



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

LUCIMAR BÓH BARBOSA

**“TEMPO DE SAÚDE: COMO CUIDAR DO MEU DIABETES” UM INSTRUMENTO
AUXILIADOR NO EMPODERAMENTO E AUTOCUIDADO DE PACIENTES
DIABÉTICOS TIPO II**

FORTALEZA-CEARÁ

2016

LUCIMAR BÓH BARBOSA

“TEMPO DE SAÚDE: COMO CUIDAR DO MEU DIABETES” UM INSTRUMENTO
AUXILIADOR NO EMPODERAMENTO E AUTOCUIDADO DE PACIENTES
DIABÉTICOS TIPO II

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Andrea Caprara

FORTALEZA-CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Barbosa, Lucimar Bóh.

"Tempo de saúde: como cuidar do meu diabetes"
um instrumento auxiliador no empoderamento e
autocuidado de pacientes diabéticos tipo II [recurso
eletrônico] / Lucimar Bóh Barbosa. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 93 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde e Sociedade.

Orientação: Prof. Dr. Andrea Caprara.

1. Empoderamento. 2. Autocuidado. 3. Estudos de
Validação. I. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itapery - 60740-000 - Fortaleza - Ce
FONE: (0xx85) 3101.9826

FOLHA DE AVALIAÇÃO

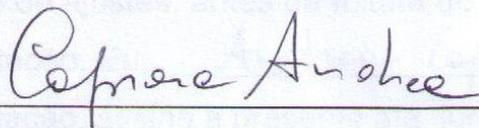
Título da Dissertação: **“Tempo de Saúde: Como Cuidar do Meu Diabetes, um Instrumento Auxiliador no Empoderamento e Autocuidado de Pacientes Diabéticos Tipo II”.**

Nome da Mestranda: **Lucimar Bóh Barbosa**

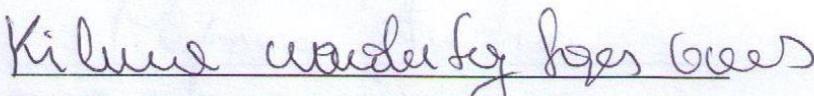
Nome do Orientador: **Prof. Dr. Andrea Caprara**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA / CCS / UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

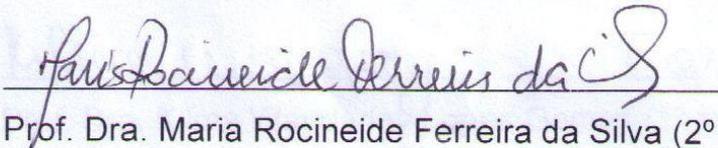
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Andrea Caprara (orientador)



Prof. Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes (1º membro)



Prof. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva (2º membro)

Data da defesa: 08/12/2016

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pois foi por sua infinita graça que consegui chegar aonde estou, sempre me guardando e cuidando.

Aos meus **pais, Franklin e Pedrina** por serem os melhores que poderia ter, fazendo o impossível para que eu pudesse realizar meus sonhos, me dando o maior e imensurável bem que alguém poderia dar, o estudo. Minha realização é ver a felicidade e o orgulho em seus olhos ao verem o que nós filhos nos tornamos.

Ao meu **marido, Wellington** por dividir comigo a jornada da vida, estando ao meu lado a mais de uma década, na qual pudemos crescer juntos, com paciência e determinação trilhando uma linda história de amor e amizade.

Aos meus **irmãos, Franklin Neto e Daniella** que sempre exerceram com muito êxito os papéis de irmãos na vida, me servindo de auxílio e me dando o exemplo profissional para que pudesse me espelhar em suas conquistas e fazer o mesmo para obter as minhas.

Ao meu querido Mestre, Andrea Caprara que com sua delicadeza e amizade soube me guiar da melhor maneira em um mundo extremamente novo para mim este da Saúde Coletiva. Um grande homem que sempre busca grandes mudanças para a comunidade.

À minha para sempre professora, chefe, amiga **Patrícia Taddeo**, por tudo o que sempre se dispôs a fazer e fez visando meu crescimento, por sempre ter sido grande incentivadora da minha vida acadêmica e profissional.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa, pois o nosso coletivo foi imprescindível para a realização desta pesquisa.

À **todos os envolvidos nesta pesquisa, usuários e profissionais** pois foi por eles e para eles que seguimos em busca de uma saúde pública digna, com ações que visem uma melhor qualidade de vida e cuidado consigo mesmo.

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”

(Simone de Beauvoir)

“Aprender a escrever a sua vida, como autor e
como testemunha de sua história, isto é,
biografar-se, existir-se, historicizar-se...”

(Ernani Fiori)

RESUMO

As análises epidemiológicas, econômicas e sociais apresentam uma crescente de pessoas que vivem com Diabetes Mellitus, evidenciando a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que possam minimizar as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias. O empoderamento vem para assumir significações que levam em consideração o desenvolvimento de potencialidades, o aumento de informação e percepção, objetivando a participação real e simbólica dos mesmos. Sendo evidente a importância das opiniões e desejos dos pacientes considerando que eles vivem com a doença no dia-a-dia, assim os cuidados de saúde devem ser mais centrados nestes. Estes pacientes por possuírem condições crônicas, devem realizar grandes mudanças em seus modos de vida e estas não devem ser impostas, pois o número de insucesso de implementação será elevado, o que nos leva a reflexão de como se está sendo feito o empoderamento destes pacientes, resolve-se então elaborar e validar uma caderneta que fique de posse do paciente, se tornando um histórico dos seus cuidados, onde possibilitará melhor esclarecimento sobre riscos e limitações decorrentes da doença, tendo como resultado positivo a incorporação das práticas de autocuidado, levando à uma mudança esclarecida e benéfica do estilo de vida. Neste contexto, a pesquisa objetivou desenvolver e validar um instrumento auxiliador no empoderamento e autocuidado de diabéticos tipo 2. Estudo de desenvolvimento metodológico, do tipo validação de conteúdo do instrumento desenvolvido e para isto foi utilizada uma variação da técnica Delphi, por meio da realização de julgamentos e consenso por um grupo de experts. Foi adotado o índice de 70% como nível mínimo de consenso a ser obtido. Considerou-se que 100% dos experts aprovaram a idéia da caderneta no geral, dos 23 itens que os peritos apontaram, 10 pediam a inclusão de algum quesito, representando 43,5% das solicitações totais e apenas 2 das 23 solicitações não tiveram a concordância de 70% ou mais dos experts, podendo se dizer que 91,3% das solicitações foram incorporadas, mostrando que o grupo apresentou uma boa concordância. Os resultados mostram que com a realização de uma fase da técnica Delphi, o instrumento, avaliado por 22 (vinte e dois) experts, apresentou-se adequado à aparência geral, terminologia, fácil linguagem, coerência com a prática assistencial e relevância nos tópicos abordados. Com base no exposto é possível afirmar que o objetivo do estudo foi alcançado, pois demonstrou validade de conteúdo na opinião dos experts.

Palavras-chave: Empoderamento. Autocuidado. Estudos de Validação.

ABSTRACT

The epidemiological, economic and social analyzes present a growing number of people living with Diabetes Mellitus, evidencing the need to implement public health policies that can minimize the difficulties of these people and their families. Empowerment comes to assume meanings that take into account the development of potentialities, the increase of information and perception, aiming at the real and symbolic participation of them. Being clear the importance of patients' opinions and wishes considering that they live with the disease on a day-to-day basis, so health care should be more focused on these. These patients, because they have chronic conditions, must make great changes in their lifestyles and these should not be imposed because the number of implementation failures will be high, which leads us to reflect on how the empowerment of these patients is being made, It is then possible to elaborate and validate a booklet that remains in the possession of the patient, becoming a history of their care, where it will enable a better understanding of the risks and limitations resulting from the disease, with the positive result being the incorporation of self-care practices, leading to a clarified change And beneficial lifestyle. In this context, the research aimed to develop and validate a helper instrument in the empowerment and self-care of type 2 diabetics. Study of methodological development, type validation of the developed instrument and for this a variation of the Delphi technique was used, through the accomplishment of Judgments and consensus by a group of experts. The 70% index was adopted as the minimum consensus level to be obtained. It was considered that 100% of the experts approved the idea of the book in general, of the 23 items that the experts pointed out, 10 asked for the inclusion of some question, representing 43.5% of the total requests and only 2 of the 23 requests did not have the agreement 70% or more of the experts, and 91.3% of the requests could be said to have been incorporated, showing that the group had a good agreement. The results show that, with the completion of a Delphi technique phase, the instrument, evaluated by 22 (twenty-two) experts, was adequate for general appearance, terminology, easy language, consistency with care practice and relevance in the topics covered. Based on the above, it is possible to affirm that the objective of the study was reached, as it demonstrated validity of content in the opinion of the experts.

