchendo lacunas de conhecimento para a comunidade científica.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 O panorama epidemiológico e a condição crônica do diabetes mellitus

A partir da década de 1960, ocorreram significativas transformações nas condições de saúde da população humana. Esse processo atingiu quase todos os continentes, alterando a estrutura demográfica e os padrões de morbimortalidade. No Brasil, modificações políticas, sociais e econômicas refletiram no aumento de indivíduos acometidos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial pelo Diabetes Mellitus (DM) (BRASIL, 2013).

As mudanças ocorreram devido à queda acentuada da mortalidade, o acelerado processo industrial, e aumento da expectativa de vida, o que reflete no envelhecimento da população, ou seja, uma transição demográfica acentuada acompanhada de mudanças no estilo de vida. Em 1930, no País observou-se uma transição epidemiológica, uma vez que as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e que esse valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000. Já as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam, em 2009, por quase 30% de todos os óbitos. A causa de morte por doenças crônicas manifesta-se em todas as regiões do País: 65,3% no Norte, 74,4% no Nordeste, 69,5% no Centro-Oeste, 75,6% no Sudeste e 78,5% no Sul (MENDES, 2012).

O aumento das doenças crônicas e a consequente adoção de novos hábitos alimentares resultaram em sobrepeso, obesidade e sedentarismo, porém a adesão à nova rotina vem ocasionando mudanças na pirâmide etária da população, uma vez que seu alargamento representa o envelhecimento da população. O formato triangular, com base alargada, em 2005, cederá lugar em 2030, a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; BRASIL, 2014).

A mudança do formato triangular deve-se ao percentual de jovens no Brasil que em 1960 era de 42%, e passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050. Contudo, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá atingir 19% em 2050. Esse envelhecimento populacional revela um aumento crescente das doenças crônicas,

tendo em vista que possui maior impacto nos segmentos de maior idade (MENDES, 2012).

Nesse cenário, observou-se um acentuado processo de transição demográfica nos países subdesenvolvidos, entende-se por transição demográfica a oscilação das taxas de crescimento e variações populacionais, em geral, ocorrem em conjunto com a transformação epidemiológica, pois percebe-se que nos dias de hoje morre-se mais por DCNT e causas externas, do que por doenças infecciosas e materno infantis. As DCNT são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração (SCHMIDT; DUNCAN, 2011). Sendo um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que as DCNT são responsáveis por 70% de um total de 38 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2014 (OMS, 2015). Nos Países da América Latina observa-se uma diminuição crescente e rápida dos índices das doenças infecciosas e parasitárias, porém ainda insuficiente, sendo também acompanhada pelo incremento rápido das doenças crônicas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

De fato, o DM tem sido considerado como uma epidemia em curso. A prevalência mundial do DM tem aumentado nas últimas décadas, tornando-se uma das condições crônicas mais prevalentes em todo o mundo. Atualmente, estudos epidemiológicos estimam que o DM acomete 387 milhões de pessoas no mundo, e em 2035, estima-se que esse valor alcance 470 milhões de pessoas. Dentre os fatores que explicariam esses dados, destaca-se o envelhecimento populacional, aumentando a expectativa de vida da população, além da prevalência da obesidade e sedentarismo (MARLEBI; FRANCO, 1992; IDF, 2016).

Em meados da década de 1980, estimou-se no Brasil, uma prevalência de 7,6% de pessoas acometidas com diabetes. Em 2010, as taxas elevaram-se, em torno de 15% (MORAES et al., 2010). Em 2014, foi realizado um estudo envolvendo seis capitais brasileiras, com servidores de universidades públicas com idades entre 35 a 74 anos, encontrou-se uma prevalência de 20% dos casos (SCHMIDT, 2014). O número de brasileiros diagnosticados com diabetes cresceu 61,8% nos últimos 10 anos, passando de 5,5% da população em 2006 para 8,9% em 2016, ou seja, aproximadamente 16 milhões de diabéticos, e há projeções de que essa população aumente para 23,2 milhões até 2040 (IDF, 2015; SBD, 2016).

Estimou-se que 5,2% de todos os óbitos no mundo relacionam-se ao DM, o que torna essa no século 21, a quinta principal cause de óbito no mundo. Em 2014, foram 4,9 milhões de mortes causadas pela doença (OMS,2015).

Frente à esta tendência mundial, no Brasil, em 2013, as DCNT foram responsáveis por aproximadamente 72,6% das mortes (SIM 2015). A alteração do perfil de morbimortalidade do País deve-se a transformações sociais, populacionais e econômicas. Essas alterações refletem diretamente nos costumes, hábitos alimentares e diversos fatores que contribuíram e ainda contribuem para que as doenças infecciosas e parasitárias fossem deixadas para trás, preocupando-se com as doenças crônicas não transmissíveis (CASADO; VIANNA; THULER, 2009).

Tal fato apresenta-se como um novo desafio para os gestores de saúde, pois além do forte impacto das DCNT na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, essas comorbidades são resultados de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, bem como fatores de risco individuais como por exemplo, o tabagismo, consumo de álcool, inatividade física e alimentação irregular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2011, realizou a Reunião de Alto Nível sobre DCNT, a qual resultou em uma declaração dos países-membros, comprometendo-se a trabalhar para impedir o crescimento desse grupo de doenças, e a OMS elaborou um conjunto de metas e indicadores para monitorar o alcance desses objetivos. O quadro de monitoramento global foi pactuado em 2012, contendo 25 indicadores e nove metas globais voluntárias, para a prevenção e o controle das DCNT. Em um segundo momento, as Metas foram alinhadas às do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, com o apoio do Ministério da Saúde (MALTA; SILVA, 2013).

Tal iniciativa deve-se por tratar-se de um grupo de doenças bastante abrangente, o qual inclui doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, o câncer, as doenças renais e reumáticas, além dos agravos decorrentes das causas externas (acidentes, violências e envenenamentos) e os transtornos mentais. As DCNT causam forte impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, além de ocasionar altíssimos custos com a saúde (THIEME et al., 2014).

Dentre as DCNT, o DM pode alterar de forma intensa a vida da maioria das pessoas que são acometidas por tal patologia. No Brasil, o MS prioriza ações de

prevenção e manejo das doenças crônicas, entre elas o DM, enfocando na qualidade de vida de seus pacientes (BRASIL, 2015). O manejo dessa doença é oneroso e vem aumentando os custos em saúde, bem como gerando impacto econômico, principalmente no concernente as suas complicações e incapacidades (GONÇALVES; HARZHEIM; DUNCAN, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), e a Associação Americana de Diabetes (*American Diabetes Association* - ADA), o DM é caracterizado pela elevação da glicose no sangue acima da taxa normal, associada a um conjunto de alterações metabólicas decorrentes da destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação e/ou distúrbios da secreção da insulina. Além disso, utilizam a mesma classificação, a qual se baseia na etiologia e não no tipo de tratamento, sendo assim, os termos "DM insulino dependente" e "DM insulino independente" devem ser eliminados dessa categoria classificatória. Atualmente, classifica-se em 4 categorias: Diabetes Mellitus tipo 1; Diabetes Mellitus tipo 2; outros tipos específicos de diabetes e diabetes gestacional. Existe ainda mais duas categorias, conhecida como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída (Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD, 2016; ADA, 2014).

As duas formas mais frequentes de DM são o diabetes mellitus tipo 1 (DM1), e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que correspondem a 5-10% e 90-95%, respectivamente, dos casos de DM conhecidos. A primeira forma é caracterizada por destruição das células beta que levam a uma deficiência de insulina, sendo subdividido em tipos 1A (autoimune) e 1B (idiopático), e acomete predominantemente a criança e o adolescente (BAEKESKOY et al., 1990; ADA, 2015). Em relação ao DM2, caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. A resistência à insulina e o defeito na função das células beta estão presentes precocemente na fase pré-clínica da doença. Há uma associação de fatores genéticos e ambientais, tais como, o sedentarismo, dietas gordurosas e envelhecimento (SBD, 2016).

Nas últimas décadas, foi possível a identificação de numerosas variantes genéticas associadas ao DM2, que pode ocorrer em qualquer idade, porém é diagnosticado com maior frequência após os 40 anos. Pessoas acometidas por tal patologia não dependem da insulina para sobreviver, mas necessitam do tratamento para obter um controle metabólico satisfatório. Diferentemente do DM1 autoimune,

não há indicadores específicos para o DM2. Há diferentes formas de DM2, e com a identificação futura de defeitos genéticos, a quantidade de pessoas com essa forma de DM tende a reduzir à custa de mudanças para uma classificação mais definitiva em outros tipos específicos de DM (SBD, 2016).

Além desses dois principais tipos, o diabetes gestacional também merece destaque, por possuir grande impacto na saúde da gestante e do feto. Existem ainda outros tipos raros de diabetes que podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, de efeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao DM (BRASIL, 2013).

O DM é tipicamente caracterizado por sinais e sintomas que são representados pelos “quatro Ps” (poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso excessiva). Tais sintomas são mais presentes no DM1, pois o DM2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos, podendo também apresentar essa sintomatologia. O diagnóstico é feito através de exames de glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose (TTG) com sobrecarga de 75 g em duas horas e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c) (ADA, 2014; BRASIL, 2013).

Apesar de fácil diagnóstico por meio de sinais e sintomas típicos, exames laboratoriais, e orientação por meio da educação em saúde, a prevenção constitui a forma mais prática de controle do agravo, porém é um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde nos dias atuais. Tal fato mostra que se não forem gerenciadas da forma correta, as condições crônicas se tornarão em 2020, um oneroso problema para os nossos sistemas de saúde, pois os custos diretos com as DCNT para os sistemas de saúde em todo o mundo constituem um crescente impacto (OMS, 2015).

Os custos diretos estimados com DM para o Brasil oscilam em torno de 3,9 bilhões de dólares americanos. Recentemente foram feitas novas avaliações referentes aos custos do tratamento ambulatorial dos pacientes com diabetes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, mostrando o gasto de US\$ 2.108,00 por paciente, dos quais US\$ 1.335,00 são relativos a custos diretos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Sendo assim, a prevenção do DM e suas complicações deve ser prioridade para a saúde pública, e o cuidado integral ao paciente e sua família continua sendo um desafio para a equipe de saúde, tendo em vista que, é uma condição crônica que

exige tratamento contínuo, ou seja, a vida toda, por meio do desenvolvimento de condutas saudáveis e uso de medicações.

Os programas de prevenção do DM2 são baseados em intervenções na alimentação saudável visando uma dieta equilibrada e na prática do exercício físico regular, combatendo o sobrepeso em pessoas com maior risco de desenvolver diabetes. O *Finnish Diabetes Prevention Study* (DPS) mostrou que mudanças de estilo de vida, em 7 anos, diminuíram a incidência de DM em 43% (LINDSTROM, 2006). Já os resultados do *Diabetes Prevention Program* (DPP) mostraram que mediante a prática de atividade física e dieta saudável a incidência de DM caiu em 34%, durante um período de acompanhamento de 10 anos (KNOWLER, 2009). Em um estudo longitudinal realizado na Inglaterra, com 84.941 enfermeiras e seguimento de 16 anos, o controle de fatores de risco modificáveis (dieta saudável, tabagismo, perda de peso), esteve diretamente relacionado à diminuição de 91% da incidência de DM (HU et al., 2001).

Estudos realizados pelo *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT, 1993) e *United Kingdom Prospective Diabetes Study Group* (UKPDS, 1998) encontraram que as mudanças no estilo de vida pela educação permanente das pessoas com diabetes resultam em melhor controle glicêmico, redução de peso, da pressão arterial e de lipídios, além dos riscos cardiovasculares. Neste contexto, o controle metabólico é obtido por meio da educação em diabetes, do monitoramento glicêmico, da terapia nutricional, da atividade física regular, dos esquemas terapêuticos farmacológicos, e do reforço dos objetivos do tratamento (VERAS et al., 2014).

O tratamento das diversas formas do DM visa alcançar níveis normais de glicose sanguínea, evitando hipoglicemias e buscando uma adequação satisfatória ao estilo de vida. Baseia-se em cinco aspectos fundamentais: o tratamento nutricional, a atividade física, a terapia farmacológica, o monitoramento e a educação (GROSS et al., 2002). A educação para o tratamento da pessoa com diabetes é um dos objetivos primordiais para retardar as complicações crônicas provenientes da doença e aliviar os sintomas clássicos, modificando o estilo de vida (SBD, 2015).

Diante do exposto, os pacientes devem ser encorajados a seguir as recomendações prestadas por profissionais acerca da ingestão de alimentos mais saudáveis, levando em consideração as recomendações dietéticas prevalentes

para a população em geral, bem como algumas preferências individuais e culturais. O autogerenciamento do cuidado de forma prolongada e permanente constitui a forma de prevenção de agravos mais eficaz, além de proporcionar melhorias da qualidade de vida. Diante desse desafio, o modelo de cuidados inovadores para as condições crônicas baseado na promoção do autocuidado e na corresponsabilidade pessoa-família torna-se o principal determinante à saúde (VIEIRA; CECILIO; TORRES, 2017; MACEDO et al., 2017).

Dessa forma, as práticas de autocuidado de pessoas com DM devem ser encorajadas por todos os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, pois lidam diariamente frente ao acompanhamento do controle metabólico da doença. Assim, torna-se fundamental a adesão ao tratamento por meio de atividades educativas em saúde que estimulem o autogerenciamento.

2.2 A educação em saúde como ferramenta para o autocuidado no diabetes mellitus

O diabetes mellitus é uma condição crônica que impõe mudanças no estilo de vida. Essa mudança repentina de estilo de vida e de comportamento concerne não somente ao portador de diabetes, mas principalmente a equipe multiprofissional em saúde auxiliar a pessoa com DM a desenvolver habilidades de autocuidado para manejo da doença, devendo a equipe ser sensível às necessidades individuais de enfrentamento dessa condição (BAQUEDANO et al., 2010).

O desenvolvimento das competências de autocuidado dar-se por meio da educação em saúde, uma vez que define-se como uma série de combinações de experiências de aprendizagem que facilitam intervenções conducentes à saúde. Tal combinação é resultado de múltiplos determinantes do comportamento humano associado a múltiplas experiências de aprendizagem (OLIVEIRA, et al., 2011; CORREA et al., 2017).

A educação em saúde deve ter enfoque no autocuidado por meio do desenvolvimento de estratégia para a construção de competências e habilidades de cuidado com a própria saúde. Assim, deve proporcionar a automonitorização glicêmica, a terapia nutricional adequada, atividade física regular, adesão terapêutica farmacológica e prevenção de complicações, com vistas ao bom controle metabólico, glicêmico e boa qualidade de vida (SAMPAIO; GUEDES, 2012).

A educação em saúde deve ser considerada como a comunicação enquanto práticas de relações entre os profissionais e as pessoas, e deve promover mudanças positivas de conhecimentos, de forma a proporcionar mudança nos comportamentos de saúde de pessoas, grupos e comunidades (CYRINO, 2005). Um dos maiores problemas identificados por profissionais durante as intervenções educativas para o autocuidado é a falta de conhecimento do paciente frente às consequências e complicações da não adesão a terapêutica (PEREIRA et al.,2012; OLIVEIRA et al.,2011; PACE et al.,2006; OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

A educação em saúde executada de forma ativa e participativa constitui uma estratégia de ampliação do conhecimento. Sendo assim, os processos educativos envolvem uma comunicação bilateral ou seguem uma comunicação que envolve o educador e o educando, um processo dialógico, para o qual ambos contribuem cada qual à sua maneira para a construção do conhecimento. A educação, portanto, implica em busca realizada por um sujeito que é o homem, e este deve ser o sujeito de sua própria educação, não podendo ser o objeto dela, além disso, afirma que ensinar não é transferir conhecimentos, e sim criar possibilidades para sua construção e produção (FREIRE, 2003).

No tratamento para DM, sabe-se que a educação é um dos pontos fundamentais, pois faz-se necessária a motivação do indivíduo para obtenção de novos conhecimentos e para o desenvolvimento de habilidades nas mudanças de hábitos e comportamentos, especialmente nas áreas de nutrição e atividade física (SBD,2016). O usuário enfrenta diversas barreiras, e o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro deve incentivar, promover e responsabilizar-se pelas práticas de autocuidado, e atuar em parceria na construção do plano de metas, fazendo o diabético reconhecerem suas dificuldades, e estimulando-os em busca de soluções, bem como metas de superação (AHOLA, 2013; GRIFFIN ET al., 2014).

O trabalho iniciado na Clínica Joslin de Boston pelo Dr. Elliot P. Joslin, em 1897, é um marco histórico na educação em diabetes, quando ele passou a exercer uma medicina preventiva junto às pessoas com DM (STEINER; LAWRENCE, 1992). Do ponto de vista histórico, a educação das pessoas com diabetes incluía seções de atendimento hospitalar, com um profissional de enfermagem ou nutricionista orientando-os sobre a importância da automonitorização no controle do DM. Posteriormente, os programas hospitalares evoluíram para experiências mais custo-

efetivas ambulatoriais em grupo, incluindo a instrução através de uma equipe multiprofissional de especialistas em diabetes (ADA, 2015; ASSUNCAO et al., 2017).

Essa estratégia educacional tem um impacto impressionante sobre o comportamento e a evolução de saúde das pessoas com diabetes, assim como nos custos de atendimento à saúde, uma vez que, estudos mostraram que as mudanças no estilo de vida através da educação continuada das pessoas com diabetes resultam em redução de peso, melhor controle glicêmico, da pressão arterial e lipídios, e consequentemente, reduzem os riscos cardiovasculares (DCCT, 1993; UKPDS, 1998). Assim, as orientações para o autocuidado deve ser uma estratégia permanente de transmissão de conhecimento e estímulo do desenvolvimento de habilidades necessárias para o gerenciamento da doença.

É de suma importância esclarecer o paciente acometido por diabetes sobre a cronicidade de sua doença e a necessidade do tratamento com vistas ao controle glicêmico e metabólico. (TORRES et al., 2012). Uma das formas esclarecedoras é a construção de estratégias educativas, pois deve haver a implantação de um programa de educação em saúde, mas para que seja construído adequadamente é necessário conhecer o perfil de seu público alvo, no concernente ao nível de escolaridade, idade, sexo e cultura (FIGUEIRA et al., 2017).

Dentre as estratégias educativas, a forma grupal é uma das maneiras mais eficaz na realização de educação em saúde, pois entende-se que para que se possa trabalhar em grupo, há necessidade da existência de vínculos entre os membros, consolidado por meio da comunicação e objetivos em comum (MENDONÇA; NUNES, 2015). Portanto, no momento do desenvolvimento dessas atividades grupais, há uma maior interação entre os participantes, combinando as vivências individuais, opiniões e perspectivas. A literatura aborda diversos benefícios acerca do processo educativo no que concerne pessoas com doenças crônicas. Dentre eles, destacam-se: a construção de conhecimento de forma coletiva e diferenciada, melhor relação entre usuário-equipe, espaço para troca de experiências comuns, desenvolvimento de diálogos entre os pacientes, diminuição dos níveis pressóricos e de glicemia e redução do número de consultas médicas (MENDONÇA; NUNES, 2015; VERAS et al., 2014; TORRES et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2009).

Uma ferramenta bastante utilizada e que tem sua aplicabilidade comprovada em estudos realizados em diferentes países é a aplicação do Mapa de Conversação

em Diabetes, desenvolvido a partir de ilustrações lúdicas e interativas, contendo metáforas sobre a condição crônica do diabetes e situações cotidianas vividas pelos usuários dos serviços de saúde. Pode ser utilizado por meio do compartilhamento de experiências pessoais e englobar sentimentos, redes de apoio e práticas saudáveis de vida (VELASCO, et al., 2014; SALINERO et al., 2011).

É oportuno destacar que na Estratégia Saúde da Família se localiza a melhor oportunidade de se trabalharem ações educativas em saúde. A atuação em práticas educativas de saúde é de extrema importância para a promoção da saúde, porquanto a partir delas é possível promover o autocuidado, a capacitação e a prevenção de doenças. Nesse sentido, a Enfermagem exerce um papel sobremaneira importante no que se refere às atividades de educação em saúde como compromisso com a humanização. Destarte, o enfermeiro tem como essência de sua prática profissional o cuidado, que suscita responsabilização e compromisso com o ser humano a partir de uma relação dialógica que possibilita um laço educativo (BEZERRA et al, 2015).

Assim, na enfermagem a educação em saúde é um instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade e, conseqüentemente, humanizada. Entre outras responsabilidades, o profissional de Enfermagem, com ênfase em uma prática humanizada, deve desenvolver atividades educativas, visando a melhorar as condições de saúde e de vida do indivíduo, de sua família e da comunidade, por meio de práticas educativas, no âmbito da atenção básica.

Considerando a cronicidade do DM e a importância do controle glicêmico como prevenção de complicações, o conhecimento do DM por meio de educação constitui aspecto relevante no tratamento, não somente pelo enfrentamento das barreiras, mas pela busca de soluções por meio das práticas de autocuidado proporcionadas pela Estratégia Saúde da Família (VARGAS CRUZ et al., 2015). A concepção das pessoas com DM sobre a sua condição crônica de saúde abre novos caminhos que devem ser incorporados aos novos hábitos, e a modificação do estilo de vida para obtenção de êxito no tratamento.

2.3 Instrumentos específicos relacionados à condição crônica do diabetes mellitus validados no Brasil

A utilização de instrumentos é imprescindível ao possibilitar o estabelecimento de uma linguagem comum entre os profissionais das diferentes áreas. Assim, as informações a respeito dos clientes devem ser claras, objetivas, frequentes e completas, de modo que possibilitem o monitoramento, a avaliação e o planejamento e contínuo dos cuidados. Além de constituírem ferramentas para avaliar respostas aos tratamentos, propiciam a comparação de dados ao longo do tempo e permitem a compreensão e estudo dos problemas observados. Na investigação científica, o uso de instrumentos de medidas é um dos mecanismos mais adequados para análise dos sintomas que transcorrem na rotina de uma pessoa com DM, além da qualidade de vida e problemas enfrentados (CURCIO; LIMA; ALEXANDRE, 2011).

Deve ser ressaltado que os questionários específicos variam conforme a população e cultura no qual será aplicado, tal fato possibilita o monitoramento e avaliação dos cuidados, além da construção de ferramentas para avaliar respostas aos tratamentos. Dentre as avaliações, podemos incluir a qualidade de vida, capacidade funcional, percepções do tratamento, além da satisfação do atendimento recebido pelo profissional de saúde e adesão ao tratamento.

Diante disso, há um grande número de instrumentos relacionados ao DM adaptados e validados para a cultura brasileira, dentre eles: o *Diabetes Mellitus Knowledge* (DKN-A); o *Diabetes Mellitus Attitude* (ATT-19); o *Diabetes Quality of Life Measure* (DQOL-Brasil); *Diabetes Quality of Life for Youths* (DQOLY-Brasil); o *Diabetes 39* (D-39); *Insulin Management Diabetes Self-Efficacy* (IMDSES); *Problem Areas in Diabetes* (PAID); o *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (QAD). (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005; CORRER et al.,2008; NOVATO; GROSSI; KIMURA, 2008; QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009; GASTAL; PINHEIRO; VAZQUEZ, 2007; GROSS et al.,2007; MICHELS et al.,2010).

O ATT-19 foi desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais sobre a doença. A principal aplicação da escala foi associada à avaliação da intervenção educacional. Composto por 19 itens divididos em seis domínios: 1) estresse associado ao DM; 2) receptividade ao tratamento; 3) confiança no tratamento; 4) eficácia pessoal; 5) percepção sobre a saúde; e 6) aceitação social. O coeficiente de Kappa variou de 0,45 a 0,60, com a maioria dos coeficientes acima de 0,45 e apenas três coeficientes abaixo de 0,40 (TORRES; HORTALE; SCHALLC, 2005).

Já o DKN-A é um questionário formado por 15 itens sobre diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral de DM. Apresenta cinco dimensões: 1) fisiologia básica; 2) hipoglicemia; 3) grupos de alimentos e suas substituições; 4) gerenciamento de DM na intercorrência de alguma outra doença; 5) princípios gerais dos cuidados da doença. A escala de medida é de 0-15 e cada item é medido com escore um (1) para resposta correta e zero (0) para incorreta. Os itens de 1 a 12 requerem uma única resposta correta. Para os itens de 13 a 15 algumas respostas são corretas e todas devem ser conferidas para obter o escore um (1). Um escore elevado indica maior conhecimento sobre DM.

A avaliação do instrumento mostrou que DKN-A teve boa reprodutibilidade, e o coeficiente Kappa variou de 0,56 a 0,69. O instrumento pode ser utilizado tanto para o DM tipo 1 ou tipo 2, porém no Brasil a validação foi feita utilizando pacientes com DM tipo 2, totalizando um estudo com 61 pacientes. A maior parte das pessoas com DM (70%) necessitou de auxílio dos entrevistadores para responder aos instrumentos, devido o baixo nível de escolaridade (TORRES; HORTALE; SCHALLC, 2005).

O *Diabetes Quality of Life Measure* – DQOL-Brasil, desenvolvido na língua inglesa, tem como objetivo medir a percepção individual subjetiva de qualidade de vida e consegue detectar uma mudança após a intervenção educativa ou farmacológica. Desde 2008, tem-se a versão validada para o português do Brasil. O mesmo possui uma versão adaptada para jovens, intitulada *Diabetes Quality of Life for Youths*, também validada para o Brasil, contem 46 itens em quatro domínios: Satisfação, Impacto, Preocupações sociais/vocacionais e Preocupações relacionadas ao DM. As respostas estão organizadas em uma escala Likert de cinco pontos. A satisfação está distribuída em uma escala de intensidade (1 - muito satisfeito; até 5 - nada satisfeito). As respostas dos domínios de impacto e das preocupações estão distribuídas em uma escala de frequência (1 – nunca; até 5 - sempre). Nessas escalas, quanto mais próximo de um (1) estiver o resultado, melhor a avaliação da qualidade de vida. No processo de validação no Brasil, o instrumento foi aplicado em uma amostra composta de 142 pacientes (CORRER et al., 2008; NOVATO; GROSSI; KIMURA, 2008).

Em continuidade, o Diabetes – 39 (D-39) tem como propósito o esclarecimento de assuntos de relevância para o paciente como também determinar necessidades desconhecidas. Constituído por 39 itens, os quais abrangem cinco

dimensões da vida: Energia e Mobilidade, Controle do Diabetes, Ansiedade e Preocupação, Impacto Social e Funcionamento Sexual. A validação no Brasil foi conduzido em uma amostra composta por 52 pessoas com DM tipo 2. Para a análise da consistência interna dos itens da versão adaptada, total e respectivos domínios, foram calculados os alfas de Cronbach chegando-se a valores considerados adequados ($\alpha = 0,92$ para a escala total) e variação de alfa entre 0,581 a 0,848 para os domínios. Os resultados mostram que a versão adaptada do instrumento D-39 para a língua portuguesa é um instrumento válido e confiável para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas com DM (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009).

O IMDSES, avalia a auto-eficácia em relação ao manejo do DM, com pessoas insulino-requerentes. Originou-se a partir da escala DES (*Diabetes Self-Efficacy*) que mede a auto-eficácia em adultos independente do tipo de DM. A versão brasileira possui 28 itens, sendo que dois deles permaneceram na aplicação da escala, mas não são usados para computar o escore. A versão brasileira foi aplicada a uma amostra de 213 pacientes diagnosticados somente com DM tipo 1, no formato de entrevista. A fidedignidade do instrumento foi determinada pela análise da consistência interna, por Alpha de Cronbach, obtendo-se os seguintes valores: dieta $\alpha = 0,83$, insulina $\alpha = 0,92$ e manejo geral $\alpha = 0,78$ (GASTAL; PINEHIRO; VAZQUEZ, 2007).

Em relação ao PAID - Avaliação do impacto do diabetes na qualidade de vida, compreende 20 questões que cobrem uma amplitude de estados emocionais (raiva, depressão, medo), frequentemente reportados por pessoas com DM tipo 1 e tipo 2. No Brasil, foi realizado um estudo com 146 pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Os resultados da pesquisa demonstraram boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,93). A versão brasileira da escala apresenta condições psicométricas e validade satisfatórias. Pode ser considerada como uma ferramenta de avaliação do impacto do diabetes na qualidade de vida destes indivíduos (GROSS et al., 2007).

O QAD, Questionário de Atividades de autocuidado com Diabetes, questiona a realização de atividades pelas pessoas e sua concordância com a prescrição médica ou outro profissional de saúde. A versão brasileira possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado para com o diabetes, incluindo-se alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés. A adaptação e avaliação das propriedades psicométricas mostrou ser

um instrumento válido e confiável para medir a aderência ao autocuidado em pessoas com DM tipo 2 (MICHELS et al., 2010).

2.4 Processo de adaptação transcultural de ferramentas práticas

Devido ao crescimento do número de pesquisas multinacionais e em diferentes culturas, a necessidade de adaptar as medidas relacionadas ao estado de saúde para uso em outros idiomas, diferentes do original, aumentou consideravelmente (BEATON et al., 2000).

Os países ocidentais desenvolvidos foram os pioneiros na elaboração da maioria dos instrumentos de avaliação utilizados em pesquisa e na clínica. Os instrumentos, com raras exceções foram desenvolvidos de acordo com os conceitos, os formatos, as normas e as expectativas prevalentes nos países de sua origem. Para que os instrumentos de avaliação sejam utilizados em contextos socioculturais distintos, é necessário identificar se o mesmo tem significado para populações etnoculturais diferentes (JORGE, 2008).

Considera-se que a cultura é uma rede de significados construída pelo próprio sujeito, compartilhada pelo grupo social, e que serve de orientação para a conduta dos seus membros. Ela está relacionada com as estruturas de significados estabelecidas socialmente (ANJOS, 2005)

Portanto, como exemplo de ferramentas práticas, os instrumentos de avaliação construídos em outra cultura necessitam de um processo de tradução e adaptação abrangentes, objetivando uma equivalência cultural para a sua aplicação. A aplicação de um novo instrumento em grupo cultural novo envolve não somente uma simples produção de texto em outra língua, mas também administrar o instrumento traduzido e comparar os resultados. Estudos transculturais devem ser apresentados em todas suas etapas de avaliação psicométrica, o que requer uma amostra substancial, um desenho de investigação adequado e a demonstração de que o construto, método e viés do item não diferem entre as versões (HE; VAN de VIJER, 2012).

Pesquisas sobre adaptação transcultural são historicamente focadas na identificação e quantificação das diferenças culturais e envolve a comparação de culturas. O processo de tradução envolve duas etapas: linguística e psicométrica. A primeira etapa compreende a tradução dos conceitos (atributos) mensurados pela

versão original de um instrumento para conceitos equivalentes em outras línguas. A segunda consiste no teste psicométrico do instrumento. Essa etapa é fundamental, pois a equivalência das características mensuradas pode ser demonstrada apenas por meio de análises das suas propriedades de medidas e a consistência com o instrumento original.

Algumas falhas podem acontecer durante a adaptação cultural de um instrumento. Nessa direção, três tipos de falhas são considerados em uma pesquisa de adaptação cultural: falha no método, no item e no constructo. A primeira pode estar associada às condições físicas durante a administração. A segunda refere-se à tradução inadequada ou inapropriada do item formulado, incluindo tradução inapropriada da escala de resposta, e a terceira ocorre quando a medida do constructo não é idêntica entre os grupos culturais (FAYERS; HAYS, 2005).

Considerando tal fato, identificar o viés e as equivalências transculturais da Escala de educação terapêutica para o comportamento do autocuidado a pessoa com diabetes (ETCAD) quando aplicada no Brasil é de fundamental importância, uma vez que se trata de duas culturas diferentes. Portugal e Brasil são países cuja língua nativa é o português e desde 2009, quando do estabelecimento do acordo ortográfico, passaram a ter sua escrita uniformizada. No entanto, diante das peculiaridades culturais dos dois países, por vezes, são utilizadas palavras iguais para expressar objetos diferentes ou palavras que não são utilizadas no outro país.

A escolha adequada da metodologia utilizada para adaptar transculturalmente um instrumento de medida permite a inclusão de variáveis específicas próprias da cultura. Também, permite a utilização de linguagem simples, clara e de fácil acesso à população (BANDEIRA; CALZAVARA; VARELA, 2005).

Reconhece-se que não há consenso acerca do melhor método para realizar a adaptação transcultural de um instrumento de avaliação. Nesse sentido, algumas etapas a serem seguidas contemplam passos essenciais.

A primeira etapa refere-se à tradução, a qual é realizada de forma independente, por dois tradutores diferentes e nativos da língua-alvo que conheçam os objetivos do estudo e os conceitos envolvidos. As duas traduções devem ser comparadas, com o objetivo de obter uma versão de consenso das traduções do instrumento. O instrumento traduzido deve ter o mesmo significado de cada um dos itens do instrumento original, bem como, a preservação da sua originalidade. A etapa seguinte consiste na retrotradução (*back-translation*), onde a versão do

instrumento obtida na etapa anterior será traduzida novamente para a língua de origem, de forma a garantir o conteúdo da versão original (BEATON *et al.*, 2007).

Os tradutores devem ser no mínimo dois, bilíngues, natos ou fluentes da língua original do instrumento, de preferência leigos no assunto. Em seguida, a versão original e as versões traduzidas necessitam ser comparadas para que erros de tradução e interpretações equivocadas sejam corrigidos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON *et al.*, 2000). No presente estudo, o instrumento foi corrigido apenas por uma professora especialista em revisão linguística, por se tratar de instrumento originário de Portugal, ou seja, possui semelhanças na escrita, há algumas divergências, devido peculiaridades culturais existentes entre cada País.

Logo após, deverá ser formado um Comitê de Juízes composto pelos pesquisadores, indivíduos bilíngues, especialistas nos conceitos a serem explorados e que sejam representativos do grupo em questão, com o objetivo de realizar as mudanças necessárias no instrumento, para garantir a equivalência cultural quanto à semântica, cultura, idioma e conceito. Nesta etapa, a versão original deverá ser apresentada e disponibilizada para todos os juízes (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON *et al.*, 2000).

Segundo Beaton *et al.* (2002), o formato do questionário, assim como de seus itens, pode ser modificado, desde que o instrumento original e o traduzido mantenham entre si as equivalências descritas a seguir: Equivalência semântica busca-se manter semelhança de significados entre os itens do instrumento original e do traduzido, porém na equivalência experimental ou cultural procura-se detectar se algum item do instrumento possui termos relacionados à cultura na qual o instrumento foi construído, para que os mesmos possam ser modificados ou excluídos, desde que o sentido proposto seja mantido.

Diferentemente, a equivalência idiomática possibilita que alguns termos, traduzidos com expressões idiomáticas ou coloquiais, sejam substituídos por outros compreensíveis na cultura em que o instrumento está sendo adaptado. Já a equivalência conceitual busca encontrar um conceito em comum para que as pessoas de diferentes culturas compreendam o que o fenômeno realmente pretende medir.

Posteriormente à etapa da análise semântica, tem-se a análise de conteúdo, onde, em alguns estudos utiliza-se a técnica do *Brainstorming*. Esta técnica, que

compreende uma chuva de ideias funciona por meio da constituição de um grupo de até quatro pessoas, com sujeitos do estrato mais baixo da população-meta, porque se supõe que se tal estrato compreende os itens, o estrato mais sofisticado também os compreenderá. A este grupo é apresentado item por item, pedindo que ele seja reproduzido pelos membros do grupo. Se a reprodução do item não deixar nenhuma dúvida, o item é corretamente compreendido. Se surgirem divergências na reprodução do item ou se o pesquisador se perceber entendido diferentemente do que ele julga que deveria ser entendido, tal item apresenta problemas (OLIVEIRA; ZANETI, 2011; PASQUALI, 2010).