Keywords: Empowerment. Self-care. Validation Studies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo do Chronic Care Model (CCM).....	18
Figura 2 - Modelo da pirâmide de riscos (MPR).....	18
Figura 3 - Modelo da determinação social da saúde	19
Figura 4 - Modelo de atenção às condições crônicas (MACC).....	20
Figura 5 - Esquema da Construção e da Validação da Caderneta	33
Figura 6 - Fluxograma da Coleta de dados. Fortaleza, 2016.....	35
Figura 7 - Itens de avaliação dos peritos	47
Figura 8 - Capa e primeira página ‘‘Minha identificação’’	49
Figura 9 - Medicações diárias e agenda de consultas	50
Figura 10 - Controle de exames e monitoramento da glicemia.....	50
Figura 11 - Registros de exercícios e Recordatório alimentar	51
Figura 12 - Recomendações alimentar e anotações odontológicas	51
Figura 13 - Observações gerais e Anotações para dúvidas	52
Figura 14 - Final/Realização/Apoio	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de seleção de experts	34
Tabela 2 - Organização dos materiais utilizados na produção do instrumento do estudo.....	40
Tabela 3 - Sumarização das avaliações dos experts. *Percentual com arredondamento de números	48

LISTA DE SIGLAS

UECE	Universidade Estadual do Ceará
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DM	Diabetes Mellitus
EUA	Estados Unidos da América
CCM	Chronic Care Model
MPR	Modelo da Pirâmide de Riscos
KP	Kaiser Permanente
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
SUS	Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
AGLS	Ácidos Graxos Livres
SGLT2	Sodium/glucose cotransporter 2
LC	Linha de Cuidado
HbA1C	Hemoglobina Glicosilada
IMC	Índice de Massa Corpórea
CEP	Código de Endereçamento Postal
HDL	High-density lipoprotein
LDL	Low-density lipoprotein
TFG	Taxa de filtração glomerular
TGO/AST	Transaminase Glutâmica Oxalacética/ Aspartato Aminotransferase
TPG/ALT	Transaminase Glutâmica Pirúvica/ Alanina Aminotransferase
CPK	Creatinofosfoquinase
TSH	Hormônio Estimulador da Tireoide
SR	Secretaria Regional
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	APROXIMAÇÃO COM O CAMPO	13
1.2	EIXO TEÓRICO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	BREVE HISTÓRICO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PACIENTE CRÔNICO	17
2.2	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – DIABETES MELLITUS TIPO 2	20
2.3	EMPODERAMENTO	23
2.4	AUTOCUIDADO.....	24
2.5	AÇÕES PRECONIZADAS NA LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2.....	25
2.6	O EMPODERAMENTO E O AUTOCUIDADO NA CONDIÇÃO DE DIABETES TIPO2	27
2.7	CONSIDERAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE INSTRUMENTOS EDUCACIONAIS NA SAÚDE	28
3	OBJETIVOS	31
3.1	GERAL.....	31
3.2	ESPECÍFICO.....	31
4	METODOLOGIA.....	32
4.1	TIPO DE ESTUDO	32
4.2	SUJEITOS DO ESTUDO.....	33
4.3	COLETA DE DADOS	34
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	35
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS EXPERTS	37
5.2	A CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AUXILIAR NO EMPODERAMENTO E AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2	38
5.2.1	Diagnóstico situacional.....	38
5.2.2	Levantamento do Conteúdo.....	39

5.2.3	Seleção e fichamento do conteúdo	40
5.2.4	Elaboração Textual	40
5.2.5	Criação dos Itens e páginas	41
5.2.6	Diagramação	43
5.3	O MÉTODO DELPHI E SUAS VARIAÇÕES PARA AVALIAR INSTRUMENTOS	44
5.4	A VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA AUXILIAR O EMPODERAMENTO E O AUTOCUIDADO DE DIABÉTICOS TIPO II	44
5.4.1	Consulta ao Público-alvo	45
5.4.2	Consulta a especialistas na área de interesse	45
5.4.3	Avaliação de aparência e conteúdo	46
5.4.4	Adequação da caderneta	47
5.5	CADERNETA “TEMPO DE SAÚDE: COMO CUIDAR DO MEU DIABETES” EM SUA VERSÃO FINAL	49
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICES	59
	APÊNDICE A – TERMO DE ANUÊNCIA PROJETO GUARDA-CHUVA	60
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO INICIAL (POR BLOCOS CONFORME SEQUÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO)	61
	APÊNDICE C - INSTRUMENTO PÓS-AVALIAÇÃO DO PÚBLICO-ALVO (POR BLOCOS CONFORME SEQUÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO)	68
	APÊNDICE D - CADERNETA “TEMPO DE SAÚDE: COMO CUIDAR DO MEU DIABETES” VERSÃO APÓS AVALIAÇÃO DOS EXPERTS.....	76
	APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	89
	ANEXO	90
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	91

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO

A aproximação com o campo da Saúde Coletiva surge na graduação (Fisioterapia) onde vivenciei a disciplina de Saúde Pública, sendo este o contato inicial, onde fui a campo pesquisar sobre a dengue no bairro mondubim, após isso no estágio obrigatório da faculdade experimentamos a prática da atuação na atenção primária, senti que era um campo com um grande potencial, porém adormecido e esquecido pelos poderes públicos. Após concluir a graduação, busquei o aprimoramento em uma especialidade do curso em que formei um que pudesse melhor contribuir com toda a população, ao mesmo passo que idealizei e realizei projetos em instituições de idosos de maneira voluntária, pois em todos os estudos sempre era evidente os males do envelhecimento não saudável, pude ao longo da caminhada contar com o apoio de colegas de profissão, professores da Saúde Pública, que me fizeram despertar o olhar para o mestrado acadêmico em Saúde Coletiva compartilhando suas experiências. Era fascinante imaginar que existiria um campo onde as diversas categorias profissionais pudessem trabalhar buscando o mesmo objetivo, visando melhorar a saúde da população como um todo, o que me despertou em busca de vivências mais constantes, com a possibilidade de contribuir com a população de maneira mais efetiva, chegando a conclusão de que poderia consolidar estes desejos com o ingresso no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Estimulada por uma professora, chefe, amiga e egressa deste programa, realizei o processo seletivo e fui aprovada, nesse novo mundo, pude descobrir a imensidão de atuação, muito maior do que antes imaginava, assim como tudo na vida, foram se apresentando grandes desafios a serem desbravados. A busca pela produção de conhecimento se iniciara, encontrei em meu professor orientador uma gama de projetos que encaixavam com meu modo de pensar, onde o objeto deste estudo nos encontrou a meio de outro projeto que estava em desenvolvimento, a necessidade de se elaborar uma ferramenta auxiliadora para o empoderamento e autocuidado dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), por meio de uma metodologia dialógica e participativa. Esta dissertação faz parte de um projeto maior, intitulado “Empoderamento e Autocuidado de pacientes em condições crônicas atendidos na Atenção Primária no município de Fortaleza-CE” que propõe a compreensão da gestão do autocuidado junto aos pacientes em condições crônicas atendidos na Atenção Primária. Desenvolvido pela Universidade Estadual do Ceará, com financiamento do CNPq/FUNCAP.

1.2 EIXO TEÓRICO

O diabetes mellitus (DM) é uma condição crônica que necessita de certos cuidados consigo mesmo, Wong (2014), Anderson (2002) e Tang (2010) corroboram ao afirmar que esta doença requer modificações no estilo de vida à longo prazo dos acometidos, exigindo um certo controle metabólico através de dieta e exercício físico assim como na utilização de fármacos, buscando a redução de riscos e complicações. No entanto, os autores destacam que muitas vezes os pacientes não conseguem gerir eficazmente as suas condições, nem seguir as recomendações de autocuidado completamente, levando à busca de uma abordagem eficaz que possa envolver os pacientes em práticas de autocuidado para o controle otimizado da doença.

Sendo uma doença crescente na população mundial, de acordo com o dados da World Diabetes Day 2014, 387 milhões de pessoas possuem diabetes no mundo, incluindo um gasto total de 612 bilhões de dólares com a doença. No mesmo ano no Brasil, o número chegou a 1,9 milhões, tendo aproximadamente 2,8 milhões de pessoas ainda não diagnosticadas seguido de um custo de aproximadamente 1500 dólares por pessoa. Onde o Brasil aparece como o país com maior número de pessoas com esta doença na América do Sul, onde 90% destes são do tipo 2, nos levando à hipótese de que provém dos hábitos de vida em boa parte dos casos (SBD, 2014).

Sendo evidenciado que os processos fisiopatológicos responsáveis pelo desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo 2 são múltiplos, assim como sua evolução, manifestações clínicas, resposta à terapêutica e às medidas de prevenção (Cavalcanti, 2010).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (International Diabetes Federation, 2012).

O Ministério da Saúde (2013) mostra que a análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM evidencia a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida.

O empoderamento tem assumido significações que levam em consideração o desenvolvimento de potencialidades, o aumento de informação e percepção, com o objetivo de

que exista uma participação real e simbólica que possibilite a democracia (Wendhausen, Barbosa & Borba, 2006).

Nos últimos anos tem-se tornado evidente a importância das opiniões e desejos dos pacientes considerando que eles vivem com a doença no dia-a-dia, assim como os cuidados de saúde devem ser mais centrados neles. Muitas orientações sublinham a importância da educação do paciente, com a facilidade do acesso à informação através da Internet, aos meios de comunicação, as atividades educacionais em hospitais, comunidades e grupos de pacientes. A importância do envolvimento do paciente, não só na sua própria gestão, mas também no planejamento de políticas de saúde e de tomada de decisão está sendo enfatizado na Europa. Forças-tarefa estão começando a incluir pacientes em seus painéis de especialistas ao definir diretrizes (Cordier, 2014).