Logo após a segunda etapa da análise de conteúdo, a busca por juízes dar-se por meio da consulta *online* à Plataforma Lattes, em sua maioria doutores e *experts* na área de interesse (MEDEIROS et al., 2015; PASQUALI, 1999; PASQUALI, 2010). O comitê de juízes avalia os itens quanto à pertinência prática que corresponde à consistência entre a frase e o aspecto definido, e com as outras frases que cobrem este mesmo aspecto (dimensão teórica). Em relação à relevância teórica, considera o grau de associação entre o item e a teoria. Visa-se analisar se o item está relacionado ao construto do instrumento. No que concerne à dimensão teórica observa-se se cada item se enquadra na dimensão ou domínio.

E por fim, verifica-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este índice mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. O método consiste em uma escala do tipo Likert com pontuação de 1 a 4, em que 1= item não equivalente; 2= item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência; 3= item equivalente, mas necessita de pequenas alterações; 4= item absolutamente equivalente (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

De forma a obter o cálculo do IVC por meio da soma das respostas “3” e “4” dos juízes da análise de conteúdo em cada item do instrumento e dividido pela soma do número total de respostas, conforme a seguinte equação: $IVC = \text{número de respostas “3” ou “4”} / \text{número total de respostas}$. Os itens que receberam pontuações “1” ou “2” foram revisados ou eliminados (PASQUALI, 2010; MEDEIROS et al., 2015; ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Para que a taxa de concordância entre os participantes da análise de juízes fosse considerada aceitável, o IVC deve ser superior a 0,80 (POLIT; BECK, 2011).

Há ainda, em alguns estudos, o pré-teste, que consiste na aplicação da versão pré-final do instrumento em 30 a 40 indivíduos da população-alvo da pesquisa, com o objetivo de avaliar a compreensão, a pertinência, aprovação e relevância cultural pelos participantes. Cada participante deve responder o instrumento e, em seguida, responder sobre sua impressão a respeito de cada um dos itens. Esse procedimento visa garantir a adaptação, a equivalência e sua aplicabilidade na população para qual foi proposto, bem como, esclarecer e refinar a redação dos itens e verificar o tempo de aplicação do instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON et al., 2000).

Frente à variabilidade de estudos relacionados à adaptação transcultural de instrumentos e a apresentação deste capítulo de referencial, o processo de adaptação transcultural desenvolvido para o instrumento originalmente produzido no idioma português de Portugal (ETCAD) para o português do Brasil foi realizado conforme as etapas pertinentes por Ferrer ET al. (1996) e Pasquali (1999).

No entanto, diante das peculiaridades culturais dos dois países, Portugal e Brasil, por vezes, são utilizadas palavras iguais para expressar objetos diferentes ou palavras que não são utilizadas no outro país, isto é, podem apresentar variações idiomáticas e semânticas.

2.5 Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes

Para a construção da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes (ETCAD) (ANEXO A), as pesquisadoras portuguesas delinearam o estudo diante da importância da maior visibilidade dos enfermeiros no âmbito da educação e da promoção do autocuidado com enfoque no resultado específico dos cuidados práticos para uma pessoa com diabetes mellitus. Neste contexto, surgiu a importância em avaliar as intervenções realizadas pelos enfermeiros no âmbito da educação terapêutica para o autocuidado (MENINO; DIXE; LOURO, 2016).

Dessa forma, a versão final construída da ETCAD foi constituída por 34 itens, distribuídos em seis dimensões: (1) alimentação saudável, (2) manter-se ativo, (3) monitorização, (4) medicação, (5) resolução de problema e coping saudável e (6) redução dos riscos. A primeira dimensão intitulada alimentação saudável ($\alpha=0,76$) é

composta pelos itens 1-7, perfazendo um total de sete itens. A segunda dimensão, manter-se ativo ($\alpha=0,80$), é composta pelos itens 8 e 9. A terceira, monitorização ($\alpha=0,75$) é composta pelos itens 10-14, perfazendo um total de cinco itens. A quarta, medicação ($\alpha=0,84$), é composta pelos itens 15-18. A quinta, resolução de problemas e coping saudável ($\alpha=0,93$), é composta pelos itens 19-27, perfazendo um total de nove itens. Por fim, a sexta dimensão, redução dos riscos ($\alpha=0,83$) é composta pelos itens 28-34, um total de sete itens (MENINO; DIXE; LOURO, 2016).

Desta forma, os 34 itens da ETCAD avaliam a frequência de desenvolvimento das práticas dos enfermeiros desejáveis no âmbito da educação para os comportamentos de autocuidado, conforme consignados nas *guidelines* publicadas na literatura científica, devendo assinalar na escala apenas uma alternativa de resposta para cada item. São oferecidas cinco alternativas de resposta para cada item, com escore (s) sobre variação de 1-5. A graduação dos itens do instrumento ocorre por escala de variação do tipo *Likert*: 1 (Sempre); 2 (Muitas Vezes); 3 (Algumas Vezes); 4 (Poucas Vezes) e 5 (Nunca) (MENINO; DIXE; LOURO, 2016).

Os valores totais dos escores em cada domínio são calculados pela média aritmética simples dos itens ponderados dos respectivos domínios. Da mesma forma, o valor total do escore da ETCAD é obtido pela média aritmética simples dos 34 itens da escala, sendo que o valor mais alto corresponde a uma referência de maior frequência de práticas dos enfermeiros desejáveis no âmbito da educação para os comportamentos de autocuidado (MENINO; DIXE; LOURO, 2016).

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Estudo com delineamento metodológico, cujo enfoque será a adaptação cultural de um instrumento para avaliar as intervenções da educação terapêutica para o autocuidado da pessoa com diabetes mellitus, na perspectiva dos enfermeiros no contexto brasileiro. Entende-se que estudos essencialmente metodológicos têm como enfoque principal ampliar o conhecimento do pesquisador sobre o fenômeno que deseja investigar em estudos posteriores mais estruturados. O interesse do pesquisador consiste em identificar um construto intangível e torná-lo tangível como uma ferramenta de papel e lápis ou protocolo de investigação (POLIT; BECK, 2006).

3.2 Autorização formal do autor principal para a realização do estudo

A autorização formal para a avaliação dos parâmetros psicométricos da versão brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes (ETCAD) foi concedida à Profa. Dra. Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino, a autora principal da escala (ANEXO B).

3.3 Processo de adaptação transcultural

O processo de adaptação transcultural da ETCAD foi realizado por um profissional de nacionalidade brasileira, em atuação como professor (a) de português e com experiência em revisões linguísticas de textos escritos na língua portuguesa.

3.4 Processo de validação de conteúdo

Diante das peculiaridades culturais existentes entre Portugal e Brasil, por vezes, são utilizadas palavras iguais para expressar objetos diferentes ou palavras que não são utilizadas em outro país, isto é, podem apresentar variações idiomáticas e semânticas. Deste modo, a versão da ETCAD adaptada

transculturalmente seguirá uma validação de conteúdo, a qual será conduzida conforme as recomendações preconizadas nos estudos de Pasquali (1999; 2010), apresentada sequencialmente em três etapas: Análise semântica, Análise de conteúdo ou Análise de Juízes e Aplicação piloto (Figura 1).



Figura 1 – Processo de validação de conteúdo da ETCAD. Teresina, PI, Brasil. 2016-2018.

Os procedimentos realizados durante as três etapas sequenciais de Validação de Conteúdo (Análise semântica, Análise de conteúdo ou Análise de Juízes e Aplicação piloto).

3.5 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em um município de grande porte da região Nordeste do Brasil, em Teresina, capital do Estado do Piauí. Em 2015, Teresina contava com uma população de 844.245 habitantes, predominantemente urbana (95%), com densidade demográfica de 610,89 habitantes/km² (BRASIL, 2015).

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde, atualmente estão em exercício 269 equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Teresina, resultando em uma cobertura de 100% da população residente, distribuídas administrativamente em três Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Centro/Norte (27 Unidades Básicas de Saúde e 81 equipes de ESF), Leste/Sudeste (36 Unidades Básicas de Saúde e 98 equipes de ESF) e Sul (29 Unidades Básicas de Saúde e 90 equipes de ESF).

A concepção deste projeto de pesquisa para elaboração do Trabalho de Conclusão de Mestrado do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família

do Centro Universitário UNINOVAFAPI foi desenvolvido no período compreendido entre março de 2016 a novembro de 2017. O período de coleta de dados do estudo foi desenvolvido de janeiro a julho de 2017.

3.6 População e amostra

Participaram deste estudo enfermeiros em exercício nas Unidades Básicas de Saúde (Análise semântica e Aplicação piloto) e juízes com experiência profissional e acadêmica com a temática de adaptação e validação de instrumentos de medida no diabetes mellitus (Análise de conteúdo ou Análise de Juízes).

Pasquali (1999) recomenda na análise semântica, na etapa do *brainstorming*, o quantitativo de quatro ou cinco participantes por grupo e um total de três ou quatro grupos. Neste estudo, cada um dos três grupos foi constituído por quatro participantes, distribuídos conforme o nível de formação (enfermeiros com experiência na ESF, enfermeiros especialistas e enfermeiros mestres e/ou doutores), pois subentende-se que se o item é compreensível no estrato mais baixo, consequentemente será entendido no estrato mais alto. Dessa forma, os participantes da etapa de validação de conteúdo totalizaram 12 enfermeiros.

Na análise semântica foi verificado se os itens são compreensíveis para a população à qual a ferramenta se destina. Nesta etapa, participaram enfermeiros que apresentam vínculo funcional formal com as Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família. Foram excluídos desta pesquisa os enfermeiros que estavam de licença à saúde, afastamento por licença prêmio ou férias. Os profissionais foram organizados em três grupos totalizando 12 enfermeiros, sendo: quatro especialistas, quatro mestres e quatro doutores, os quais participaram de uma situação denominada *brainstorming*, que compreende uma “chuva de ideias”. Neste momento, cada grupo de enfermeiros participantes expressou as suas ideias sobre o problema, sem a preocupação com certo ou errado, em 10 a 15 minutos. Logo após, ocorreu o momento de confirmação ou exclusão das ideias elencadas, utilizou-se as experiências e conhecimentos prévios dos pesquisadores envolvidos.

Para o processo de Validação de Conteúdo, denominada Análise de conteúdo ou Análise de Juízes, buscou-se o quantitativo mínimo de sete juízes. Pasquali (1999) recomenda o quantitativo de seis a 20 especialistas e Vianna (1982) destaca a importância de um número ímpar para evitar o empate de opiniões. A

escolha dos juízes de conteúdo foi realizada por meio de consulta *online* à Plataforma Lattes. Preferencialmente, foram escolhidos os doutores, por compreender que são profissionais com mais anos de estudos em âmbito acadêmico. Com o intuito de assegurar uma avaliação adequada do conteúdo submetido, é crucial que os juízes sejam *experts* na área de interesse, que significa uma pessoa que se consagra com interesse e cuidado a certo estudo ou que tem habilidade prática a determinada conduta, bem como representem a diversidade cultural do país (FEHRING, 1994; MELO et al., 2010).

Para realização da seleção dos juízes de conteúdo foram utilizados os parâmetros da classificação de juízes adaptado em conformidade com a proposta de Fehring (1994), sendo selecionados os que atingiram pontuação mínima de cinco pontos, conforme o Quadro 1. Dos doze juízes selecionados para esta etapa, foram excluídos cinco juízes que não responderam dentro dos prazos determinados para o estudo.

Quadro 1 - Critérios de seleção para juízes de conteúdo (docentes/pesquisadores) em enfermagem. Teresina, PI, Brasil, 2016.

Características	Pontuação
Possuir tese ou dissertação na área de interesse*	2 pontos/trabalho
Ter orientado Tese, Dissertações ou Monografias na área de interesse*	1 ponto/trabalho
Ter autoria de trabalho publicado em periódico indexado na área de interesse*	1 ponto/trabalho
Participar de grupos/projetos de pesquisa que envolvam a temática da área de interesse*	1 ponto
Ter experiência docente na área de interesse*	1 ponto/ano
Possuir atuação prática na área de interesse*	0,5 pontos/ano

*Adaptação e validação de instrumentos.

Fonte: Adaptado de Fehring (1994)

3.7 Coleta de dados: instrumentos e procedimentos

No primeiro momento, os enfermeiros receberam uma carta convite (APÊNDICE A), para avaliar os itens da escala com a redação da versão brasileira uniformizada da ETCAD pelo professor (a) de português, profissional de nacionalidade brasileira em atuação como professor (a) de português, e com experiência em revisões linguísticas de textos escritos na língua portuguesa. Seguido da escala original e escala adaptada, na semântica e linguística (APÊNDICE B), uma vez que facilita a comparação, bem como o questionário de caracterização sociodemográfica e de formação (APÊNDICE C).

Para avaliação dos itens da escala com a redação da versão brasileira uniformizada da ETCAD, os juízes receberam dois instrumentos por correio eletrônico (APÊNDICES D e E), com o objetivo de otimizar as suas participações. No Apêndice D (Comparação das versões original e adaptada dos itens da escala) registrou-se o processo comparativo que estava dividido em: “Escala original” e “Escala adaptada”. Em contrapartida, no Apêndice E (Avaliação das equivalências da escala por juízes) verificou-se as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Estas equivalências foram julgadas em escala do tipo *Likert* de 3 (três) pontos, cujos níveis de resposta serão: (1) Significado diferente, (2) Aproximadamente o mesmo significado e (3) Exatamente o mesmo significado. Para os itens avaliados nos níveis “1” ou “2”, foi solicitada a justificativa e sugestão de alteração para melhor compreensão do referido item.

Na etapa de Análise de Conteúdo ou Análise de Juízes, os pesquisadores especialistas na temática receberam uma carta convite (APÊNDICE F) e os itens da versão alterada com o resultado da versão adaptada transculturalmente e da análise semântica, no formato de um instrumento para avaliação dos critérios de validade (APÊNDICE G), além do questionário sociodemográfico e de formação (APÊNDICE C). Foram avaliados os critérios “pertinência prática” e “relevância teórica”, bem como foi solicitada a identificação da “dimensão teórica” do item.

Para os critérios de pertinência e relevância, os juízes julgaram os itens conforme escala do tipo *Likert* de quatro pontos, com os níveis: (1) “nada”, (2) “pouco”, (3) “muito” ou (4) “bastante” pertinente e/ou relevante. De acordo com Pasquali (2010), uma concordância superior a 80% entre os juízes é critério de decisão para a pertinência do item a que teoricamente se refere. Para os itens avaliados nos níveis “1” ou “2”, nesta etapa, foi solicitada a justificativa e sugestão para reformulação.

As dimensões teóricas foram avaliadas categoricamente, conforme as dimensões da escala original definidas pela a autora principal da escala, a saber: (1) alimentação saudável, (2) manter-se ativo, (3) monitorização, (4) medicação, (5) resolução de problema e coping saudável e (6) redução dos riscos. Os itens que obtiverem Índice de Validade de Conteúdo (IVC) abaixo do recomendado e/ou receber sugestões de alteração foram reformulados e reenviados para avaliação, seguindo-se os mesmos critérios. O IVC compreende um método muito utilizado na área da saúde que mede a proporção de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos de escalas em processo de validação e seus itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

3.8 Análise dos dados

Os dados resultantes do estudo foram inseridos em bancos de dados, com dupla entrada em planilha do *Microsoft Excel*, a fim de validar para identificação de possíveis erros de digitação. Foram processados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, e foram calculadas estatísticas descritivas para as variáveis quantitativas, e frequências para as qualitativas.

Para os resultados da avaliação de juízes na adaptação transcultural, medidos em escala ordinal, foram calculadas estatísticas descritivas: frequências das respostas por nível, mediana e intervalo interquartil.

Para a validação de conteúdo da escala ETCAD, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual compreende um método muito utilizado na área da saúde que mede a proporção de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos de escalas em processo de validação e seus itens. Dessa forma, o IVC permite analisar cada item individualmente e depois a escala como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O escore do IVC foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Dessa forma, a fórmula consiste no número de respostas “3” ou “4” dividido pelo número total de respostas. Para o IVC total da escala, foram consideradas as médias dos valores dos itens calculados separadamente. Em seguida, somaram-se todos os IVC`s e dividiu-se pelo número total de itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O IVC foi a única estatística utilizada como critério para a Validação do Conteúdo da planilha.

3.9 Aspectos éticos e legais

O projeto deste estudo foi autorizado institucionalmente pela Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde (FMS), selecionada como cenário para este estudo (ANEXO C), declarando concordâncias com o conteúdo científico-metodológico deste estudo, como Instituição Co-Participante. Após esta autorização, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, sob o parecer Nº 1.808.005 (ANEXO D).

Os aspectos éticos dispostos na Resolução 466/12 do CNS foram garantidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais de uma pesquisa envolvendo seres humanos, com todos os esclarecimentos aos participantes sobre as etapas e os objetivos da pesquisa. A participação ocorreu em total anonimato, onde as identidades dos participantes ficaram em sigilo, somente com os pesquisadores (BRASIL, 2012).

3.10 Riscos e benefícios

Conforme esclarecido na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados aos participantes, devendo oferecer atenção e cuidados na minimização destes riscos (BRASIL, 2012).

Portanto, neste estudo, houve riscos previsíveis mínimos para os participantes, tais como: constrangimento na abordagem entre o pesquisador e os participantes, insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou o receio de crítica por parte dos pesquisadores durante a coleta de dados.