É visto que as linhas de cuidado ainda são organizadas por doenças, se apresentando essencial a avaliação do paciente realizado pela equipe integralmente, já que o DM está associado a outros fatores de risco e doenças. A organização do cuidado na Atenção Básica não pode ser feita de maneira fragmentada por doenças, devendo ser garantido o acesso e o cuidado longitudinal para as pessoas independente de qual problema possui. Acredita-se que a finalidade da linha de cuidado do DM é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção (Ministério da Saúde, 2013).

Segundo Hammerschmidt & Lenardt (2010), o empoderamento permite a aprendizagem dialógica e o desenvolvimento de consciência crítica na qual deve se encontrar sentido para um modo de viver saudável próprio, autônomo, personalizado. Assim como o conhecimento é uma condição necessária para que ocorra o processo de mudança seja na prática ou no comportamento, outras variáveis precisam ser modificadas como a atitude, para que o comportamento nocivo específico seja modificado.

Cordier (2014), em seu estudo nos traz a definição de parâmetros importantes, como o da auto-eficácia sendo a confiança na capacidade de um para executar uma ação, com a finalidade de alcançar o objetivo definido. A autogestão não consiste em resolver um problema particular, mas em aprender a resolvê-lo. A auto-eficácia é importante na mudança de comportamento, por reforçar a perseverança na auto-gestão melhorando assim a saúde e bem-estar.

Weymann, Härter e Dirmaier (2014) em sua pesquisa sobre as necessidades de informação e apoio à decisão de pacientes com diabetes tipo 2, mostraram que a maioria dos estudados procuravam informação na internet pelo menos uma vez ao mês. Quanto ao

conhecimento de sua doença apenas dois pacientes responderam corretamente os seis itens avaliativos referentes. A dificuldade foi especialmente em informar o índice de glicemia em jejum ideal e o mais fácil era saber como deveria ser uma dieta saudável para diabetes. Chegando a conclusão de que a avaliação das necessidades dos pacientes é um passo primordial no plano participativo da intervenção em saúde, sendo o pioneiro ao avaliar as necessidades dos pacientes com diabetes tipo 2 na Alemanha, tendo o foco na utilização da internet como fonte de informações na temática.

Tendo em vista que o tratamento do DM ocorre por duas vertentes, uma sendo através de medicamentos e a outra por mudança no estilo de vida, ambos devem ser levados em consideração, respeitando a importância de cada um. Porém, atualmente há um alto índice de pacientes portadores do DM que não aderem ao tratamento, principalmente quando se entra na questão de mudar seus hábitos deletérios. Necessitando a atuação da educação em saúde, levando a equipe multidisciplinar a criar estratégias como, cartilhas, grupos de apoio, palestras, educação da família dentre outras coisas, possibilitando a criação de ambientes favoráveis para adesão ao tratamento (Costa, Andrade, Guilherme e Ferreira, 2014).

A cartilha, independente da temática ou a quem é destinada, deve ter sempre a mediação de um profissional. Podendo ficar com o paciente ou responsável, mas sendo essencial sua explicação por um profissional, com objetivo de informar e esclarecer corretamente os conteúdos, possibilitando o paciente e a família expressar suas dúvidas e compreender melhor o objetivo. Assim como promover a melhora do vínculo entre o profissional e o paciente (Meinert, Marcon e Oliveira, 2011).

A produção do conhecimento resulta de uma construção relacional e dialógica de significados, na qual a avaliação da credibilidade e aceitabilidade de afirmações requer avaliação crítica de seu impacto (Siqueira e Erdmann, 2007).

Partindo do pressuposto de que os estes pacientes por serem possuintes de condições crônicas, devendo realizar grandes mudanças em seus hábitos de vida, estas não devem ser impostas pois o número de insucesso de implementação será elevado, o que nos leva a reflexão do empoderamento destes pacientes, resolve-se elaborar e validar uma caderneta que fique de posse do paciente, se tornando um histórico dos seus cuidados, onde possibilitará melhor esclarecimento sobre riscos e limitações decorrentes da doença, tendo como resultado positivo a incorporação das práticas de autocuidado, levando à uma mudança esclarecida e benéfica do estilo de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 BREVE HISTÓRICO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PACIENTE CRÔNICO

As políticas Públicas de atenção ao paciente crônico atualmente consistem em três modelos, estes tendo sua criação a nível nacional e internacional. Para pontuar os modelos já utilizados usaremos Eugenio Villaça Mendes (2012) em seu livro sobre “O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família”. Onde também nos traz a construção de uma nova proposta do modelo de atenção a esta população, que possui em sua base o mix dos três modelos tradicionais.

O Primeiro modelo exposto é o Chronic Care Model (CCM) que foi desenvolvido, partindo de uma ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas, sendo desenvolvido como uma resposta às situações de saúde que constavam de alta prevalência nas condições crônicas e da falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições. Possui uma abordagem amplamente utilizada para melhorar o atendimento ambulatorial, orientando iniciativas clínicas de qualidade em todo o mundo.

O CCM possui composição de seis elementos, que se subdividem em dois campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No primeiro, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Já no segundo, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade, onde esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

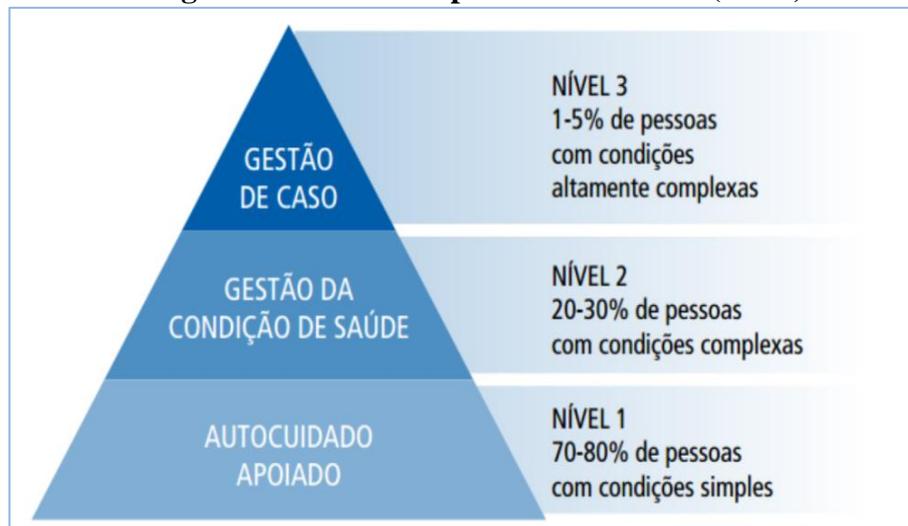
Figura 1 - Modelo do Chronic Care Model (CCM)



Fonte: Elaborado pelo autor.

O segundo modelo é o modelo da pirâmide de riscos (MPR), também denominado como modelo da Kaiser Permanente (KP), que é uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou na sua rotina assistencial. Sua fundação é na estratificação dos riscos da população, definindo as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional, onde esse cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se será gestão da condição de saúde ou gestão de caso. Seu foco inicialmente foi na atenção às pessoas com necessidades altamente complexas, mas evoluiu para incorporar toda a população de portadores de uma determinada condição crônica, para atendê-la com intervenções próprias dos três níveis de necessidades.

Figura 2 - Modelo da pirâmide de riscos (MPR)



Fonte: Elaborado pelo autor.

O terceiro modelo amplamente utilizado, é o Modelo da determinação social da saúde, que se alicerçou em um fundamento ético o da equidade em saúde, que é definida como a ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis entre grupos populacionais definidos de maneira social, econômica, demográfica e geograficamente. Inclui determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo o nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. Enfatizando as interações de estilos de vida individuais envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, que se relacionam com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica.

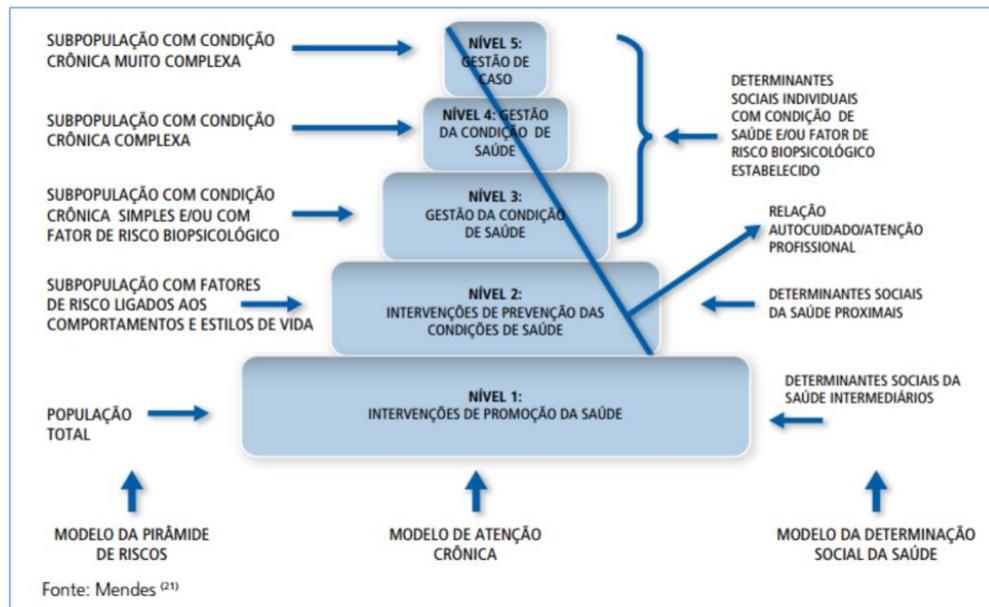
Figura 3 - Modelo da determinação social da saúde



Fonte: Elaborado pelo autor.