Para minimizar estes riscos, atentou-se para a correta e apropriada abordagem, priorizou-se o bem-estar dos participantes e zelou-se pelo sigilo das informações. As coletas dos dados foram realizadas em salas climatizadas, com porta fechada, boa iluminação e com apenas com a presença dos pesquisadores envolvidos, a fim de proporcionar conforto e segurança. Ressalta-se, ainda, que as datas das coletas dos dados foram previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficou-se à vontade para oferecer as suas respostas e suas identificações não foram reveladas. As

informações coletadas somente serão utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica.

Quanto aos benefícios, estes se classificaram em diretos ou indiretos. Os participantes (enfermeiros da ESF e juízes especialistas) beneficiaram-se diretamente. Para os enfermeiros da ESF, a coleta dos dados foi um momento para escuta e esclarecimento de possíveis dúvidas existentes, especialmente com relação às intervenções terapêuticas dos profissionais enfermeiros inseridos na equipe multidisciplinar da ESF, uma vez que estas intervenções terapêuticas têm revelado ganhos para o controle metabólico e glicêmico da pessoa com DM. Para os juízes, a coleta dos dados tornou-se um momento de reflexão do seu importante papel a ser executado como um juiz *expert*, selecionado em decorrência da sua consagração acadêmica como especialistas da temática de adaptação e validação de instrumentos de medidas.

Quanto aos benefícios indiretos, mesmo que não imediatos, surgiram diante da possibilidade de disponibilizar a versão brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes, adaptada para a sua utilização por enfermeiros, o que proporciona uma melhor avaliação das intervenções terapêuticas realizadas pelos profissionais enfermeiros da ESF. Além disso, a divulgação científica por meio dos resultados desse estudo (defesa publicado do Trabalho de Conclusão do Mestrado e artigos científicos) possibilita a longo prazo uma melhor qualidade na atuação da educação terapêutica para a pessoa com diabetes mellitus envolvida no gerenciamento da condição crônica. Também permitiu a interação da temática relacionada à pesquisa e extensão, sendo de grande utilidade para o conhecimento científico, saúde pública e sociedade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Manuscrito – Adaptação cultural de um instrumento para avaliar as intervenções de educação terapêutica a pessoa com diabetes (Em Avaliação no periódico Revista Cogitare Enfermagem - Curitiba/PR)

ADAPTAÇÃO CULTURAL DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR AS INTERVENÇÕES DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA A PESSOA COM DIABETES

RESUMO

Objetivo: Adaptar culturalmente a escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes para o português do Brasil. **Método:** Estudo metodológico, conduzido por meio da análise semântica e análise de conteúdo. Na análise semântica, realizou-se a revisão linguística por um professor de português e a avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento. Participaram enfermeiros especialistas, mestres e doutores, entre janeiro a julho de 2017. Para a análise de conteúdo, foi desenvolvido um brainstorming e a avaliação da pertinência prática, relevância e dimensão teórica. **Resultado:** As etapas de adaptação cultural foram bem-sucedidas e as equivalências semântico-idiomáticas, culturais e conceituais foram suficientemente alcançadas. Obteve-se para o conjunto total de itens Índice de Validade de Conteúdo de 0,93, valor considerado alto. **Conclusão:** Evidenciou-se que os itens são pertinentes à cultura brasileira e avaliam aspectos na perspectiva do instrumento original, demonstrando evidências da adaptação cultural.

DESCRIPTORIOS: Educação em saúde; Diabetes mellitus; Enfermagem; Estudos de validação.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) destaca-se devido sua prevalência e incidência crescente, sendo considerada em âmbito nacional e internacional como uma das principais síndromes de

evolução crônica⁽¹⁻²⁾. Caracterizada por hiperglicemia e ocasionada por uma deficiência absoluta e/ou relativa de insulina, o DM influencia o controle metabólico e glicêmico, podendo advir complicações agudas e crônicas⁽³⁾.

Embora a detecção precoce e tratamentos adequados reduzam significativamente as mortes e complicações dessa condição crônica, ressalta-se que as intervenções baseadas em uma comunicação eficaz entre a pessoa com DM e o enfermeiro constitui uma das etapas para adesão ao tratamento, uma vez que é o profissional da saúde capaz de promover maiores condições para comportamentos adequados de autocuidado⁽⁴⁻⁵⁾.

Neste contexto, a educação em saúde para o autocuidado em DM é considerada a intervenção terapêutica mais direcionada, pois quando o profissional de saúde considera a pessoa com DM com elemento principal na tomada de decisão, os cuidados tornam-se mais efetivos⁽⁶⁻⁸⁾. Neste contexto, aponta-se a necessidade de uma maior valorização do papel dos profissionais de saúde como sujeitos propulsores de adequações na prática educativa e no modelo de saúde⁽⁹⁻¹²⁾.

Frente às sucessivas dificuldades advindas para avaliar as práticas de educação para o autocuidado, surge a necessidade de adaptar culturalmente instrumentos de medida para mensurar as intervenções de educação terapêutica, uma vez que estas intervenções têm revelado ganhos na saúde de pessoas com DM. O presente estudo justifica-se por não terem sido identificados na literatura científica brasileira instrumentos especificamente desenhados com este propósito, uma vez que uma correta orientação do autocuidado reduz os custos com a saúde e minimiza complicações agudas e crônicas e as incapacidades resultantes da condição crônica.

O instrumento selecionado para objeto desse estudo foi a Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes (ETCAD), por avaliar o papel do enfermeiro na promoção do autocuidado nas intervenções no âmbito da

educação terapêutica, e por ter apresentado propriedades psicométricas válidas e confiáveis, construído originalmente em Portugal⁽¹³⁾. Trata-se de um instrumento com variados itens de fácil compreensão, não excessivamente longo e autoaplicável. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo adaptar culturalmente o ETCAD para o português do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, que visa investigar os métodos de obtenção, organização e análise de dados por meio da elaboração, validação e avaliação de instrumentos de medida⁽¹⁴⁾.

O instrumento ETACD é composto por 34 itens, divididos em seis domínios (alimentação saudável, manter-se ativo, monitorização, medicação, redução de riscos, resolução de problemas e *coping* saudável), que mede a frequência de intervenções de educação terapêutica para o comportamento de autocuidado que enfermeiros da atenção básica realizam à pessoa com diabetes *mellitus*⁽¹³⁾. Cada domínio possui de dois a nove itens e cada item apresenta uma escala do tipo *likert* de cinco pontos, que varia de “sempre” a “nunca”. Os escores de cada um dos seis domínios do instrumento variam de 7 a 35, 2 a 10, 5 a 25, 4 a 20, 7 a 35 e 9 a 45, respectivamente, e o escore total, de 34 a 170.

Os valores totais dos escores em cada domínio são calculados pela média aritmética simples dos itens ponderados dos respectivos domínios e o valor total do escore do ETCAD é obtido pela média aritmética simples dos 34 itens da escala. O maior valor corresponde a uma referência de frequência alta de práticas dos enfermeiros no âmbito da educação terapêutica para comportamentos de autocuidado⁽¹³⁾.

A autorização formal para iniciar o processo de adaptação cultural foi concedida pela autora do instrumento, Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino. Ao considerar que a ETCAD foi construída originalmente em Portugal, e que Brasil e Portugal são países cuja língua nativa é o português, o processo de adaptação cultural do ETCAD foi iniciado por meio da revisão

linguística por um professor de português, com nacionalidade brasileira e experiência na área da saúde, a fim de uniformizar a escrita e adequar o instrumento para o idioma da cultura-alvo, conforme a normatização do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa⁽¹⁵⁾. A Figura 1 ilustra o processo de adaptação cultural.

De acordo com as recomendações de Pasquali⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, a versão do ETCAD uniformizada transculturalmente prosseguiu para a validação de conteúdo, conduzida sequencialmente em duas etapas: análise semântica e análise de conteúdo ou de juízes.

Durante a análise semântica, as versões do ETCAD, com os itens da escala original e os itens da versão uniformizada para o português brasileiro, foram comparadas e analisadas por oito juízes enfermeiros. Cada juiz recebeu por correio eletrônico uma carta-convite e um material com instruções específicas para que analisassem individualmente as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual da versão proposta do ETCAD. Equivalência semântica refere-se ao significado das palavras baseado na avaliação gramatical e vocabulário. A equivalência idiomática considera as expressões equivalentes em ambos os países. Na equivalência cultural, as situações retratadas nos itens da versão original devem corresponder às vivenciadas na cultura alvo. Por fim, a equivalência conceitual engloba a validade do conceito explorado⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Posteriormente à análise semântica, procedeu-se a etapa da análise de conteúdo, com a formação do *brainstorming*. Conhecida por tempestade de ideias, trata-se de uma técnica com o objetivo de explorar a criatividade de uma equipe, com formação de grupos variados. A técnica propõe a reunião de um maior número possível de ideias, pensamentos, experiências, visões, propostas e possibilidades que levem a um denominador comum e eficaz para a solução de problemas⁽¹⁷⁾.

Neste estudo, o *brainstorming* ocorreu de forma presencial e foi composto por 12 enfermeiros e três grupos, sendo: quatro especialistas, quatro mestres e quatro doutores.

Tendo em vista facilitar a compreensão dos itens do instrumento, um integrante de cada grupo realizou a leitura individual dos itens, tendo sido propostas alterações de sentenças e palavras, além de sugestões e modificações, proporcionando melhor direcionamento do significado do item e a relação com o domínio associado.

Para a segunda etapa da análise de conteúdo, foram selecionados sete juízes brasileiros por meio da consulta *online* à Plataforma Lattes, em sua maioria doutores e *experts* na área de adaptação e validação de instrumentos de medida em saúde. Os participantes avaliaram os itens quanto à pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Nesta etapa, foi verificado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este índice mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento, seus itens e domínios. O método consiste em uma escala do tipo *Likert* com pontuação de 1 a 4, em que 1= item não equivalente; 2= item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência; 3= item equivalente, mas necessita de pequenas alterações; 4= item absolutamente equivalente⁽¹⁹⁾.

De forma a obter o cálculo do IVC, foi realizada a soma das respostas “3” e “4” dos juízes da análise de conteúdo em cada item do instrumento e dividido pela soma do número total de respostas, conforme a seguinte equação: $IVC = \text{número de respostas “3” ou “4”} / \text{número total de respostas}$. Os itens que receberam pontuações “1” ou “2” foram revisados e modificados^(16-17,19). Para que a taxa de concordância entre os participantes da análise de juízes seja considerada aceitável, o IVC deve ser superior a 0,80⁽¹⁵⁾.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer nº 1.808.005, de 4 de novembro de 2016, conforme as recomendações estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽²⁰⁾.

RESULTADOS

A correção ortográfica realizada pela revisora linguística resultou em adequações em quatro dos 34 itens, sendo: no item 9, “face ao nível de atividade” foi alterado para “face o nível”; no item 17, a palavra “tomas” foi substituída por “ingestões”; no item 25, “ao melhor nível possível” foi substituído por “no melhor nível possível”; e, no item 32, a expressão “a alcançar objetivos alcançáveis” foi adequada por “a atingir objetivos alcançáveis”.

Dos oito enfermeiros participantes da segunda etapa da análise semântica, todos foram do sexo feminino, com média de idade de 35 anos e procedentes da região Nordeste, com 11 anos de tempo médio de formação e 9 anos de tempo médio de experiência com a temática.

Dos 34 itens, seis apresentaram sugestões de alteração da versão adaptada na primeira etapa da adaptação transcultural, o número de juízes que sugeriram mudanças na redação variou de 2 (25,0%) – nos itens 11, 13, 21 e 23 – a 5 (62,5%) – no item 6. Dentre os itens com sugestão de alteração, foram avaliados com exatamente o mesmo significado nos aspectos semântico, idiomático, cultural e conceitual, os itens 2, 11, 13, 21 e 23, porém o item 6 apresentou aproximadamente o mesmo significado nas quatro equivalências, na avaliação de 2 (25,0%) juízes. A tabela 1 apresenta a distribuição de frequências dos itens com alteração após avaliação das equivalências da escala pelos juízes.

Tabela 1 - Distribuição de frequências dos itens com alteração após avaliação das equivalências da escala pelos juízes (n=8). Teresina, PI, Brasil, 2016

Item*	Equivalência							
	Semântica		Idiomática		Cultural		Conceitual	
	AMS	SEM	MAS	SEM	AMS	SEM	AMS	SEM
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Item 2	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)
Item 6	2 (25,0)	6 (75,0)	2 (25,0)	6 (75,0)	2 (25,0)	6 (75,0)	2 (25,0)	6 (75,0)
Item 11	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)
Item 13	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)
Item 21	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)
Item 23	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)	-	8 (100,0)

Legenda: AMS: aproximadamente o mesmo significado; EMS: exatamente o mesmo significado; *: versão após primeira etapa da adaptação semântica

Para os itens 2 e 6, a expressão “hidratos de carbono” foi modificada para “carboidratos” de acordo com a sugestão de 4 (50,0%) e 5 (62,5%) juízes, respectivamente. Com relação ao item 11, 2 (25,0%) juízes opinaram a substituição de “horas” por “horário”. Posteriormente, nos itens 13 e 23, foi sugerido por 2 (25,0%) juízes a substituição de “pressão sanguínea” por “pressão arterial”. Em seguida, no item 21, a sugestão de 2 (25,0%) juízes foi a troca de “à cessação tabágica” por “ao abandono do fumo”.

A análise de conteúdo, referente ao *brainstorming*, realizada com três estratos de enfermeiros (especialistas, mestres e doutores), totalizando 12 juízes, gerou modificações em 19 itens. No item 7, a sentença “preparar refeições” foi trocada por “preparar as refeições”. Nos itens 8, 26, 27, 28, 29 e 33, o verbo “analisar” foi substituído por “identificar”. No item 9, a descrição do plano de atividade foi complementada para esclarecimento com expressão “física considerando alimentação, medicação e nível de atividade (leve, moderada e intensa)”. No item 12, “valores obtidos” foi alterado para “valores glicêmicos”; e no item 15, “efeitos secundários” para “efeitos adversos”.

No item 16, a expressão “Ensinar relativamente a” foi substituída por “Ensinar sobre quanto a”. O item 17 foi alterado de “Ensinar relativamente a cada medicação: efeito de omissão ou atraso das ingestões” para “Ensinar quanto a cada medicação: efeito de omissão das doses ou atraso das doses”. No item 18, as instruções foram esclarecidas, alterando-o com a expressão “segurança na administração, armazenamento e transporte”. No item 19, a sentença “com vista à diminuição de riscos” foi trocada por “para minimizar os riscos”. No item 21, a expressão “desenvolvimento de competências no que respeita” foi alterada para “estratégias relativas ao”.

No item 22, a expressão “desenvolvimento de competências no que respeita à inspeção dos pés” foi alterada para “desenvolvimento de habilidades para o autocuidado de inspeção dos pés”. Nos itens 23 e 24, a expressão “desenvolvimento de competências no que

respeita” foi substituída por “habilidades relativas”. O item 30 teve duas alterações: troca de “fomentar” por “incentivar”, e o acréscimo da observação “estilo de vida saudável”. No item 33, também houve o acréscimo da observação para o termo estrangeiro coping e a troca do verbo “fomentar” por “incentivar”.

Os enfermeiros, durante brainstorming, sugeriram retirar o item 20, o qual foi mantido para análise de conteúdo, que consiste na etapa que possibilita a exclusão de itens (a partir da análise do IVC). Foi sugerida, também, a unificação dos itens 26, 27, 28 e 29, os quais foram mantidos separadamente para avaliação na análise de conteúdo.

Na análise de conteúdo, a média de idade dos juízes foi de 32 anos, todos do sexo feminino, distribuídos entre as regiões nordeste e sudeste. O tempo médio de formação foi de 8 anos e o tempo médio de experiência com a temática foi de 6 anos.

Os itens avaliados quanto as pertinências práticas e relevância teórica apresentaram nas dimensões “alimentação”, “manter-se ativo”, “monitorização”, “uso de medicação” e “redução de riscos” o IVC médio, respectivamente de 0,98, 0,93, 0,97, 0,90 e 0,94. A última dimensão, correspondente à “resolução de problemas”, apresentou menores índices médios para pertinência prática (0,89) e relevância teórica (0,82). Os itens foram mantidos com IVC médio aproximado de 80%, correspondente a ambos os critérios. O IVC médio final desta dimensão foi 0,86.

Na avaliação da dimensão teórica à qual cada item pertencia, todos foram considerados correspondentes, com concordância mínima de 6 (85,7%) juízes para “alimentação” (item 1); de 6 (85,7%) juízes para “manter-se ativo” (item 8); de 5 (71,4%) para “monitorização” (itens 13 e 14); de 7 (100%) para as dimensões “uso de medicação” e “redução de riscos”; e concordância mínima de 6 (85,7%) juízes para “resolução de problemas” (item 26). O IVC total do instrumento, resultante da média dos índices das dimensões, foi alto (0,93), bem como para os critérios avaliados de pertinência prática (0,93)

e relevância teórica (0,92). A tabela 2 apresenta os índices de validade de conteúdo avaliados para os critérios de pertinência prática e relevância teórica dos itens do instrumento.