Atualmente no Brasil, Mendes (2012) após estudar estes modelos, desenvolveu um novo modelo para ter sua aplicação na realidade brasileira. O modelo de atenção às condições crônicas (MACC). A sua base é o CCM, mas foi expandido, com a incorporação dos outros dois modelos, o MPR e o modelo da determinação social da saúde, objetivando a melhor adaptação ao sistema de atenção à saúde público e universal (SUS). Sendo um sistema público de atenção à saúde com responsabilidades sobre territórios e populações, nesse ponto a gestão de base populacional necessitou de um modelo que estratificasse a população segundo os riscos, incorporando o MPR. Necessitando de uma perspectiva ampla de saúde que deriva de mandamento constitucional e que implica a perspectiva da determinação social da saúde. Levando à incorporação do modelo da determinação social da saúde.

Figura 4 - Modelo de atenção às condições crônicas (MACC)



Fonte: Elaborado pelo autor.

2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – DIABETES MELLITUS TIPO 2

Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome clínica, que advém de defeitos na ação da insulina denominando-se resistência à insulina, também decorrendo da deficiente secreção de insulina pelas células β pancreáticas ou até mesmo ambos. A doença se caracteriza por alterações metabólicas dos carboidratos, dos lipídios e das proteínas. A hiperglicemia é obtida como resultado dessa desregulação, e é frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. Quando a hiperglicemia se torna crônica gera alterações micro e macrovasculares, levando a danos em diversos órgãos, os mais afetados são os olhos, rins, nervos, coração, cérebro e vasos sanguíneos.

Atualmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil. Oliveira-Campos et al. (2013), em sua pesquisa relata que as repercussões do desenvolvimento científico e tecnológico nas condições de vida da população, levam ao aumento da expectativa de vida, expondo a população a um maior risco de desenvolver essas DCNT que geralmente se manifestam em idades mais avançadas.

As condições crônicas vão além das doenças crônicas, ao envolverem doenças infecciosas persistentes, condições ligadas à maternidade e ao período perinatal, ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida como na puericultura, distúrbios mentais de longo prazo, deficiências físicas e estruturais contínuas, doenças metabólicas, bucais entre tantas, são retratadas por se apresentarem em determinados períodos de sua história eventos agudos

também percebidos objetiva ou subjetivamente. Iniciam e evoluem lentamente apresentam múltiplas causas que variam no tempo, com vários sintomas e à perda da capacidade funcional, estes podendo levar a outros sintomas formando um ciclo vicioso de sintomas (Mendes, 2012).

O aumento da incidência do diabetes nos países em desenvolvimento é particularmente preocupante, visto que esta patologia é o principal fator de risco para cardiopatias e doenças cerebrovasculares e, frequentemente, ocorre associada à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que desencadeia outros importantes problemas crônicos (Hammerschmidt e Lenardt, 2010).

Segundo o World Health Organization – WHO, (2014) a mortalidade por DCNT permanece inaceitavelmente elevada e suas estimativas seguem aumentando. Trinta e oito milhões de pessoas morrem a cada ano em decorrência das DCNT's. Mais de 14 milhões de mortes por doenças não transmissíveis ocorrem em pessoas com idades entre 30 e 70 anos, das quais 85% estão em países em desenvolvimento. Porém estas mortes consideradas prematuras podem ser evitáveis, através da implementação de medidas simples pelos governos, que visam reduzir os fatores de risco para doenças não transmissíveis e permitem que os sistemas de saúde respondam a elas.

Com este quadro patológico instalado, os países se veem em situações que devem realizar algum plano para ir contra a corrente situacional, onde proporcionar saúde ganha o significado de além do evitar doenças, mas o prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida das pessoas.

Cordier (2014) relata que os antropólogos médicos usam o termo "doença" para descrever diferentes pontos de vista de saúde realizados por pacientes e médicos. A "Doença" não inclui somente as experiências de problemas de saúde, mas também o significado dado a essas experiências, que são influenciados pelo contexto social e cultural do paciente, incluindo modelos "populares" da doença. Assim como pode também se referir a uma anormalidade da função e/ou estrutura dos órgãos e sistemas do corpo.

De acordo com as Diretrizes Clínicas, (2015) a Diabetes Mellitus (DM) acarreta mais as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco e por terem menor acesso aos serviços de saúde. Onde os custos diretos para o atendimento e tratamento da diabetes podem ser de curso prolongado, onerando os indivíduos, as famílias e representando um impacto crescente para o SUS.

Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. O DM

é caracterizado por hiperglicemia, que ao longo do tempo culmina em lesões de órgãos alvos e leva a um alto índice de complicações incapacitantes.

O DM pode ser dividido em quatro classes:

- 1) DM tipo 1;
- 2) DM tipo 2;
- 3) Outros tipos específicos de DM;
- 4) DM gestacional.

De acordo com as Diretrizes Clínicas (2015), a classificação etiológica do Diabetes Mellitus tipo 2 é:

- a) 90%-95% dos casos de diabetes;
- b) Pode se manifestar em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos;
- c) A maioria dos pacientes apresenta sobrepeso ou obesidade;
- d) A patogênese associa fatores genéticos (herança poligênica) e fatores ambientais, como a obesidade e o sedentarismo;
- e) Possui dois mecanismos fisiopatológicos principais: resistência à insulina e o declínio progressivo da função das células β pancreáticas com déficit de secreção de insulina;
- f) O início da doença ocorre quando se inicia a falência de células β . No entanto, o UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) demonstrou que, quando se faz o diagnóstico de DM2, cerca de 50% ou mais da função da célula β dos pacientes com diabetes está perdida;
- g) A apoptose das células β é multifatorial; ocorre pela hiperglicemia crônica (glicotoxicidade), aumento de AGLs circulantes (lipotoxicidade), deposição de amilóides nas ilhotas, estresse oxidativo e produção de adipocinas inflamatórias;
- h) Embora o papel da resistência à insulina seja bem estabelecido no início da história natural do DM2, é o início e o ritmo de declínio da função das células β pancreáticas que determina a taxa e progressão da hiperglicemia;
- i) Outros mecanismos envolvidos no aparecimento de hiperglicemia incluem: diminuição do efeito incretínico, desregulação de neurotransmissores cerebrais e aumento de reabsorção tubular proximal renal de glicose (aumento da atividade de SGLT2);

- j) Cetoacidose raramente desenvolve-se espontaneamente, ocorrendo apenas quando associada a outras condições como infecções ou doenças graves;
- k) Os pacientes não são dependentes de insulina exógena para sobrevivência, porém podem necessitar de tratamento com insulina para a obtenção de um controle metabólico adequado.

São fatores de risco para o diabetes mellitus tipo 2: idade, gênero, etnia, história familiar de diabetes mellitus tipo 2, obesidade, sedentarismo, diabetes gestacional, macrosomia, hipertensão arterial, diminuição do colesterol, aumento dos triglicérides, doenças cardiovasculares, síndrome de ovários micropolicísticos, glicemia elevada em testes anteriores, tolerância à glicose diminuída e hemoglobina glicada $\geq 5,7\%$ (MARINHO, 2013).

2.3 EMPODERAMENTO

O significado da categoria empoderamento vem assumindo na prática, diferentes conotações conforme os interesses em disputa e os saberes que a fundamentam. Sendo assim, o empoderamento social se coloca como forte ferramenta conceitual nas práticas de Educação em Saúde. Já na concepção da “educação empoderadora”, o profissional de saúde não deve ser um simples repassador de conhecimentos e de experiência, nem o usuário dos serviços de saúde um receptor passivo do que é transmitido, compondo uma concepção que necessita da capacidade de escuta do outro (Carvalho & Gastaldo, 2008).

Lopes (2015) verificou que a análise da abordagem do empoderamento dos pesquisadores ligados à Universidade de Michigan, partindo das considerações dos valores do individualismo e holismo, assim como da lógica do cuidado, apresentou implicações profundas nas mudanças propostas. Mudanças que não se referem apenas à disposição para incluir práticas de cuidado, mas que necessitam da reestruturação das relações estabelecidas na prática da assistência à saúde. Este passa a ser considerado como o resultado de uma negociação entre a perspectiva biomédica do "bom cuidado" e as necessidades e objetivos do paciente.

A estratégia analítica utilizada por Lopes (2015) é a consideração da proposta de empoderamento do paciente diabético como uma expressão do quadro mais amplo de sistemas de valores relacionados à responsabilização individual pela saúde, ao mesmo tempo que procura dar relevo às suas características específicas. As ideias de “autonomia do paciente na gestão de seu tratamento”, e de “capacidade para fazer escolhas informadas”, descrevem a condição do paciente empoderado, representando o avanço do individualismo nas sociedades

contemporâneas, mas será de acordo com sua análise não pode-se dizer que interpretam o aumento da responsabilização do indivíduo pela própria saúde, nem responder ao impacto que o empoderamento do paciente pode ter para as relações de assistência à saúde.

O doente deve ser encorajado a participar no planeamento e na tomada de decisões acerca dos seus próprios cuidados de saúde, devendo ser-lhe dada a capacitação necessária para que o faça, hoje se vive em um mundo girando em torno de processos de globalização e neoliberalismo, sendo marcado por práticas injustas e excludentes que afetam os processos de vida e a saúde dos indivíduos. É necessário um esforço coletivo para o desenvolvimento da perspectiva da autogestão da saúde (Pena, 2012).

2.4 AUTOUIDADO

No caso da diabetes, o cuidado da saúde representa um grande desafio porque envolve inúmeras mudanças de comportamento que a pessoa portadora de diabetes tem que integrar no seu dia-a-dia. A auto monitorização dos níveis de glicose no sangue, adesão ao tratamento e conhecimento dos medicamentos, as verificações regulares para detetar problemas com os pés, as dietas alimentares e as atividades físicas constantes, constituem preocupações diárias (Pena, 2012).

Oliveira-Campos (2013), apresenta que no contexto da educação em saúde, onde o foco é o autocuidado, nada mudou tendo como patida as inovações propostas pelo movimento da promoção da saúde e do que se convencionou chamar de "nova saúde pública", assim denominada para enfatizar as transformações introduzidas no campo pela promoção da saúde. Apesar dos avanços propostos, permanece geralmente centrada em práticas educativas autoritárias e em saberes unilateralmente selecionados como necessários, a partir de critérios técnicos. O que é interessante nisto tudo é que, a partir do movimento da promoção da saúde, o que antes era alvo de críticas, destacando-se aí o potencial de sujeição de modelagens de educação em saúde que não reconheciam, nem valorizavam, a autonomia dos indivíduos, passou a ser aceito, sob o pretexto de que a promoção da "livre escolha" vinha ao encontro dos ideais democráticos da sociedade contemporânea. Poder levar a vida de acordo com escolhas pessoais significaria, neste contexto, assumir responsabilidades perante a sociedade e ter legitimado um status de cidadania.

2.5 AÇÕES PRECONIZADAS NA LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2

Para Malta e Merhy, (2010) a linha do cuidado (LC) deve ser alimentada por recursos e insumos que expressam as tecnologias que serão consumidas por seus usuários durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços. Possuindo seu início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opere a assistência, podendo ser no atendimento domiciliar, equipe de saúde da família/atenção básica, nos serviços de urgência, consultórios, em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde. E partindo deste lugar de entrada, deve-se abrir um percurso que se estende conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros.

A Organização Pam-Americana de Saúde (2010) afirma que a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública. Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes (sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis), da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes, denominada prevenção primária, na identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para o tratamento e a intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

O esperado é um “caminhar” na rede de serviços que seja seguro, sem obstáculos, pois isto garantirá a qualidade da assistência. A “linha de produção do cuidado” não se encerra no momento em que é estabelecido o projeto terapêutico, ela deve continuar no acompanhamento deste usuário para garantir a integralidade do cuidado. Existem diversas etapas neste percurso (LC) que são microprocessos de trabalho específico, determinado pelos atos de cada produtor de serviços/ profissional de saúde envolvido (Malta e Merhy, 2010).

“O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia” (Organização Pam-Americana de Saúde, 2010).

De acordo com a Organização Pam-americana (2010) na compreensão das linhas de cuidado todo profissional deve oferecer o cuidado a todos os pacientes, tendo a sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa. Seguindo os seguintes pontos:

- a) Encorajar relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente na consulta; criar oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações; respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado;
- b) Assegurar-se de que conteúdos-chave para seu auto-cuidado tenham sido abordados;
- c) Avaliar periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, levando em consideração a carga de portar uma doença crônica, respeitando as crenças e atitudes dos pacientes. Explicitar os objetivos e abordar as implicações de um tratamento longo e continuado;
- d) Negociar com o paciente um plano individualizado de cuidado, revisando-o periodicamente e mudando-o de acordo com as circunstâncias, condições de saúde e desejos do paciente;
- e) Discutir e explicar o plano de cuidado do paciente com os seus familiares, com a concordância prévia do paciente;
- f) Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia do paciente para seu auto-cuidado. Lembrar que educar não é só informar;
- g) Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de auto-cuidado, entre outros;
- h) Envolver os pacientes nas discussões sobre planejamento de ações dirigidas ao diabetes na unidade, aumentando a autonomia e o poder dos pacientes sobre suas próprias condições. Não esquecer que o “especialista” em diabetes para cada paciente é o próprio paciente;
- i) Promover a educação profissional permanente sobre diabetes na equipe de saúde a fim de estimular e qualificar o cuidado;
- j) Definir dentro da equipe de saúde formas de assegurar a continuidade do cuidado e orientar os pacientes sobre a forma de prestação desse cuidado continuado;

- k) Agendar as revisões necessárias e fazer a busca ativa dos faltosos. Providenciar, se possível, contato telefônico ou visitas domiciliares por membros da equipe entre as consultas agendadas;
- l) Possibilitar pronto acesso ao serviço no caso de intercorrências;
- m) Cadastrar todos os pacientes a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos;
- n) Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde (p.ex., proporção de pacientes diabéticos que realizam hemoglobina glicada (A1C) pelo menos 2 vezes/ano);
- o) Divulgar o conteúdo deste manual entre os outros membros da equipe e entre os pacientes com diabetes que manifestarem interesse.

O grande desafio consiste em restabelecer uma nova prática, centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção e resolubilidade dos problemas de saúde do usuário, referenciada no vínculo e na responsabilização. Torna-se importante, aos gestores, públicos e privados, estimularem a prática da vinculação a cuidadores, mapeando certos grupos de risco, como o de idosos, de pessoas com diabetes e de hipertensos, ou como certos ciclos de vida. Estimulando os usuários a se vincularem a “cuidadores” por meio de práticas de cuidado centradas nas tecnologias leves de impacto para a produção dessa relação. Poderia se estimular que os cuidadores tivessem usuários cadastrados e fizessem acompanhamento sistemático, definindo projetos terapêuticos adequados a cada situação, estimulando a participação em grupos educativos de novo tipo, o acompanhamento e monitoramento desses usuários com algum risco diferenciado (Malta e Merhy, 2010).

2.6 O EMPODERAMENTO E O AUTOCUIDADO NA CONDIÇÃO DE DIABETES TIPO2

Por certo a convivência com Diabetes, uma patologia crônica, que se não cuidada possui terríveis evoluções e cujo paciente é o maior responsável pelo seu prognóstico, existindo uma pressão muito grande em torno do acometido, que por muitas vezes é esquecido como o “ser humano” e apenas intitulado como o diabético, que não pode sair da linha do seu cuidado, mas, que cuidado seria esse, se não o cuidado com o ser possuinte de tal patologia. Conviver com algo desconhecido em seu corpo, que a princípio não lhe parece tão ofensivo, gerando

desconforto aonde quer que vá, escutar as mesmas recomendações, estas que de tanto serem expostas rapidamente, em um fluxo repentino nem se escutam mais. É necessária uma leveza maior com os pacientes em condições crônicas, não apenas jogar as recomendações ao vento e esperar que eles as peguem e resolvam aderi-las (Caprara, Barbosa, Freitas, Félix, 2015).

A abordagem de capacitação para pacientes com diabetes é uma filosofia que foi introduzida por Robert M. Anderson e Martha M. Funnell de Michigan Diabetes Centro de Pesquisa e Treinamento na década de 1990. Esta abordagem baseia-se na observação de que mais de 98% dos de tratamento da diabetes é realizada pelos próprios pacientes. Dr. Anderson, Ms. Funnell, e seus colegas descobriram que cada paciente tem um direito e uma capacidade de resolver seu próprio problema em seu próprio diabetes. Portanto, os profissionais de saúde devem fornecer suporte para os pacientes. Sendo importante para os profissionais de saúde, visando melhorar suas habilidades de comunicação, para usar a abordagem de capacitação, para ajudar os pacientes a mudarem seus comportamentos no mundo real (OKAZAKI, 2015).

Moysés e Moysés (2012) ao apresentarem as intervenções educacionais vão de encontro com Hammerschmidt e Lenardt (2010) pois englobam duas dimensões. No âmbito da condição crônica, se fazendo importante que as pessoas a conheçam e saibam quais as metas do cuidado e as possibilidades de tratamento. E no âmbito do cuidado, onde é preciso compreender que a mudança de comportamento é processual e que existem estratégias efetivas para a concretização da mesma, reconhecer e lidar com a ambivalência, elaborar um plano de ação, resolver problemas do cotidiano, enfrentar situações de risco e manter o foco na mudança são algumas das habilidades que precisam ser desenvolvidas, treinadas e apoiadas. É um processo educativo, relacional e progressista, que valoriza a experiência do viver, o modo e o contexto de vida, transformando o idoso em um ser crítico e agente de mudança da sua própria realidade, constituindo-se como cidadão e protagonista de sua vida.

2.7 CONSIDERAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE INSTRUMENTOS EDUCACIONAIS NA SAÚDE

A educação em saúde exige dos profissionais uma reflexão e análise sobre sua atuação, bem como do seu papel como educadores, pois para se desenvolver educação em saúde, é fundamental que os profissionais se empenhem na busca de novas tecnologias de ensino, para que estas possam vir a auxiliar a obtenção de informações apropriadas acerca do cuidado à saúde, em especial no que se refere ao Diabetes Mellitus (SANTOS, 2010).