Tabela 2 - Índice de Validade de Conteúdo dos itens e dimensões teóricas do instrumento segundo avaliação dos juízes da análise de conteúdo (n=7). Teresina, PI, Brasil, 2016

Item/Dimensão	Pertinência prática	Relevância teórica	IVC médio
Alimentação	0,98	0,98	0,98
1. O efeito dos alimentos sobre a glicemia	1,00	1,00	1,00
2. Fontes de carboidratos, gorduras e proteínas	1,00	1,00	1,00
3. Fazer escolhas alimentares saudáveis	1,00	1,00	1,00
4. Ajustar o tamanho das porções	1,00	1,00	1,00
5. Ler os rótulos	1,00	1,00	1,00
6. Contar carboidratos	0,86	0,86	0,86
7. Preparar as refeições	1,00	1,00	1,00
Manter-se ativo	0,93	0,93	0,93
8. Identificar barreiras (físicas, ambientais, psicológicas e de tempo)	0,86	0,86	0,86
9. Desenvolver um plano de atividade física considerando alimentação, medicação e nível de atividade (leve, moderada e intensa)	1,00	1,00	1,00
Monitorização	0,97	0,97	0,97
10. Instruir os pacientes sobre a escolha e seleção do equipamento de monitorização da glicemia	1,00	1,00	1,00
11. Horário e frequência de avaliação da glicemia	1,00	1,00	1,00
12. Interpretação e uso dos valores glicêmicos	1,00	1,00	1,00
13. Ensinar a avaliar regularmente a pressão arterial	0,86	0,86	0,86
14. Ensinar a verificar regularmente o peso	1,00	1,00	1,00
Uso de medicação	0,90	0,90	0,90
15. Ensinar relativamente a cada medicação: a sua ação, efeitos adversos, eficácia, toxicidade.	0,86	0,86	0,86
16. Ensinar sobre quanto a cada medicação: dosagem prescrita, hora e frequência de administração.	0,86	0,86	0,86
17. Ensinar quanto a cada medicação: efeito de omissão das doses ou atraso das doses.	0,86	0,86	0,86
18. Ensinar relativamente a cada medicação: instruções sobre segurança na administração, armazenamento e transporte.	1,00	1,00	1,00
Redução de riscos	0,94	0,94	0,94
19. Ensinar sobre recomendações terapêuticas para minimizar os riscos.	0,86	0,86	0,86
20. Estabelecer objetivos com vista à diminuição de riscos	0,86	0,86	0,86
21. Proporcionar o desenvolvimento de estratégias relativas ao abandono do fumo	1,00	1,00	1,00
22. Proporcionar o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado de inspeção dos pés	1,00	1,00	1,00
23. Proporcionar o desenvolvimento de habilidades relativas à monitorização da pressão arterial	1,00	1,00	1,00

24. Proporcionar o desenvolvimento de habilidades relativas à automonitorização da glicemia	1,00	1,00	1,00
25. Proporcionar desenvolvimento de competências no que se refere à manutenção dos cuidados pessoais no melhor nível possível	0,86	0,86	0,86
Resolução de problemas	0,89	0,82	0,86
26. Identificar dificuldades físicas	0,86	0,71	0,80
27. Identificar dificuldades emocionais	0,86	0,71	0,80
28. Identificar dificuldades cognitivas	0,86	0,71	0,80
29. Identificar dificuldades financeiras	0,86	0,71	0,80
30. Incentivar o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> (estilo de vida saudável)	1,00	1,00	1,00
31. Identificar a motivação do paciente para a mudança comportamental	1,00	1,00	1,00
32. Ajudar o paciente a atingir objetivos alcançáveis	0,86	0,86	0,86
33. Analisar dificuldades e fomentar desenvolvimento de competências de <i>coping</i>	0,86	0,86	0,86
34. Avaliar os pacientes quanto ao seu estado emocional	0,86	0,86	0,86
IVC total	0,93	0,92	0,93

Legenda: IVC: Índice de Validade de Conteúdo

DISCUSSÃO

O desenvolvimento do processo de adaptação cultural da ETCAD para o uso no Brasil foi realizada de forma sistematizada e foi conduzida conforme as recomendações preconizadas nos estudos de Pasquali para adaptação cultural de instrumentos de medida⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. A utilização de normas metodológicas internacionalmente aceitas para a realização de adaptação cultural facilita a reprodutibilidade dos resultados e possibilita a comparação entre diferentes populações^(13,24).

A revisão linguística foi realizada sem variações do vocabulário ortográfico português, conforme as normas do novo acordo ortográfico da língua portuguesa. Logo, apenas quatro itens foram modificados e o significado de cada item do instrumento foi mantido.

Durante a avaliação das equivalências semânticas, idiomáticas, conceituais e culturais, realizada por oito juízes (especialistas e mestres), foi possível identificar alterações em seis itens do instrumento, ou seja, algumas palavras ou expressões foram substituídas a

fim de facilitar a compreensão, pois apesar da escrita uniformizada entre Portugal e Brasil, há peculiaridades culturais, sendo utilizadas palavras iguais para expressar objetos diferentes ou palavras que não são utilizadas no outro país⁽²¹⁾.

Posteriormente, com vistas a verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população a qual se destina, realizou-se a análise de juízes ou análise de conteúdo baseada no julgamento realizado por um grupo de juízes experientes, a qual caberá analisar se o conteúdo está adequado ao que se propõe⁽²²⁾. Um estudo de validade de conteúdo pode fornecer informações sobre a representatividade e clareza de cada item com a colaboração de especialistas, porém existem limitações nos estudos de validade de conteúdo que precisam ser observadas, visto que a análise dos especialistas é subjetiva e, por conseguinte, podem existir distorções nos estudos⁽²³⁾.

O método do *brainstorming* utilizado nesta pesquisa mostrou-se eficaz na avaliação da compreensão dos itens. Entretanto, surgiram divergências na reprodução de dezenove itens do ETCAD, pois o comitê de juízes afirmou possuir entendimento diferente do que se busca compreender, dificultando a orientação para a população a qual se destina, assim como afirma o estudo de Pasquali⁽¹⁷⁾. Também houve a sugestão para unificação de quatro itens (identificar dificuldades físicas, emocionais, cognitivas e financeira), porém foram mantidos separados, uma vez que ao fornecer resposta de um, a mesma pode ser atribuída aos quatro.

Pesquisa destaca que para uma adaptação adequada da equivalência cultural é de fundamental importância para que os termos utilizados no instrumento sejam coerentes com a realidade vivenciada pela população-alvo, dentro de seu contexto cultural. Caso esse termo se encontre fora do contexto ou da vivência daquela população, o mesmo deve ser modificado⁽²⁴⁾.

Durante o procedimento de adaptação cultural da ETCAD foi possível realizar alterações que respeitassem as particularidades da população-alvo do instrumento, com o

intuito de que ele seja bem compreendido. A ETCAD foi traduzida, adaptada e apresentou valores satisfatórios de validade de conteúdo, baseado nos altíssimos valores das médias dos índices das dimensões ou domínios, bem como pertinência prática e relevância teórica.

Verificou-se que as etapas de adaptação cultural foram bem-sucedidas e as equivalências semântico-idiomáticas, culturais e conceituais foram obtidas. Os juízes *experts* concluíram que os conceitos do instrumento são pertinentes à cultura brasileira e os itens são relevantes aos domínios avaliados pelo instrumento. Dessa forma, o título do instrumento foi mantido para a versão brasileira: “Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à pessoa com Diabetes”, além disso, não houve eliminação de nenhum dos itens do instrumento original, apenas modificações de expressões ou inversão de palavras que facilitaram o entendimento.

Os resultados demonstram que a versão adaptada do instrumento foi bem compreendida e adequada para a verificação de suas propriedades psicométricas na população-alvo. A versão brasileira do ETCAD encontra-se em processo de avaliação das propriedades psicométricas. Após a finalização do processo, o instrumento estará disponível para ser utilizado nas unidades básicas de saúde no Brasil.

CONCLUSÃO

A adaptação transcultural e a validação de conteúdo do ETACD demonstraram que os itens são pertinentes à cultura brasileira e avaliam aspectos na perspectiva do instrumento original. Dessa forma, espera-se que a adaptação cultural da ETCAD possa contribuir para a produção do conhecimento científico de estudos metodológicos em diferentes contextos culturais, permitindo a adaptação semântica e validação. Diante dos resultados, novos estudos estão sendo realizados para a avaliação dos parâmetros psicométricos do instrumento, a fim de viabilizar a utilização no Brasil, tendo em vista a importância de avaliar as intervenções

terapêuticas para a educação em diabetes, proporcionando a autogestão da pessoa com DM nessa importante condição crônica de saúde.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas 7. ed. Brussels: IDF. [Internet] 2015 [acesso em 8 jul 2017]. Disponível: https://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf
2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A. C. Farmacêutica; 2016.
3. American Diabetes Association (ADA). Diagnosis and classification of diabetes *mellitus*. American Diabetes Association. [Internet] 2016;37(Suppl 1) [acesso em 12 jul 2017]. Disponível: <https://doi.org/10.2337/dc14-S081>
4. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS. Práticas educativas em diabetes *Mellitus*: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enfermagem. [Internet] 2012;33(1) [acesso em 10 mai 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100022>
5. de Melo LP, de Campos EA. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 a grupos de educação em saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2014;22(6) [acesso em 8 jul 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0056.2506>
6. Almeida CAPL, da Cruz JN, Fernandes DR, Silva LQ, de Lima CHR, Lago EC. Nurse training in primary care: educational actions with people living with diabetes *mellitus*. Acta Scientiarum. Health Sciences. [Internet] 2017;39(4) [acesso em 10 set 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v39i2.33389>

7. Torres HC, Pereira FRL, Alexandre LR. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes *mellitus* tipo 2. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2012;45(5) [acesso em 3 ago 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500007>
8. Mendonça FF, Nunes EFPA. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. Trab Educ Saúde. [Internet] 2015;13(2) [acesso em 23 ago 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00053>
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: diabetes *mellitus*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; Ministério da Saúde; 2013.
10. Imazu MFM, Faria BN, de Arruda GO, Sales CA, Marcon SS. Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2015;23(2) [acesso em 10 jul 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0247.2543>
11. Hass L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Fisher EB, et al. National standards for diabetes self-management education and support. Diabetes Care. [Internet] 2012;35(11) [acesso em 11 ago 2017]. Disponível: <https://doi.org/10.2337/dc12-1707>
12. Klein HA, Jackson SM, Street K, Whitacre JC, Klein G. Diabetes self-management education: miles to go. Nurs Res Pract. [Internet] 2013;2013(581012) [acesso em 24 jul 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/581012>
13. Menino EPSG, Dixe MACR, Louro MCCM. Construção e validação da escala de educação terapêutica para o comportamento de autocuidado na diabetes. Revista de Enfermagem Referência. [Internet] 2016;4(8) [acesso em 24 ago 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15049>

14. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências na prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
15. Ministério da Educação (BR). Acordo ortográfico da língua portuguesa: atos internacionais e normas correlatas. Brasília: Coordenação de Edições Técnicas; 2014.
16. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP; 1999.
17. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
18. Medeiros RKSM, Ferreira Junior MA, Pinto DPSR, Vitor AF, Santos VEP, Barichello E. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. Revista de Enfermagem Referência. [Internet] 2015;4(4) [acesso em 19 jul 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>
19. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc Saúde Coletiva. [Internet] 2011;16(7) [acesso em 22 mai 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
20. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.
21. Galdeano LE, Furuya RK, Delacio MCB, Dantas RAS, Rossi LA. Validação semântica do *Cardiac Patients Learning Needs Inventory* para brasileiros e portugueses. Rev Gaúcha Enferm. [Internet] 2011;32(3) [acesso em 23 ago 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300024>
22. de Mendonça SCB, Zanetti ML, Sawada NO, Barreto IDC, de Andrade JS, Otero LM. Construction and validation of the Self-care Assessment Instrument for patients with

- type 2 diabetes *mellitus*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2017;25 [acesso em 15 agosto 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1533.2890>
23. Torres HC, Chaves FF, da Silva DDR, Bosco AA, Gabriel BD, Reis IA, et al. Translation, adaptation and validation the contents of the Diabetes Medical Management Plan for the Brazilian context. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2016;24(8) [acesso em 22 agosto 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1138.2740>
24. Van der Heide I, Uiters E, Rademakers J, Struijs JN, Schuit AJ, Baan CA. Associations among health literacy, diabetes knowledge, and self-management behavior in adults with diabetes: results of a dutch cross-sectional study. J Health Commun. [Internet] 2014;19(Suppl 2) [acesso em 26 agosto 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2014.936989>

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem os participantes do estudo, por suas contribuições e disponibilidade, sem os quais não teria sido possível realizar este estudo.

APOIO FINANCEIRO

Esta pesquisa não recebeu nenhum financiamento específico de quaisquer agências nos setores público, comercial ou não lucrativo. Portanto, os custos envolvidos desde a concepção do projeto de pesquisa foram de responsabilidade dos pesquisadores.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES

Não há quaisquer conflitos de interesses declarados pelos autores deste estudo.

4.2 Produto – Escala de educação terapêutica para o comportamento do autocuidado à pessoa com diabetes (Instrumento Adaptado)

1 – Sempre; 2- Muitas vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Poucas vezes; 5 – Nunca	1	2	3	4	5
Alimentação: ensinar as pessoas sobre ...					
1. O efeito dos alimentos sobre a glicemia					
2. Fontes de carboidratos , gorduras e proteínas					
3. Fazer escolhas alimentares saudáveis					
4. Ajustar o tamanho das porções					
5. Ler os rótulos					
6. Contar carboidratos					
7. Preparar as refeições					
Manter-se ativo: ensinar as pessoas a...					
8. Identificar barreiras (físicas, ambientais, psicológicas e de tempo)					
9. Desenvolver um plano de atividade física considerando alimentação, medicação e nível de atividade (leve, moderada e intensa)					

1 – Sempre; 2- Muitas vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Poucas vezes; 5 - Nunca	1	2	3	4	5
Monitorização					
10. Instruir os pacientes sobre a escolha e seleção do equipamento de monitorização da glicemia					
11. Horário e frequência de avaliação da glicemia					
12. Interpretação e uso dos valores glicêmicos					
13. Ensinar a avaliar os níveis da pressão arterial					
14. Ensinar a verificar regularmente o peso					
Ingestão de Medicação					
15. Ensinar relativamente a cada medicação: a sua ação, efeitos adversos , eficácia, toxicidade.					
16. Ensinar sobre quanto à cada medicação: dosagem prescrita, hora e frequência de administração.					
17. Ensinar quanto à a cada medicação: efeito de omissão das doses ou atraso das doses.					
18. Ensinar relativamente a cada medicação: instruções sobre segurança na administração, armazenamento, transporte.	instruções	sobre	administração,		

Redução de riscos					
19. Ensinar sobre recomendações terapêuticas para minimizar os riscos					
20. Estabelecer objetivos com vista à diminuição de riscos					
21. Proporcionar o desenvolvimento de estratégias relativas ao abandono do fumo					
22. Proporcionar o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado de inspeção dos pés					
23. Proporcionar o desenvolvimento de habilidades relativas à monitorização da pressão arterial					
24. Proporcionar o desenvolvimento de habilidades relativas à automonitorização da glicemia					
25. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à manutenção dos cuidados pessoais no melhor nível possível					
23.					
Resolução de problemas e <i>coping</i> saudável					
26. Identificar dificuldades físicas					
27. Identificar dificuldades emocionais					
28. Identificar dificuldades cognitivas					
29. Identificar dificuldades financeiras					
30. Incentivar o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> (estilo de vida saudável)					
31. Identificar a motivação do paciente para a mudança comportamental					
32. Ajudar o paciente à atingir objetivos alcançáveis					
33. Identificar dificuldades e incentivar o desenvolvimento de competências de <i>coping</i>					
34. Avaliar os pacientes quanto ao seu estado emocional					

5 CONCLUSÃO

O diabetes mellitus é uma condição crônica que está em expansão de forma alarmante, porém tem-se comprovado que as intervenções educativas executadas de forma ativa por parte dos enfermeiros constituem uma estratégia de ampliação do conhecimento e de controle no processo do diagnóstico e tratamento. A educação voltada para o autocuidado, apesar de ser uma tarefa desafiadora, propicia adoção de hábitos saudáveis e mudanças no estilo de vida, uma vez que depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, além da disposição, interesse do paciente em participar.

Nesse sentido, é de fundamental importância que se monitorizem as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros por meios de instrumentos de medidas, uma vez que que facilitará o alcance dos resultados esperados por meio da adequação das práticas assistenciais.

A adaptação transcultural e a validação de conteúdo do ETACD foram conduzidas de acordo com o preconizado pela literatura. Dos 34 itens do instrumento original, vinte e nove sofreram alterações no decorrer das etapas. As análises pelos *experts* na área demonstraram que os itens são pertinentes à cultura brasileira e avaliaram aspectos na perspectiva do instrumento original.

Dessa forma, espera-se que a adaptação cultural da ETCAD possa contribuir para a produção do conhecimento científico de estudos metodológicos em diferentes contextos culturais, permitindo a adaptação semântica e validação de conteúdo. Diante dos resultados, novos estudos estão sendo realizados para a avaliação dos parâmetros psicométricos do instrumento, a fim de viabilizar a utilização no Brasil, tendo em vista a importância de avaliar as intervenções terapêuticas para a educação em diabetes, proporcionando a autogestão da pessoa com DM nessa importante condição crônica de saúde.

Nesta direção, espera-se que a sua aplicação na prática clínica e em pesquisas de cuidados em saúde possa contribuir na identificação de lacunas no conhecimento que possam vir a prejudicar a assistência direta às pessoas com essa condição crônica, além de pesquisas que estudam a validade de instrumentos e que mede a educação terapêutica da pessoa com diabetes no contexto do Brasil, na perspectiva de profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, uma vez que

estas intervenções terapêuticas têm revelado ganhos para o controle metabólico e glicêmico da pessoa com DM.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, K.G.M.M; ZIMMET, P.Z; World Health Organization Consultation. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complication**. Geneva, 1999.

ALEXANDRE, N. M. C; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.7, p. 3061-3068, 2011.

AHOLA, A. J; GROOP, P.H. Barriers to self-management of diabetes. **Diabet Med**. v. 30, n. 4, p. 413-420, 2013.

ASSUNCAO, et al., Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. **Escola ana nery revista de enfermagem**, v. 21, n. 4, e20170208, 2017.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 1, p. 8-16, 2015.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 1, p.81-90, 2014.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Recomendações para os portadores de diabetes mellitus. **Diabetes Clínica**, v. 5, n. 4, p. 258-62, 2001.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Evidence - Based Nutrition Principles and Recommendations for the Treatment and Prevention of Diabetes and Related Complications. **Diabetes Care**, v. 25, n. 1, p. 202-212, 2002.