Diógenes et al. (2013) mostra em seu trabalho que a educação em saúde consiste em uma combinação de estratégias com o propósito de facilitar a adaptação de comportamentos individuais à saúde. E esse processo educativo com o paciente, no caso portador de diabetes objetiva oferecer estratégias que promovam mudança de hábitos, contribuindo para melhoria da qualidade de vida.

Os profissionais que atuam junto a essa clientela deve se voltar para abordagens educativas que possam transformar a realidade dessas pessoas, porque é através da compreensão de um ser, que se é possível levantar hipóteses desafiadoras da realidade em busca de suas soluções. Tornando real o poder de transformação, e o seu trabalho em criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias (FREIRE, 1994).

Acreditando que, além da adesão ao tratamento, existem outras variáveis que podem influenciar o controle metabólico. Outra questão relevante encontrada por Boas, Foss-Freitas e Pacea (2014) em sua pesquisa foi que a adesão ao tratamento, ao contrário do controle metabólico, é vista como um comportamento humano, sujeito a influências do ambiente social em que vive a pessoa. Nessa perspectiva, é primordial o estabelecimento de uma relação terapêutica permitindo o conhecimento da pessoa em seu contexto de vida diária, fundamental para se promover a adesão ao tratamento.

A educação em saúde possui relevante importância, pois leva a equipe multidisciplinar a desenvolver estratégias como, cartilhas, grupos de apoio, palestras, educação da família dentre outras coisas, criando ambientes favoráveis à adesão ao tratamento proposto. Sendo notado em sua pesquisa que as questões relacionadas ao DM e ao tratamento não estavam sendo abordadas de maneira adequada pela equipe multiprofissional, elevando assim os índices de não adesão ao tratamento que em muito dos casos ocorreu pela falta de conhecimento do portador sobre sua doença (COSTA et al., 2014).

É necessário o melhor conhecimento do usuário, na finalidade de compreender suas características, para que um projeto gráfico possa ser elaborado de forma a proporcionar a esses usuários informações de qualidade, que possam ser utilizadas no sentido da Promoção da Saúde. A adequação destes materiais aos usuários é uma contribuição que a Ergonomia e o Design da Informação podem dar aos projetos voltados para Informação em saúde (MONT'ALVÃO, PEREIRA e CASSEL, 2015).

Costa *et al.*, (2014) evidenciou em seu estudo que não apenas o Diabetes Mellitus mas as doenças crônicas como um todo, tem como objetivo central a minimização das complicações causadas pela evolução da doença. Onde a educação em saúde entra como uma aliada no processo, levando ao profissional de saúde um olhar mais atento às questões

relacionadas à condição do portador de DM, tirando o foco somente da doença, abrangendo o trabalho com a família, com as suas debilidades e sanando as dúvidas destes atores. Fazendo com que levem suas vidas o mais próximo do normal possível. A cartilha é um material muito útil, pois consegue abordar de maneira clara e objetiva as questões que envolvem a sua patologia.

Dentre essas tecnologias educativas, o manual educativo se destaca, podendo ser classificado como uma tecnologia leve-dura, porque envolve a estruturação de saberes operacionalizados nos trabalhos em saúde. O manual educativo auxilia na memorização dos conteúdos, contribuindo para o direcionamento das atividades de educação em saúde (TELES *et al.*, 2014).

Alexandre e Coluci, (2011) ressaltam em sua revisão integrativa que a validação de conteúdo é importante como o início de um processo maior, que pretende englobar também outras medidas para avaliar outros tipos de validade e confiabilidade. A compreensão desses procedimentos é essencial para pesquisadores e profissionais preocupados na área de saúde, podendo utilizar cada vez mais medidas e instrumentos confiáveis e apropriados para determinada população.

Para Meinert, Marcon e Oliveira (2011) a cartilha, independente de sua temática ou a quem se destina, deve sempre ter a mediação de um profissional, podendo ficar com o paciente ou responsável, sendo essencial sua explicação por um profissional, com o objetivo de informar e esclarecer corretamente os conteúdos da cartilha. Fazendo com que o paciente e sua família tenham possibilidades de expressar suas dúvidas e compreender melhor o objetivo da cartilha, assim como auxilia no processo de vínculo entre o profissional e o paciente.

As avaliações ou validações destas tecnologias em saúde visam dar maior fidedignidade e importância ao instrumento desenvolvido, pois possibilita a adequação do mesmo com a participação de experts que contribuem especialmente nas sugestões quanto ao formato de apresentação e demais recursos necessários à pesquisa.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- a) Desenvolver um instrumento auxiliador no empoderamento e autocuidado de pacientes diabéticos tipo II

3.2 ESPECÍFICO

- a) Validar o conteúdo do instrumento auxiliador no empoderamento e autocuidado de pacientes diabéticos tipo II

4 METODOLOGIA

Projeto de Pesquisa relacionado à dissertação de mestrado, vinculado ao Programa de Pós-graduação de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Sendo este um resultado da execução de um projeto maior intitulado “Empoderamento e Autocuidado de pacientes em condições crônicas atendidos na Atenção Primária no município de Fortaleza-CE” que propõe a compreensão da gestão do autocuidado junto aos pacientes em condições crônicas atendidos na Atenção Primária. Desenvolvido pela Universidade Estadual do Ceará, com financiamento do CNPq/FUNCAP.

4.1 TIPO DE ESTUDO

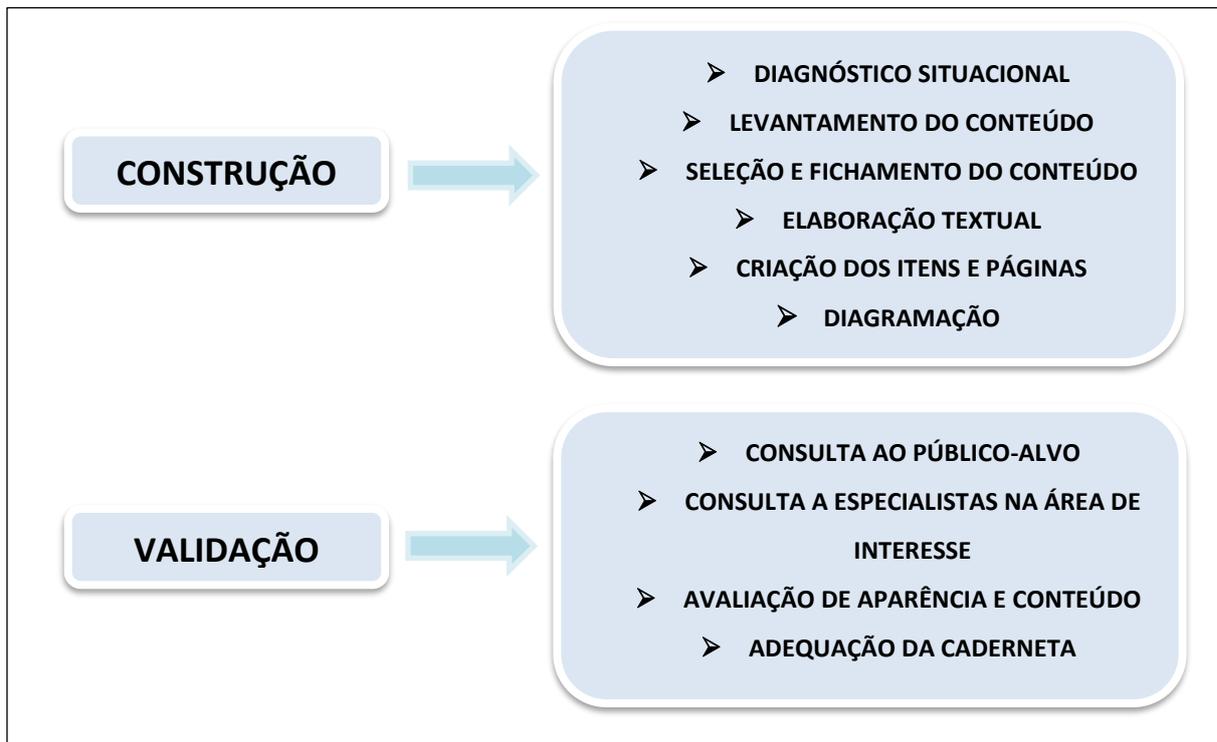
Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, do tipo de validação de conteúdo de um instrumento auxiliador no empoderamento e autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Objetivando torná-los confiáveis, com vistas a sua aplicação na rede de atenção primária de saúde do município de Fortaleza-CE.

Alpirez, (2014) relata que a pesquisa de desenvolvimento metodológico tem por objetivo elaborar ou melhorar novos ou já existentes instrumentos, dispositivos, métodos de medição ou intervenções, utilizando sistematicamente conhecimentos existentes.

Para que se alcançassem os objetivos propostos pelo estudo, o processo ocorreu em duas fases de estratégia metodológica seguindo as respectivas etapas (Figura 5):

- 1º) A construção de um instrumento para auxiliar o empoderamento e o autocuidado de diabéticos tipo II;
- 2º) A validação de conteúdo do instrumento para auxiliar o empoderamento e o autocuidado de diabéticos tipo II.