American Diabetes Association. Peripheral arterial disease in people with diabetes. **Diabetes Care**, v. 26, p. 3333-3341, 2014.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Diagnosis and Classification of Diabetes. **Diabetes Care**, v. 38, n. 1, p. 816, 2015.

BAEKESKOY, S et al. Identification of the 64 K autoantigen in insulin-dependent diabetes as the GABA-synthesizing enzyme glutamic acid decarboxylase. **Nature**. 1990.

BAQUEDANO, I. R. et.al. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. **Rev da escola de enferm da USP**, v. 44, n. 4, p. 1017-1023, 2010.

BEZERRA, S.T.T et al. Educação em saúde como compromisso para humanizar a atenção básica: compreensão de profissionais de enfermagem. **Rev enferm UFPE**. v.9, n. 5, p. 7835-42,2015.

BORBA, A.K.O.T. et al. Práticas educativas em diabetes *Mellitus*: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p.169-176, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde.Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 18/06/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde**. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética e Pesquisa (CONEP)**. Resolução nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: setembro 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 12, 13 de junho de 2013. Seção 71, p. 59.

BOWEN, J. L et al. Assessing Chronic Illness Care Education (ACIC-E): a tool for tracking educational re-design for improving chronic care education. **Journal of General Internal Medicine**, v. 25, p. S593-S609, 2010.

CARMO, E. H; BARRETO, M. L; SILVA JUNIOR, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília**, DF, v. 12, n. 2, p. 63-75, 2003.

CASADO, L; VIANNA, L.M; THULER, L.C.S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n 4, p. 379-388, 2009.

CORRER, J.C et al.Tradução para o Português e Validação do Instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil). **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. v.52, n. 3, p.515-522, 2008.

CORREA, P.C.C. Percepção de portadores atendidos na estratégia saúde da família sobre diabetes mellitus tipo 2. **Rev enferm UFPE**, v. 11, n.4, p. 1645-51, 2017.

CURCIO, R; LIMA, M.H.M; ALEXANDRE, N.M.C. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, n. 2, p. 331-7, 2011.

DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL – DCCT. Research Group: The effect of intensive treatment of Diabetes on the development and progression of the long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **New England Journal of Medicine**, n. 329, p. 977-986, 1993.

DUNCAN, B.B. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de saúde pública**, v. 46, p.126-134, 2012.

ELIZANGELA, O.F. Tradução e adaptação transcultural do instrumento “*Spiritual Assessment Scale*” . **Revista o Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n.4, p. 401-410, 2013.

FONTENELE, A. C. Avaliação do programa nacional de atenção à hipertensão e diabetes: satisfação dos usuários de uma unidade básica de saúde em Caxias-MA. **Revista Cadernos de Pesquisa**, v. 19, n. 1, p. 81-7, 2012.

FEHRING, R. J. The Fering model. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.). **Classification of the nursing diagnosis: proceeding of the tenth conference**. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55-62.

FIGUEIRA, A.L.G et al., Intervenciones educativas para el conocimiento de la enfermedad, adhesión al tratamiento y control de la diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, e2863, 2017.

GALDEANO, L. E et al. Validação semântica do *Cardiac Patients Learning Needs Inventory* para brasileiros e portugueses. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 602-610, 2011.

GASKELL, G; BAUER, M. W; GASKELL, G. (org.) Tradução Guareschi PA. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático**. 9.ed. Petrópolis: Editora Vozes, p.164-189, 2011.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GROSS, J. L. et al. Diabetes Mellitus: diagnosis, classification and glucose control evaluation. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 46, n. 1, p. 16-26, 2002.

GONÇALVES, M. R; HARZHEIM, E; DUNCAN, B. B. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **Revista Brasileira em Medicina da Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 235-43, 2013.

GRIFFIN, S.J et al. Multiple behaviour change intervention and outcomes in recently diagnosed type 2 diabetes: the ADDITION-Plus randomised controlled trial. **Diabetologia**. v. 57, n. 7, p. 1308-19, 2014.

HE, J, VAN DE VIJVER, F. Bias and equivalence in crosscultural research. **Online Readings in Psychology and Culture Retrieved**, 2012.

He, J., & Van de Vijver, F. (2012). Bias and equivalence in crosscultural research. **Online Readings in Psychology and Culture**. Retrieved from <<http://scholarworks.gvsu.edu/orpc/vol2/iss2/8>>. Acesso em: 05/12/2016.

HU, E.B et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. **The new england jornal of medicine**. v. 345, n. 11, p. 790-7, 2001.

International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 6a ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/images/2015/atlas-idf-2015.pdf>>. Acesso em: 29/09/2016).

KNOWLER, W.C et al. Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. **Lancet**. n. 374, p. 1677-86, 2009.

KRALL, L. P; BEASER, R. S. **Manual Joslin de Diabetes**. Ediciones Científicas e Técnicas S. A, Barcelona, 1992.

LINDSTROM, J et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. **Lancet**, n.368, p. 1673-9, 2006.

LEITE, S. A et al. Assessment of the impact of Staged Diabetes Management in a private health system in Curitiba, Brazil. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 50, p. 54, 2000.

MARCELINO, D. B; CARVALHO, M.D.B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005).

MACEDO, M.M.L, et al. Adesão e empoderamento de usuários com diabetes mellitus para práticas de autocuidado: ensaio clínico randomizado. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, e03278, 2017.

MAROCO, J. P. Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala de satisfação com o suporte social para estudantes do ensino superior. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, n. 2, p. 247-256, 2014.

MALTA, D. C; SILVA, J. B. 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. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MATUMOTO, S et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n.1, p. 123-130, 2011.

MARLEBI; FRANCO, 1992; International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas** [Internet]. 6a ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2014. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em:29/09/2016.)

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care**,v. 15, n. 11, p. 1509-16,1992.

MATSUMOTO, P.M. et al; A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**,v. 46, n.3, p. 761-765, 2012.

MELO, L.P; CAMPOS, E.A. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 6, p.980 -990, 2014.

MENDONÇA, F.F; NUNES, E.F.P.A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, v. 13 n. 2, p. 397-409, 2015.

MENINO, E. et al; Programas de educação dirigidos ao utente com diabetes mellitus tipo 2: revisão sistemática da literatura. **Rev de Enfermagem Referência III**, n 10. p. 135-143, 2013.

MICHELS, M. J et al. Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 54, n. 4, p. 644-51, 2010.

MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde**. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

MINISTERIO DA SAUDE. **Informações de saúde** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em : julho de 2016.

MIRANDA, G.M.D; MENDES, A.C.G; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira Geriátrica Gerontologia**, v.19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MONTENEGRO J. R. M. et al. Assistência multidisciplinar e o manejo efetivo do Diabetes Mellitus: desafios atuais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 17, n. 4, p. 200-5, 2004.

MONTENEGRO J. R. M. Insulinoterapia no diabetes do tipo 2. In: BANDEIRA, F. et al. **Endocrinologia – diagnóstico & tratamento**. 2. ed. São Paulo: Medsi, p. 824-40, 2003.

MORAES, A.S et al. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 929-941, 2010.

OLIVEIRA, K.C.S; ZANETTI, M.L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n. 4, p.862-868, 2011.

OLIVEIRA, N. F et al. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Rev Bras de Enferm**. v. 64, n. 2, p. 301-7, 2011.

OLIVEIRA, F.B; SILVA, J.C.C; SILVA, V.H.F; CARTAXO, C.K.A. O trabalho de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família. **Rev Rene**. v. 12, n. 2, p. 229-37, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, DF, 2003. 105p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**, Brasília, 2011.

PACE, A. E.; VIGO, K. O.; CALIRI, M. H. L.; FERNANDES, A. P. M. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, 2006.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEREIRA, D, A et al. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes *mellitus*. **Revista Latino americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 478-485, 2012.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM; IBAPP, 1999.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 4.ed Petrópolis: Vozes, 2011.

PINTO, T. R, CYRINO, E.G. Listening to the primary health care worker: potential and challenges in educational practices. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 1, p. 765-777, 2015.

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências na prática de enfermagem. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REGIS, C. G; BATISTA, N.A. O enfermeiro na área de saúde coletiva: concepções e competências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.5, p.548-54, 2015.

RICK, J et al. Psychometric properties of the patient assessment of chronic illness care measure: acceptability, reliability and validity in United Kingdom patients with long-term conditions. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 1, p. 293-318, 2012.

QUEIROZ, F.A; PACE, A.M; SANTOS, C.B. Adaptação cultural e validação do instrumento diabetes -39 (D-39): versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2-fase 1. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v. 17, n. 5, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: SBD, 2016.

SANTOS, L.; TORRES, H.C. Práticas Educativas em *Diabetes Mellitus*: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p.574-580, 2012.

SANTOS, I. C. R. V. **Atenção à saúde do portador de pé diabético**: prevalência de amputações e assistência preventiva na Rede Básica de Saúde. 2008. 223f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

SAMPAIO, C. P; GUEDES, M. V. C. Processo de enfermagem como estratégia no desenvolvimento de competência para o autocuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 96-103, 2012.

SCAIN,S.F.et al. Acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com *diabetes mellitus* tipo 2 em consulta ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p.14-20, 2013.

SCHMIDT, M.I *et al*.High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia – The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Diabetol Metab Syndr**, v. 6, n.123, p. 1-9, 2014.

SALINERO M.A.F, et al. Effectiveness of procede model for health education on changes and level of control of HbA1c, blood pressure, lipids, and body mass index in patients with type 2 Diabetes Mellitus. **BMC Public Healthy**. V. 11, n. 267, p.2-9, 2011.

TORQUATO, M. T. C. G. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Medical Journal**,v. 121, n. 6, p. 224-30, 2003.

TORRES, H.C; PEREIRA, F.R.L; ALEXANDRE, L.R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em *Diabetes mellitus* tipo 2. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 45, n. 5, p. 1077-1082, 2011.

TORRES, H.C; HORTALE, V. A; SCHALL, C. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista de saúde pública**, v. 39, n. 6, p. 906-911, 2005.

THIEME, R. D. et al. Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. **Demetra**, v. 9, n. 1, p. 269-86, 2014.

UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP – UKPDS. Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes: UKPDS 33. **Lancet**, New York, v. 352, p. 837-853, 1998.

VARGAS CRUZ et al. Identificando barreiras e cumprimento de metas para prática de autocuidado em pessoas com diabetes tipo2. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n.4, p. 846-850, 2015.

VELASCO, A. C, et al. Impacto de un mapa conversacional como estratégia educativa para mejorar el control metabólico de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. **Atención Familiar**. v. 21, n. 2, p. 42-46, 2014.

VERAS, V.S et al. Perfil glicêmico de pessoas com diabetes mellitus em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 3, p. 609-16, 2014.

VIEIRA, G.L.C; CECILIO, S.G; TORRES, H.C. A percepção dos usuários com diabetes sobre a estratégia de educação em grupos na promoção do autocuidado. **Escola Anna nery revista de enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1-6, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A

CARTA CONVITE PARA OS JUÍZES DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Título do projeto: Parâmetros Psicométricos da versão Brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes.

Pesquisadoras responsáveis: Laura Barbosa Nunes e Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida

Instituição/Departamento: Centro Universitário UNINOVAFAP/ Coordenação do Mestrado em Saúde da Família

Telefone para contato: (86) 99958-0157 ou (86) 98138 - 8997

E-mail: laurexx_71@hotmail.com

Prezado (a) colega,

Convido-o a constituir o comitê de juízes para avaliar a adaptação transcultural da *“Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes”*, originalmente construída em Portugal, para o português do Brasil. Trata-se de instrumento que possibilita a avaliação das intervenções de educação terapêutica desenvolvidas pelos enfermeiros à pessoas com diabetes, desenvolvido por Eva Menino, em Portugal.

O instrumento é constituído por 6 dimensões totalizando 34 itens, na primeira dimensão “Alimentação” tem-se 7 itens, na segunda “Manter-se ativo” tem-se 2 itens, na terceira “Monitorização” tem-se 5 itens, na quarta “Ingestão de medicamentos” tem-se 4 itens, na quinta “Redução de Riscos” tem-se 7 itens, e finalmente na sexta dimensão “Resolução de Problemas” tem-se 9 itens.

Considerando as diferenças culturais entre a nossa população e a que originou o instrumento (portuguesa), estou realizando a adaptação transcultural do mesmo para a utilização na assistência e pesquisa dentro do contexto sociocultural do Brasil. Para tanto, será utilizada uma metodologia fundamentada no rigor científico proposto por diversos autores sobre adaptação transcultural de instrumentos de medidas cognitivas e comportamentais.

Solicito, assim, sua valiosa colaboração, no sentido de avaliar os itens do instrumento em 2 (duas) etapas: na primeira, serão comparados os itens da escala original com a versão adaptada para o português brasileiro. Na segunda etapa, você deverá avaliar as novas versões quanto a quatro equivalências: semântica, idiomática, cultural e conceitual, entre as versões original e adaptada do referido instrumento.

Caso aceite nosso convite, enviaremos em anexo todas as instruções sobre como proceder para nos ajudar na adaptação transcultural desse instrumento mediante as normas constantes na literatura científica e no protocolo deste estudo. Caso seja de sua preferência podemos enviar por correio eletrônico (*e-mail*).

Kit para os juízes:

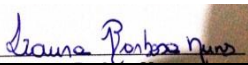
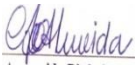
1. Termo de consentimento livre e esclarecido (pdf)
2. Questionário de caracterização sociodemográfica e de formação (*google forms*)
3. Formulário para comparação entre as versões original e adaptada (*google forms*)
4. Avaliação das equivalências: semântica, idiomática, experimental e conceitual (*google forms*)

Sinta-se à vontade para fazer qualquer pergunta em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio do telefone (86) 99958-0157 ou respondendo a esse *e-mail*: laurexx_71@hotmail.com .

Desde já, gratas pela atenção.

Aguardamos sua resposta à nossa solicitação.

Atenciosamente,

	
Laura Barbosa Nunes CPF: 043.472.403-33 Mestranda	Camila Aparecida Pinheiro Landim CPF: 003.721.733-06 Orientadora

APÊNDICE B

ADAPTAÇÃO SEMÂNTICA E LINGÜÍSTICA DA ESCALA DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA PARA O COMPORTAMENTO DO AUTOCUIDADO À PESSOA COM DIABETES

N	Escala original	Adaptação semântica e linguística
Título		
1	O efeito dos alimentos sobre a glicemia	
2	Fontes de hidratos de carbono, gordura e proteínas	
3	Fazer escolhas alimentares saudáveis	
4	Ajustar o tamanho das porções	
5	Ler os rótulos	
6	Contar hidratos de carbono	
7	Preparar refeições	
8	Analisar barreiras (físicas, ambientais, psicológicas e de tempo)	
9	Desenvolver um plano de atividade apropriada que pondera a alimentação e medicação face ao nível de atividade	
10	Instruir os pacientes sobre a escolha e seleção do equipamento de monitorização da glicemia	
11	Horas e frequência de avaliação da glicemia	
12	Interpretação e uso dos valores obtidos	
13	Ensinar a avaliar regularmente a pressão sanguínea	
14	Ensinar a verificar regularmente o peso	
15	Ensinar relativamente a cada medicação: a sua ação, efeitos secundários, eficácia, toxicidade.	
16	Ensinar relativamente a cada medicação: dosagem prescrita, hora e frequência de administração.	
17	Ensinar relativamente a cada medicação: efeito de omissão ou atraso das tomas	
18	Ensinar relativamente a cada medicação: instruções sobre administração, armazenamento, viagens e segurança	
19	Ensinar sobre recomendações terapêuticas com vista à diminuição de riscos	
20	Estabelecer objetivos com vista à diminuição de riscos	
21	Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à cessação tabágica	
22	Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à inspeção dos pés	
23	Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à monitorização da pressão sanguínea	
24	Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à automonitorização da glicemia	
25	Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à manutenção dos cuidados pessoais ao melhor nível possível	
26	Analisar dificuldades físicas	
27	Analisar dificuldades emocionais	
28	Analisar dificuldades cognitivas	
29	Analisar dificuldades financeiras	
30	Fomentar o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i>	
31	Identificar a motivação do paciente para a mudança comportamental	
32	Ajudar o paciente a alcançar objetivos alcançáveis	
33	Analisar dificuldades e fomentar o desenvolvimento competências de <i>coping</i>	
34	Avaliar os pacientes quanto ao seu estado emocional	

Teresina, ____, de ____, de 20__.

Responsáveis pelo estudo:

Pesquisadora 1

Pesquisadora 2

APÊNDICE C**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE FORMAÇÃO DOS JUÍZES**

Data de nascimento: ____/____/____

Data de preenchimento: ____/____/____

Sexo:

(1) Masculino

(2) Feminino

Procedência (por região do Brasil):

(1) norte

(2) nordeste

(3) centro-oeste

(4) sudeste

(5) sul

Estado civil:

(1) Solteiro

(2) Casado/União estável

(3) Separado/Divorciado

(4) Viúvo

Maior titulação:

(1) Pós-doutorado

(2) Doutor

(3) Mestre

(4) Especialista

(5) Graduado

APÊNDICE D

COMPARAÇÃO DAS VERSÕES ORIGINAL E ADAPTADA DOS ITENS DA ESCALA

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Data de preenchimento: ____ / ____ / ____

Instruções para avaliação:

As descrições dos itens identificadas na segunda coluna correspondem aos itens em sua forma original (português de Portugal). Os itens identificados na terceira coluna correspondem aos itens adaptados para o português brasileiro. Primeiramente, solicito sua opinião quanto à (1) manutenção do título original definido pela autora do instrumento ou (2) utilização de uma versão adaptada, ou outra sugestão, caso presente. Para os itens, pede-se sugestões de alteração na sua formatação, caso tenha.

N	Escala original	Escala adaptada	Alteração proposta
Título			(1) Manutenção do título original (2) Utilizar versão adaptada
1			(1) Não (2) Sim: _____
2			(1) Não (2) Sim: _____
3			(1) Não (2) Sim: _____
4			(1) Não (2) Sim: _____
5			(1) Não (2) Sim: _____
6			(1) Não (2) Sim: _____
7			(1) Não (2) Sim: _____
8			(1) Não (2) Sim: _____
9			(1) Não (2) Sim: _____
10			(1) Não (2) Sim: _____
11			(1) Não (2) Sim: _____
12			(1) Não (2) Sim: _____
13			(1) Não (2) Sim: _____
14			(1) Não (2) Sim: _____
15			(1) Não (2) Sim: _____
16			(1) Não (2) Sim: _____
17			(1) Não (2) Sim: _____
18			(1) Não (2) Sim: _____
19			(1) Não (2) Sim: _____

20	(1) Não
21	(2) Sim: _____
22	(1) Não
23	(2) Sim: _____
24	(1) Não
25	(2) Sim: _____
26	(1) Não
27	(2) Sim: _____
28	(1) Não
29	(2) Sim: _____
30	(1) Não
31	(2) Sim: _____
32	(1) Não
33	(2) Sim: _____
34	(1) Não
	(2) Sim: _____

Orientações para preenchimento:

- Escala original: inserir o texto dos itens na versão original.
- Versão adaptada: inserir a versão da tradutora para os itens que sofreram alteração; indicar com a palavra “PERMANECE” aqueles em que não houve alteração.
- Alteração proposta: espaço para preenchimento dos juízes

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

APÊNDICE E

AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS DA ESCALA POR JUÍZES

Instruções para avaliação:

Prezado juiz, para os itens abaixo, você deverá avaliar quatro equivalências: semântica, idiomática, cultural e conceitual, entre as versões original (português de Portugal) e adaptada (português do Brasil) da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes. Para tanto, deverá considerar as seguintes definições:

1. **Equivalência Semântica:** refere-se à correspondência do significado das palavras; baseia-se na avaliação gramatical e do vocabulário. Corresponde à pergunta: “as palavras possuem os mesmos significados?”, visto que algumas palavras do idioma português podem apresentar significados diferentes entre os países lusófonos.
2. **Equivalência Idiomática:** refere-se ao uso das expressões equivalentes em ambos os países; algumas palavras, termos e expressões idiomáticas são difíceis de adaptar. Logo, caso haja dificuldades na compreensão de algum item, por favor, sugira palavras, termos ou expressões idiomáticas que melhor expressem o sentido do item.
3. **Equivalência Cultural ou Experiencial:** as situações evocadas nos itens devem corresponder às vivenciadas em nosso contexto cultural, ou seja, devem utilizar termos coerentes com a experiência vivida pela população à qual se destina.
4. **Equivalência Conceitual:** representa a coerência do item em relação àquilo que se propõe a medir. Palavras, frases ou expressões podem ter equivalência semântica e serem conceitualmente diferentes. Os conceitos devem ser explorados e os eventos experimentados pela população do Brasil.

Conforme as definições, as equivalências deverão ser julgadas conforme a escala especificada a seguir, marcando o campo correspondente ao seu julgamento, de modo que o menor valor representa uma menor equivalência:

Escala de Equivalência	
1	Significado diferente
2	Aproximadamente o mesmo significado
3	Exatamente o mesmo significado

Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores 1 ou 2, por favor, sugira as alterações que julgar mais apropriadas, utilizando o espaço reservado ao final. Contando com sua contribuição, agradeço antecipadamente por sua colaboração e empenho. Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Avaliação das equivalências

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Data de preenchimento: ____ / ____ / ____

N	Itens da EAOE	Equivalência			
	Versão adaptada	Semântica	Idiomática	Cultural	Conceitual
Título		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
1		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
2		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
3		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
4		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
5		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
6		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
7		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
8		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
9		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
10		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
11		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
12		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
13		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
14		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
15		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
16		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
17		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

APÊNDICE F

CARTA CONVITE PARA OS JUÍZES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Título do projeto: Parâmetros Psicométricos da versão Brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes.

Pesquisadoras responsáveis: Laura Barbosa Nunes e Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida

Instituição/Departamento: Centro Universitário UNINOVAFAP/ Coordenação do Mestrado em Saúde da Família

Telefone para contato: (86) 99958-0157 ou (86) 98138 - 8997

E-mail: laurexx_71@hotmail.com

Prezado (a) colega,

Convido-o a constituir o comitê de juízes da validação de conteúdo da versão adaptada transculturalmente e analisada semanticamente da *“Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes”*, originalmente construída em Portugal, para o português do Brasil. Trata-se de instrumento que possibilita a avaliação das intervenções de educação terapêutica desenvolvidas pelos enfermeiros às pessoas com diabetes, desenvolvido por Eva Menino, em Portugal.

O instrumento é constituído por 6 dimensões totalizando 34 itens, na primeira dimensão “Alimentação” tem-se 7 itens, na segunda “Manter-se ativo” tem-se 2 itens, na terceira “Monitorização” tem-se 5 itens, na quarta “Ingestão de medicamentos” tem-se 4 itens, na quinta “Redução de Riscos” tem-se 7 itens, e finalmente na sexta dimensão “Resolução de Problemas” tem-se 9 itens.

Considerando as diferenças culturais entre a nossa população e a que originou o instrumento (portuguesa), estou realizando a adaptação transcultural e validação de conteúdo do mesmo para a utilização na avaliação da assistência e na pesquisa dentro do contexto sociocultural do Brasil. Para tanto, será utilizada uma metodologia fundamentada no rigor científico proposto por Pasquali (1999; 2010) para a validação de conteúdo de instrumentos de medida.

Solicito, assim, sua valiosa colaboração, no sentido de avaliar os itens do instrumento em 2 (duas) etapas: na primeira, serão julgados quanto a dois critérios: “pertinência prática” e “relevância teórica”; bem como será avaliada a *dimensão teórica* de cada item (Alimentação, manter-se ativo, monitorização, ingestão de medicamentos, redução de riscos, resolução de problemas). Na segunda etapa, você deverá avaliar os itens que não superaram o referencial do Índice de Validade de Conteúdo calculado (80%), após as alterações conforme as sugestões fornecidas pelo comitê de juízes.

Caso aceite nosso convite, enviaremos em anexo todas as instruções sobre como proceder para nos ajudar na validação de conteúdo desse instrumento mediante as normas constantes na literatura científica e no protocolo deste estudo. Caso seja de sua preferência podemos enviar por correio os instrumentos, solicitamos que para tal nos forneça um endereço atualizado.

Kit para os juízes:

1. Termo de consentimento livre e esclarecido
2. Formulário para avaliar os critérios: pertinência prática e relevância teórica, bem como da dimensão teórica do itens (*google forms*)

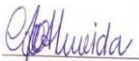
3. Questionário de caracterização sociodemográfica e de formação (*google forms*)

Sinta-se à vontade para fazer qualquer pergunta em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio do telefone (86) 99958-0157 ou respondendo a esse *e-mail*: laurexx_71@hotmail.com.

Desde já gratas pela atenção.

Aguardamos sua resposta à nossa solicitação.

Atenciosamente,

	
Laura Barbosa Nunes CPF: 043.472.403-33 Mestranda	Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida CPF: 003.721.733-06 Orientadora

APÊNDICE G

VALIDAÇÃO DA ESCALA POR JUÍZES

Instruções para avaliação:

Prezado juiz, para os itens abaixo, você deverá avaliar DOIS critérios: “pertinência prática” e “relevância teórica” da versão adaptada transculturalmente (para o português do Brasil) e analisada semanticamente da *Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes*. Para tanto, deverá considerar as seguintes definições:

1. Pertinência prática: corresponde à consistência entre a frase e o aspecto definido, e com as outras frases que cobrem este mesmo aspecto (dimensão teórica). Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente da dimensão teórica à qual pertence e deve ser importante para o instrumento. Para tanto, ao julgar a pertinência prática do item, você deverá responder: *Você acredita que os itens propostos são pertinentes para esta população e referem-se à dimensão teórica à qual pertencem? Em que nível?*

2. Relevância teórica: considera o grau de associação entre o item e a teoria. Visa-se analisar se o item está relacionado ao construto do instrumento (frequência de intervenções terapêuticas dos enfermeiros para o comportamento de autocuidado às pessoas com diabetes mellitus). Para tanto, ao julgar a relevância teórica do item, você deverá responder: *Você acredita que o conteúdo deste item é representativo (intervenções terapêuticas dos enfermeiros) que se quer medir ou de uma das dimensões teóricas que o compõem? Em que nível?*

Conforme as definições, os critérios deverão ser julgados conforme as escalas especificadas a seguir, marcando o campo correspondente ao seu julgamento, de modo que o menor valor representa um menor nível de atendimento ao critério:

	ica	Relevância teórica
1	Nada pertinente	Nada relevante
2	Pouco pertinente	Pouco relevante
3	Muito pertinente	Muito relevante
4	Bastante pertinente	Bastante relevante

Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores 1 ou 2, por favor, sugira as alterações que julgar mais apropriadas, utilizando o espaço reservado ao final. Na primeira etapa, os itens também deverão ser avaliados quanto à “dimensão teórica” do instrumento à qual se referem, utilizando os códigos:

Código	Dimensão teórica
A	Alimentação
B	Manter-se ativo
C	Monitorização
D	Uso de medicação
E	Redução de riscos
F	Resolução de problemas

Contando com sua contribuição, agradeço antecipadamente por sua colaboração e empenho.
Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Avaliação dos critérios e dimensões teóricas

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Data de preenchimento: ____ / ____ / ____

Itens da EAOE			
N	Versão adaptada	Pertinência	Dimensão teórica
1		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
2		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
3		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
4		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
5		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
6		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
7		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
8		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
9		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
10		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
11		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
12		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
13		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐

14	1 ☐ 2 ☐	1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
	3 ☐ 4 ☐	3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐

Itens da EAOE			
N	Versão adaptada	Pertinência	Dimensão teórica
15		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
16		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
17		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
18		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
19		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
20		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
21		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
22		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
23		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
24		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
25		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
26		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
27		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐
		3 ☐ 4 ☐	D ☐ E ☐ F ☐
28		1 ☐ 2 ☐	A ☐ B ☐ C ☐

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA JUÍZES (ANÁLISE DOS ITENS ADAPTADOS)

Prezado(a) juiz,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Parâmetros psicométricos da versão brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes”**, desenvolvida por **Laura Barbosa Nunes** (pesquisadora responsável), mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, sob orientação da Professora Doutora **Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida** (pesquisadora participante).

O objetivo central do estudo é avaliar os parâmetros psicométricos da versão brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado (ETCAD) à Pessoa com Diabetes. O estudo justifica-se diante da inexistência de ferramentas práticas na literatura científica sobre a avaliação de intervenções terapêuticas por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, uma vez que estas intervenções têm revelado ganhos para o controle metabólico e glicêmico da pessoa com diabetes mellitus.

O convite a sua participação se deve à necessidade de avaliar os itens da redação da versão brasileira adaptada da ETCAD, já realizada pelo professor (a) de português brasileiro (a). Sua participação é muito importante.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar da pesquisa ou, tendo aceitado, desistir desta. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Sua participação se dará em total anonimato, onde sua identidade ficará em total sigilo, somente com os pesquisadores envolvidos, e as informações coletadas serão armazenadas em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar dos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio do contato explicitado neste Termo.

Com o objetivo de otimizar a sua participação, você será convidado a participar deste estudo via *e-mail*, por meio do qual serão enviados três instrumentos de coleta de dados. A sua participação consistirá em responder os três questionários. O primeiro refere-se à sua caracterização sociodemográfica e de formação. O segundo é para o registro do processo de comparação das versões, dividido em: “Escala original” e “Escala adaptada”. O terceiro questionário é para verificar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual da escala adaptada. Estas equivalências

serão julgadas em escala do tipo *Likert* de 3 (três) pontos, cujos níveis de resposta serão: (1) Significado diferente, (2) Aproximadamente o mesmo significado e (3) Exatamente o mesmo significado. Para os itens avaliados nos níveis “1” ou “2”, será solicitado uma justificativa, descrevendo a sugestão de alteração para melhor compreensão do referido item. O tempo previsto de duração para o preenchimento destes questionários será de no máximo 30 minutos.

O risco que você poderá ser exposto durante a pesquisa é mínimo, como por exemplo, a insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas. Para minimizar este risco, atentar-se-á para a garantia e zelo pelo sigilo de todas as informações coletadas, conforme preconizado na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Ressalta-se que caso você, como participante desta pesquisa, venha a sofrer qualquer tipo de dano, previsto ou não neste Termo de Consentimento, resultante de sua participação neste estudo, além do direito à assistência integral, você tem direito à indenização, conforme também preconizado na Resolução Nº 466/2012 do CNS.

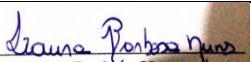
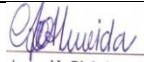
A sua participação nesta pesquisa poderá lhe trazer benefícios diretos ou indiretos. Você poderá se beneficiar diretamente, pois o preenchimento dos questionários poderá ser um momento de reflexão do seu importante papel a ser executado como um especialista, selecionado em decorrência da sua consagração acadêmica local como especialista da temática de adaptação e validação de instrumentos de medidas.

Quanto aos benefícios indiretos, mesmo que não imediatos, poderão surgir por meio disponibilização da versão brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes, adaptada, validada e avaliada em seus parâmetros psicométricos, para a sua utilização por enfermeiros, em busca de proporcionar uma melhor avaliação das intervenções terapêuticas realizadas pelos profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, uma vez que estas intervenções têm revelado ganhos para a saúde da pessoa com DM.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados, exclusivamente com finalidade científica, por meio da defesa pública deste trabalho de conclusão de mestrado e, posteriormente, serão publicados em revistas científicas de circulação nacional e internacional; de forma a possibilitar uma melhor qualidade na atuação da educação terapêutica para a pessoa com diabetes envolvida no gerenciamento da condição.

Caso você tenha alguma dúvida quanto à condução ética do estudo, você poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Uruguai, CEP: 64073-505, Teresina, Piauí, telefone: (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é o órgão que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, bem como

contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro da ética. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e acompanhar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Qualquer dúvida que você tenha sobre este Termo de Consentimento estamos à sua inteira disposição para esclarecimentos.

	
Laura Barbosa Nunes CPF: 043.472.403-33 Pesquisadora Responsável	Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida CPF: 003.721.733-06 Pesquisadora Participante

Pesquisadora Responsável: Laura Barbosa Nunes. Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, nº 6123, Uruguai, CEP: 64073-505, Teresina, Piauí. Telefone: (86) 2106-0738. E-mail: laurexx_71@hotmail.com.

Teresina, ____/____/____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:

Atenção: Este Termo de Consentimento será composto de duas vias: uma será entregue ao participante e a outra será arquivada juntamente com o material coletado, sob a responsabilidade do Pesquisador Responsável.

APÊNDICE I
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ENFERMEIROS DA ESF (ANÁLISE SEMÂNTICA - *BRAINSTORMING*)

Prezado(a) enfermeiro (a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Parâmetros psicométricos da versão brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes”**, desenvolvida por **Laura Barbosa Nunes** (pesquisadora responsável), mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, sob orientação da Professora Doutora **Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida** (pesquisadora participante).

O objetivo central do estudo é avaliar os parâmetros psicométricos da versão brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado (ETCAD) à Pessoa com Diabetes. O estudo justifica-se diante da inexistência de ferramentas práticas na literatura científica sobre a avaliação de intervenções terapêuticas por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, uma vez que estas intervenções têm revelado ganhos para o controle metabólico e glicêmico da pessoa com diabetes mellitus.

O convite a sua participação se deve à necessidade de verificar se os itens da versão brasileira da ETCAD adaptada transculturalmente são compreensíveis para vocês enfermeiros. Sua participação é muito importante.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar da pesquisa ou, tendo aceitado, desistir desta. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Sua participação se dará em total anonimato, onde sua identidade ficará em total sigilo, somente com os pesquisadores envolvidos, e as informações coletadas serão armazenadas em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar dos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio do contato explicitado neste Termo.

Vocês serão organizados em três grupos (enfermeiros com até um ano de experiência na ESF, enfermeiros especialistas e enfermeiros mestres e/ou doutores). Cada grupo será constituído por quatro enfermeiros, que participarão de uma situação denominada *brainstorming*, que compreende uma “chuva de ideias”. Neste momento, cada grupo de enfermeiros participantes deverá expressar as suas ideias sobre o problema, sem a preocupação com certo ou errado, em 10-15 minutos. Logo após, ocorrerá o momento de confirmação ou exclusão das ideias elencadas, utilizando as experiências e conhecimentos prévios dos pesquisadores envolvidos. O tempo previsto de duração total para a participação deste *brainstorming* ou “chuva de ideias” será de no máximo 60 minutos.

Os riscos que vocês poderão ser expostos durante a pesquisa são mínimos, tais como: constrangimento na abordagem entre o pesquisador e os participantes, insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou o receio de crítica por parte dos pesquisadores durante a participação no *brainstorming*. Para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem-estar dos participantes e zelando pelo sigilo das informações. O momento de *brainstorming* será realizado em uma sala climatizada, com porta fechada, boa iluminação e com apenas com a presença dos pesquisadores envolvidos, a fim de proporcionar conforto e segurança. Ressalta-se, ainda, que a data da sessão de *brainstorming* será previamente agendada, respeitando a sua disponibilidade de tempo e que você ficará à vontade para oferecer as suas respostas e suas identificações não serão reveladas, conforme preconizado na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As informações coletadas somente serão utilizadas uma vez e com finalidade científica.