Figura 5 - Esquema da Construção e da Validação da Caderneta



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Quando se fala em um número ideal para captação de profissionais experts no processo de validação de conteúdo, a literatura diverge, fazendo com que a determinação da amostra ideal seja imprevisível. O que Alpirez (2014), ressalta em sua dissertação, ao fazer uma síntese de estudos que envolvem Lynn (1986), Pasquali (1998), Westmoreland et al. (2000), Rubio et al. (2003), e Bertoncello (2004), onde estes fazem as mais diversas variações de juízes, mas os mesmos corroboram que o número irá depender da acessibilidade e disponibilidade por parte dos juízes. Utilizou-se neste estudo a numeração de acordo com a amostragem e sua saturação.

Os profissionais de saúde que cumprissem com os critérios de inclusão da pesquisa, a literatura os denomina como experts ou peritos aqui se preferiu utilizar a terminologia “Experts”.

Adotou-se como critério de inclusão um ou mais dos seguintes itens da área de saúde da família/saúde coletiva/validação de instrumentos (Tabela 1):

- a) Possuir experiência profissional de no mínimo dois anos;
- b) Especialização;
- c) Emprego na atenção primária.

Tabela 1 - Critérios de seleção de experts

EXPERTS	AREA DA SAÚDE DA FAMÍLIA/ SAÚDE COLETIVA/ VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS
Experiência Profissional de no mínimo 2 anos	
Especialização	
Emprego na Atenção Primária	

Fonte: Elaborado pela autora.

Critérios de exclusão:

- a) Não pertencer à área da saúde ou que abordem estes pacientes;
- b) Profissionais que não forem indicados de acordo com a amostragem utilizada;
- c) Recusar a participar da pesquisa.

4.3 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada em etapas consecutivas e dependentes que envolviam a:

- a) Construção de um instrumento para auxiliar o empoderamento e o autocuidado de diabéticos tipo II;
- b) Análise de conteúdo do instrumento por experts, que avaliaram a aparência geral do instrumento, a facilidade de entendimento, a viabilidade para prática assistencial, os itens contemplados e a pertinência dos tópicos;
- c) Correção e incorporação das alterações no instrumento segundo análise dos experts;
- d) Validação de conteúdo do instrumento para auxiliar o empoderamento e o autocuidado de diabéticos tipo II.

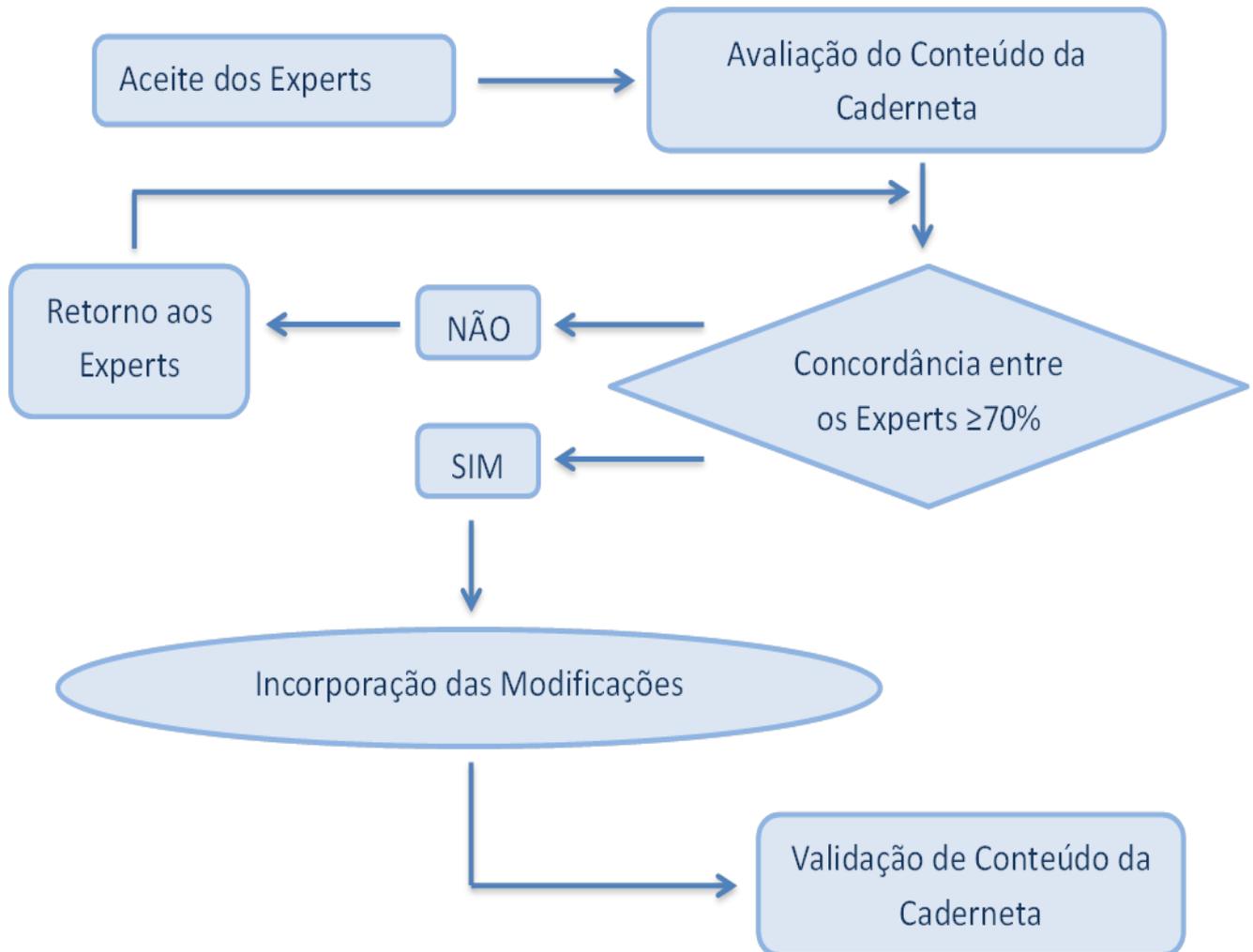
Em busca de se conseguir alcançar os objetivos propostos utilizou-se para coleta de dados a entrevista, modalidade em que segundo Fraser e Gondim (2004), o entrevistador e entrevistado se encontram um diante do outro e estão sujeitos às influências verbais (o que é dito ou perguntado), às não-verbais (comunicação cronêmica – pausas e silêncios -, cinésica – movimentos corporais -, e paralinguística – volume e tom de voz), e às decorrentes da visualização das reações faciais do interlocutor.

Nas entrevistas foram entregues folhas de papel sulfite em branco, a caderneta elaborada e uma caneta, após isso as informações sobre a utilização do instrumento eram

repassadas, assim como a descrição dos itens que os experts deveriam avaliar, estas entrevistas foram gravadas com o consentimento dos pesquisados, a fim de que aqueles que não conseguissem escrever tudo no papel poderiam verbalizar, com o objetivo de serem mais bem compreendidos em seus apontamentos.

Para melhor compreensão do processo, elaborou-se um fluxograma de como as etapas da coleta aconteceram (Figura 6):

Figura 6 - Fluxograma da Coleta de dados. Fortaleza, 2016



Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto original foi submetido, analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, cujo número do parecer é: 1236392. O caráter ético esteve presente em todas as etapas da pesquisa, os participantes da pesquisa assinaram um

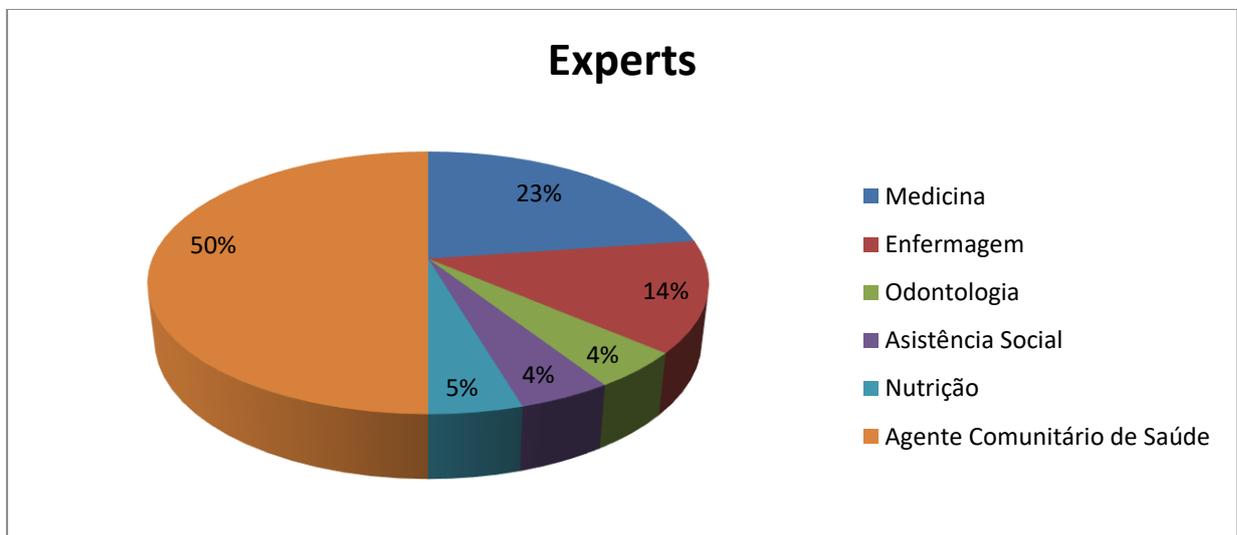
termo de consentimento livre e esclarecido, foram contatados de maneira informal avisados na ocasião em que se explicou o assunto da pesquisa, assim como os objetivos da investigação e os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, com a garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos indivíduos, do emprego das informações somente para os fins previstos na pesquisa com base na Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), como exposto no Anexo I, ressaltando-se que tal termo também atende aos ditames da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS EXPERTS

Formou-se um grupo com 22 peritos, dentre estes 05 eram da categoria médica, 03 da enfermagem, 01 da odontologia, 01 da assistência social, 01 da nutrição e 11 Agentes comunitários de Saúde (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Categorias profissionais contempladas pela amostragem “bola de neve” na caracterização dos experts



Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à caracterização dos juízes especialistas, 68,2% foram do sexo feminino enquanto 31,8% eram do sexo masculino, com tempo de experiência em serviço entre 02 e 25 anos de trabalho, 50% dos juízes são especialistas, três experts tem titulação de mestrado e dois de doutorado. No que concerne à experiência profissional, todos os experts atuam ou já atuaram nas áreas da saúde da família, saúde coletiva ou na validação de instrumentos.