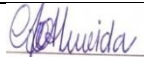
Ressalta-se que caso você, como participante desta pesquisa, venha a sofrer qualquer tipo de dano, previsto ou não neste Termo de Consentimento, resultante de sua participação neste estudo, além do direito à assistência integral, você tem direito à indenização, conforme também preconizado na Resolução Nº 466/2012 do CNS.

A sua participação nesta pesquisa poderá lhe trazer benefícios diretos ou indiretos. Você poderá se beneficiar diretamente, pois a sua participação nesta sessão de *brainstorming* poderá ser um momento para esclarecimento de dúvidas existentes, especialmente com relação suas às intervenções terapêuticas em exercício profissional, uma vez que estas intervenções terapêuticas têm revelado ganhos para o controle metabólico e glicêmico da pessoa com diabetes mellitus.

Quanto aos benefícios indiretos, mesmo que não imediatos, poderão surgir por meio disponibilização da versão brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes, adaptada, validada e avaliada em seus parâmetros psicométricos, para a sua utilização por enfermeiros, em busca de proporcionar uma melhor avaliação das intervenções terapêuticas realizadas pelos profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados, exclusivamente com finalidade científica, por meio da defesa pública deste trabalho de conclusão de mestrado e, posteriormente, serão publicados em revistas científicas de circulação nacional e internacional; de forma a possibilitar uma melhor qualidade na atuação da educação terapêutica para a pessoa com diabetes envolvida no gerenciamento da condição.

Caso você tenha alguma dúvida quanto à condução ética do estudo, você poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Uruguai, CEP: 64073-505, Teresina, Piauí, telefone: (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é o órgão que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, bem como contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro da ética. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e acompanhar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Qualquer dúvida que você tenha sobre este Termo de Consentimento estamos à sua inteira disposição para esclarecimentos.

	
Laura Barbosa Nunes CPF: 043.472.403-33 Pesquisadora Responsável	Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida CPF: 003.721.733-06 Pesquisadora Participante

Pesquisadora Responsável: Laura Barbosa Nunes. Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, nº 6123, Uruguai, CEP: 64073-505, Teresina, Piauí. Telefone: (86) 2106-0738. E-mail: E-mail: laurexx_71@hotmail.com.

Teresina, ____/____/____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:

RG e CPF:

Atenção: Este Termo de Consentimento será composto de duas vias: uma será entregue ao participante e a outra será arquivada juntamente com o material coletado, sob a responsabilidade do Pesquisador Responsável.

APÊNDICE J

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA JUÍZES *EXPERTS* (ANÁLISE DE CONTEÚDO OU ANÁLISE DE JUÍZES)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Parâmetros psicométricos da versão brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes”**, desenvolvida por **Laura Barbosa Nunes** (pesquisadora responsável), mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAP, sob orientação da Professora Doutora **Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida** (pesquisadora participante).

O objetivo central do estudo é avaliar os parâmetros psicométricos da versão brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado (ETCAD) à Pessoa com Diabetes. O estudo justifica-se diante da inexistência de ferramentas práticas na literatura científica sobre a avaliação de intervenções terapêuticas por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, uma vez que estas intervenções têm revelado ganhos para o controle metabólico e glicêmico da pessoa com diabetes mellitus.

O convite a sua participação se deve à necessidade de avaliar os critérios de conteúdos dos itens da versão brasileira transculturalmente adaptada da ETCAD: “pertinência prática”, “relevância teórica” e “dimensão teórica. Sua participação é muito importante. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar da pesquisa ou, tendo aceitado, desistir desta. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Sua participação se dará em total anonimato, onde sua identidade ficará em total sigilo, somente com os pesquisadores envolvidos, e as informações coletadas serão armazenadas em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar dos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio do contato explicitado neste Termo.

Com o objetivo de otimizar a sua participação, você será convidado a participar deste estudo via *e-mail*, por meio do qual serão enviados dois instrumentos de coleta de dados. A sua participação consistirá em responder dois questionários. O primeiro refere-se à sua caracterização sociodemográfica e de formação. O segundo questionário enviado conterá os itens da versão alterada com o resultado da versão adaptada transculturalmente e da análise semântica, no formato de um instrumento para avaliação dos critérios de validade de conteúdo. Para os critérios de pertinência e relevância, os juízes irão julgar os itens conforme escala do tipo Likert de quatro pontos, com os níveis: (1) “nada”, (2) “pouco”, (3) “muito” ou (4) “bastante” pertinente e/ou relevante. Para os itens avaliados nos níveis “1” ou “2”, nesta etapa, será solicitada a justificativa e sugestão para reformulação. O tempo previsto de duração para o preenchimento destes questionários será de no máximo 30 minutos.

O risco que você poderá ser exposto durante a pesquisa é mínimo, como por exemplo, a insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas. Para minimizar este risco, atentar-se-á para a garantia e zelo pelo sigilo de todas as informações coletadas, conforme preconizado na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

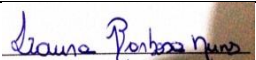
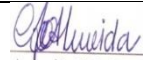
Ressalta-se que caso você, como participante desta pesquisa, venha a sofrer qualquer tipo de dano, previsto ou não neste Termo de Consentimento, resultante de sua participação neste estudo, além do direito à assistência integral, você tem direito à indenização, conforme também preconizado na Resolução Nº 466/2012 do CNS.

A sua participação nesta pesquisa poderá lhe trazer benefícios diretos ou indiretos. Você poderá se beneficiar diretamente, pois o preenchimento dos questionários poderá ser um momento de reflexão do seu importante papel a ser executado como um juiz *expert*, selecionado via Plataforma Lattes, em decorrência da sua consagração acadêmica à nível nacional como especialista da temática de adaptação e validação de instrumentos de medidas.

Quanto aos benefícios indiretos, mesmo que não imediatos, poderão surgir por meio disponibilização da versão brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes, adaptada, validada e avaliada em seus parâmetros psicométricos, para a sua utilização por enfermeiros, em busca de proporcionar uma melhor avaliação das intervenções terapêuticas realizadas pelos profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, uma vez que estas intervenções têm revelado ganhos para a saúde da pessoa com diabetes mellitus.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados, exclusivamente com finalidade científica, por meio da defesa pública deste trabalho de conclusão de mestrado e, posteriormente, serão publicados em revistas científicas de circulação nacional e internacional; de forma a possibilitar uma melhor qualidade na atuação da educação terapêutica para a pessoa com diabetes envolvida no gerenciamento da condição.

Caso você tenha alguma dúvida quanto à condução ética do estudo, você poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Uruguai, CEP: 64073-505, Teresina, Piauí, telefone: (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é o órgão que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, bem como contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro da ética. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e acompanhar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Qualquer dúvida que você tenha sobre este Termo de Consentimento estamos à sua inteira disposição para esclarecimentos.

	
Laura Barbosa Nunes CPF: 043.472.403-33 Pesquisadora Responsável	Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida CPF: 003.721.733-06 Pesquisadora Participante

Pesquisadora Responsável: Laura Barbosa Nunes. Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, nº 6123, Uruguai, CEP: 64073-505, Teresina, Piauí. Telefone: (86) 2106-0738. E-mail: laurexx_71@hotmail.com.

Teresina, ____/____/____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:

RG e CPF:

Atenção: Este Termo de Consentimento será composto de duas vias: uma será entregue ao participante e a outra será arquivada juntamente com o material coletado, sob a responsabilidade do Pesquisador Responsável.

ANEXOS

Anexo A - Educação Terapêutica para o Comportamento de Autocuidado à Pessoas com Diabetes (ETCAD)



Código _____/____

QUESTIONÁRIO

Este Questionário faz parte do Projeto de Doutoramento intitulado "Efetividade dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2: A educação terapêutica em cuidados de saúde primários"

A todas as questões pedimos-lhe que responda sincera e espontaneamente com base na sua maneira habitual de realizar. Não há respostas certas ou erradas, há apenas a sua resposta. Relembramos que o resultado do questionário é absolutamente confidencial. Para cada um dos itens assinale a sua resposta com um X na coluna que melhor o identifica. Quando terminar verifique se respondeu a todas as questões.

Considerando a realidade do seu trabalho, com que frequência realiza alguma das seguintes intervenções no atendimento da pessoa com Diabetes tipo 2:

	1	2	3	4	5
1 – Sempre; 2- Muitas Vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Poucas vezes; 5 - Nunca					
Alimentação: ensinar as pessoas sobre ...					
1. O efeito dos alimentos sobre a glicemia					
2. Fontes de hidratos de carbono, gordura e proteínas					
3. Fazer escolhas alimentares saudáveis					
4. Ajustar o tamanho das porções					
5. Ler os rótulos					
6. Contar hidratos de carbono					
7. Preparar refeições					
Manter-se ativo: ensinar as pessoas a...					
8. Analisar barreiras (físicas, ambientais, psicológicas e de tempo)					
9. Desenvolver um plano de atividade apropriada que pondera a alimentação e medicação face ao nível de atividade					

1 – Sempre; 2- Muitas Vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Poucas vezes; 5 - Nunca	1	2	3	4	5
Monitorização					
10. Instruir os pacientes sobre a escolha e seleção do equipamento de monitorização da glicemia					
11. Horas e frequência de avaliação da glicemia					
12. Interpretação e uso dos valores obtidos					
13. Ensinar a avaliar regularmente a pressão sanguínea					
14. Ensinar a verificar regularmente o peso					
Toma de Medicação					
15. Ensinar relativamente a cada medicação: a sua ação, efeitos secundários, eficácia, toxicidade.					
16. Ensinar relativamente a cada medicação: dosagem prescrita, hora e frequência de administração.					
17. Ensinar relativamente a cada medicação: efeito de omissão ou atraso das tomadas					
18. Ensinar relativamente a cada medicação: instruções sobre administração, armazenamento, viagens e segurança.					
Redução de riscos					
19. Ensinar sobre recomendações terapêuticas com vista à diminuição de riscos					
20. Estabelecer objetivos com vista à diminuição de riscos					
21. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à cessação tabágica					
22. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à inspeção dos pés					
23. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à monitorização da pressão sanguínea					
24. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à auto-monitorização da glicemia					
25. Proporcionar o desenvolvimento de competências no que respeita à manutenção dos cuidados pessoais ao melhor nível possível					
Resolução de problemas e Coping saudável					
26. Analisar dificuldades físicas					
27. Analisar dificuldades emocionais					
28. Analisar dificuldades cognitivas					
29. Analisar dificuldades financeiras					
30. Fomentar o desenvolvimento de estratégias de coping					
31. Identificar a motivação do paciente para a mudança comportamental					
32. Ajudar o paciente a alcançar objetivos alcançáveis					
33. Analisar dificuldades e fomentar o desenvolvimento competências de coping					
34. Avaliar os pacientes quanto ao seu estado emocional					

Comentários

Muito obrigado pela participação!

ANEXO B – Autorização para adaptação semântica e validação do Instrumento Educação Terapêutica para o comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes no Brasil

De: **Camila Landim** (camilaapapila@hotmail.com) e **Laura Nunes** (laurexx_71@hotmail.com)

Enviada: sexta-feira, 9 de setembro de 2016 16:25

Para: **Eva Menino** (eva.guilherme@gmail.com)

Assunto: Autorização Formal - Adaptação Semântica e Validação do Instrumento ETCAD

Prezada Professora Dr.^a Eva Menino,

Sou Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, localizado em Teresina, Estado do Piauí, Brasil. Tenho experiência com pesquisas vinculadas à área de enfermagem nos seguintes temas: educação em saúde, diabetes mellitus, autocuidado, avaliação em saúde e formação de recursos humanos na atenção à saúde da família.

Tenho lido sobre a construção e validação do instrumento "Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento de Autocuidado na Diabetes", o qual foi fruto do seu Doutorado. Assim, o motivo pelo qual venho ao seu contato prende-se com o interesse de uma aluna de mestrado em utilizar este instrumento no seu projeto de Pesquisa. Por isso, surgiram algumas dúvidas:

- ✓ -Esta Escala já foi adaptada culturalmente para o português do Brasil?
- ✓ Em caso afirmativo, onde podemos obter este instrumento adaptado para a cultura brasileira?
- ✓ Em caso negativo, a Doutora autoriza-nos a desenvolver o estudo de adaptação semântica e validação da Escala no contexto brasileiro?

Antecipadamente gratas,

Camila	Aparecida	Pinheiro	Landim	Almeida
--				

Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família

Centro	Universitário	UNINOVAFAPI
Rua Vitorino Orthigues Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai		

CEP 64073-505 - Teresina - PI

www.uninovafapi.edu.br

Laura Barbosa Nunes

--

Estudante do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família

Centro	Universitário	UNINOVAFAPI
Rua Vitorino Orthigues Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai		

CEP 64073-505 - Teresina - PI

De: **Eva Menino** (eva.guilherme@gmail.com)

Sábado, 10 de setembro de 2016 22:19

Camila Landim (camilaapapila@hotmail.com) e **Laura Nunes** (laurexx_71@hotmail.com)

Autorização Formal - Adaptação Semântica e Validação do Instrumento ETCAD

Boa tarde caras colegas

Agradeço o interesse manifestado. Autorizo a validação da escala para o Brasil e desejo o maior sucesso para o trabalho. Com os meus melhores cumprimentos

ANEXO C – Autorização da instituição co-participante



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “**PARÂMETROS PSICOMÉTRICOS DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA PARA O COMPARTAMENTO DO AUTOCUIDADO À PESSOA COM DIABETES**” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução CNS 466/12**. Esta Instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Autorizo os (as) pesquisadores (as), **CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM ALMEIDA E LAURA BARBOSA NUNES**, realizarem a(s) etapa(s): Acesso as UBS das três DRS- Centro/Norte, Sul e Leste/Sudeste, para aplicação de instrumento de pesquisa aos enfermeiros que prestam atendimento aos pacientes diabéticos, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição.

Teresina, 29 de setembro de 2016.

pp. maria lúcia B. Santiago

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Gerente de Atenção Básica
GEAB/FMS



ANEXO D – Autorização do comitê de ética e pesquisa da instituição de ensino superior

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARÂMETROS PSICOMÉTRICOS DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA PARA O COMPORTAMENTO DO AUTOCUIDADO À PESSOA COM DIABETES

Pesquisador: Laura Barbosa Nunes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60901116.0.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.808.005

Apresentação do Projeto:

Estudo com delineamento metodológico, cujo enfoque será a medida dos parâmetros psicométricos (validade e fidedignidade) de uma escala de avaliação de intervenções terapêuticas para o autocuidado da pessoa com diabetes mellitus, na perspectiva dos enfermeiros no contexto brasileiro, que enfatiza modelos de autogestão e gerenciamento. Para este estudo são incluídos basicamente testes de confiabilidade e validade da ferramenta, além de outras etapas quando necessário (LO-BIONDO; HABER, 2001).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Avaliar os parâmetros psicométricos da versão brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes.

Objetivos específicos: Adaptar transculturalmente do português do Portugal para o português do Brasil a Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes; Validar de conteúdo a versão adaptada para o português do Brasil da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes; Analisar as propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes; Disponibilizar a Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes, adaptada, validada e

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br


Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI
Página 01 de 03

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 1.808.005

avaliada em seus parâmetros psicométricos, para a sua utilização por enfermeiros, buscando prestar uma melhor avaliação das intervenções terapêuticas realizadas pelos profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

os riscos e benefícios foram relatados conforme item V da Res. 466/12 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta um objeto de estudo de importância para a assistência à pessoa diabética, tendo em vista que pretende validar uma escala portuguesa - Escala de Educação Terapêutica para o Comportamento do Autocuidado à Pessoa com Diabetes - para a sua utilização por enfermeiros brasileiros, o que em poderá proporcionar uma melhor avaliação das intervenções terapêuticas realizadas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

As pesquisadoras são da área da enfermagem e têm experiência em pesquisas científicas.

Além disso, o estudo apresenta viabilidade operacional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo consta de todos os documentos de apresentação obrigatória à luz da Resolução 466/2012/CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12, portanto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Parecer do colegiado de que o protocolo de pesquisa está APROVADO foi acatado porque encontra-se elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_802748.pdf	10/10/2016 20:01:25		Aceito
Orçamento	10_ORCAMENTO.pdf	10/10/2016 19:58:50	CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM	Aceito

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Thaís Gomes Pereira
 Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 1.808.005

Cronograma	9_CRONOGRAMA.pdf	10/10/2016 19:58:33	CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	7_AutorizacaoInstitucional_FMS_Teresi na.pdf	10/10/2016 19:58:05	CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM	Aceito
Outros	6_C_LATTES_CamilaAlmeida.pdf	10/10/2016 19:57:36	CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM	Aceito
Outros	6_C_LATTES_LauraNunes.pdf	10/10/2016 19:56:49	CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	5_TCLE_MODELO_1_2_3_4.pdf	10/10/2016 19:56:08	CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM ALMEIDA	Aceito
Outros	4_INSTRUMENTOS_COLETA_DADOS. pdf	10/10/2016 19:55:45	CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	3_DECLARACAO_COMPROMISSO_PE SQUISADORES.pdf	10/10/2016 19:54:40	CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM	Aceito
Outros	2_CARTA_ENCAMINHAMENTO_CEP.p df	10/10/2016 19:54:17	CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1_PROJETO_PESQUISA_LAURANUN ES.pdf	10/10/2016 19:53:08	CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM	Aceito
Folha de Rosto	8_FolhaRosto_PlatafBrasil.pdf	10/10/2016 19:52:44	CAMILA APARECIDA PINHEIRO LANDIM	Aceito

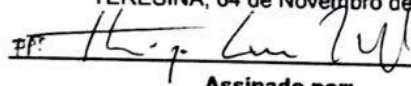
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 04 de Novembro de 2016


Assinado por:
Theonias Gomes Pereira
(Coordenador)

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

UF: PI

Município: TERESINA

CEP: 64.073-505

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br