Alpirez (2014) apresenta em sua dissertação concomitantemente com a referência bibliográfica utilizada que o tocante da composição do grupo de juízes, deve ser feita por profissionais envolvidos na área onde se está desenvolvendo o estudo, fazendo a suposição de que o julgamento coletivo, quando bem organizado e executado, é melhor que a visão de um só indivíduo.

5.2 A CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AUXILIAR NO EMPODERAMENTO E AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Utilizou-se estratégias educativas a partir do diagnóstico do Diabetes Mellitus tipo 2, para auxiliar na promoção do empoderamento dos atores situacionais, assim como dos profissionais de saúde, seus acompanhantes e familiares que de uma maneira ou de outra interferem no cuidado do indivíduo.

Para o desenvolvimento do instrumento, utilizou-se a educação conscientizadora, que se fundamenta no referencial sociocultural de Paulo Freire que tem por base a metodologia participativa, que objetiva trilhar os caminhos na transformação social, seja na troca de experiências, no questionamento, na individualização e na humanização. Buscando sempre a valorização da pessoa como um sujeito ativo do processo educativo, o que é capaz de construir sua própria história, com base em seus conhecimentos e sua cultura, assim como na "ação reflexiva" que induz a expressão e a reflexão sobre as próprias experiências.

Dando ênfase à produção e na comunicação de conhecimentos, de maneira a desenvolver essa produção coletiva que rompe o monopólio do saber, determinando não apenas as raízes e as causas dos problemas, mas também as possibilidades de solução. As relações entre os problemas individuais e coletivos, funcionais e estruturais, como parte da busca de soluções coletivas aos problemas enfrentados.

A promoção da autonomia dos sujeitos é uma questão importante e bastante criticada em decorrência de que à exposição dos sujeitos às opções a serem escolhidas de maneira autônoma, de acordo com seu contexto e sua vivência, dizendo e estimulando que esta autonomia e consciência crítica não são a garantia de que façam as escolhas e as desenvolvam em sua plenitude (RAMOS, 2015).

Para a construção do material foram seguidas as seguintes etapas consecutivas:

5.2.1 Diagnóstico situacional

Realizou-se o diagnóstico situacional, onde no decorrer do desenvolvimento da pesquisa guarda-chuva sobre empoderamento e autocuidado de diabéticos tipo 2, onde se evidenciou a carência das três unidades básicas de saúde no tocante ao assunto do empoderamento e autocuidado de pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2. Através das entrevistas semi-estruturadas e da observação participante, que foram promovidas com os

profissionais de saúde e com os pacientes das unidades surgiu a necessidade de se desenvolver um instrumento que pudesse auxiliar os profissionais a realização do empoderamento e que estimulasse a prática do autocuidado desses pacientes.

Pois assim como para Nogueira-Martins e Bógus (2004), o diagnóstico situacional necessita primeiramente revelar, fotografar, mapear a situação em suas nuances e permitir a reflexão sobre a escolha de estratégias para a intervenção, onde ressalta que o momento do diagnóstico não é imóvel, porque, ele deriva do acompanhamento, de maneira natural, por um início de intervenção. Uma vez que o próprio fato de abordar uma situação, um contexto, já irá produzir mudanças. Daí ao intervir, existe o aperfeiçoamento desse diagnóstico onde mesmo antes do final da intervenção, já foram percorridos momentos de avaliação, estando assim dinamicamente interligadas.

Sendo o diagnóstico situacional, a monitorização e avaliação das intervenções e do processo de implantação e implementação um dos fatores mais importantes para garantia da sustentabilidade das ações propostas.

5.2.2 Levantamento do Conteúdo

Para chegar à primeira versão da caderneta houve a necessidade de se realizar um levantamento de materiais literários para que pudessem servir de alicerce para o desenvolvimento do instrumento, onde se consistiu em uma revisão da literatura, objetivando a coleta de informações atualizadas sobre a temática do empoderamento, autocuidado e Diabetes Mellitus Tipo 2, assim englobando os pontos mais relevantes, trazendo em seu contexto os maiores questionamentos, por intermédio de materiais vinculados através de diversas organizações governamentais, cujos materiais estão em domínio público na internet.

Assim como os materiais voltados ao paciente diabético ou intrinsecamente ligados a esta população, por meio de campanhas desenvolvidas pelo ministério da saúde, ou pela associação de Diabetes, nos formatos de diretrizes, folders, ou cartilhas. Também se levantou o conteúdo através dos profissionais que atendem esses pacientes nas unidades básicas, por meio das diretrizes que são instruídos a utilizar em seus atendimentos, assim como através da percepção prática vivenciada por estes, onde se conseguiu evidenciar os pontos problemáticos que são importantes na promoção, prevenção e estadiação da doença, com referências atualizadas sobre a temática.

Também se conseguiu levantar materiais através de reuniões com a equipe de pesquisa do projeto que alicerça este estudo, sejam na língua inglesa ou portuguesa, para melhor

conduzir o desenvolvimento de um novo instrumento auxiliador, que pudesse beneficiar tanto os profissionais de saúde que conseguiriam desenvolver a promoção da saúde de seus pacientes, assim como os pacientes com DM2 que teriam algo palpável, onde poderiam apresentar sua evolução diária a quem lhes interessasse.

5.2.3 Seleção e fichamento do conteúdo

Ao final foram utilizados 06 materiais didáticos, estes escolhidos por se encaixarem na problemática do estudo, com fácil aplicação e ampla escala de abrangência, onde dentre estes foram: 02 cadernetas difundidas por instâncias governamentais, 01 manual de diretrizes clínicas de Diabetes Mellitus, 01 material no formato de diário para inclusão diária dos índices de glicemia e 02 folders informativos na língua Inglesa (Tabela 2).

Tabela 2 - Organização dos materiais utilizados na produção do instrumento do estudo

ORIGEM	TÍTULO DO MATERIAL
b) Organização Mundial de Saúde (OMS)	d) Diabetes Action Now
c) Federação Internacional de Diabetes	
e) Ministério da Saúde	f) Caderneta de Saúde da pessoa Idosa
g) Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Florianópolis	h) Caderneta de Saúde do Idoso
i) Prefeitura Municipal de Fortaleza – Secretaria Municipal de Saúde	j) Diretrizes Clínicas Diabetes Mellitus (2014)
k) Nordisk Farmacêutica do Brasil	l) Diário de Glicemia
m) University Hospitals of Leicester – NHS	n) Are You at Risk Type 2 Diabetes? Information Booklet

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2.4 Elaboração Textual

Sendo uma tecnologia auxiliadora no empoderamento e o autocuidado de pacientes com diabetes tipo II no formato impresso, denominada como caderneta, por definição da própria palavra “um pequeno caderno em que se anotam ou escrevem lembretes e informações diversas” de maneira a intervir de forma construtivo-reflexiva, envolvido em um complexo histórico cultural de relações humanas entre sujeitos, onde o aprender é mútuo um sempre irá aprender com o outro e este aprender irá resultar para a transformação de todos (FERRAZ et al., 2005).

Foram realizadas três reuniões com o grupo de pesquisa o qual consta com diversas categorias profissionais envolvidas como: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição,

Fisioterapia e Psicologia. Inicialmente para definir o título desse instrumento, onde foi definido “Tempo de Saúde” em decorrência de tratar-se de um instrumento que ficará na posse do próprio diabético, que irá contribuir para que o mesmo passe a se dedicar mais, conhecendo melhor suas opções de vida. O que demanda um certo “tempo”, e este não poderia ser melhor delimitado como o “tempo” que se reserva para cuidar da sua “saúde”. Onde gerou debates sobre uma melhor delimitação deste título, pois de acordo com os estudos pesquisados, no material educativo deve retratar do que se irá trabalhar, no caso desta pesquisa o Diabetes. Aonde se chegou à delimitação do título em: “Tempo de saúde: como cuidar do meu diabetes”.

5.2.5 Criação dos Itens e páginas

A caderneta visa auxiliar o estímulo do desenvolvimento do sujeito, com vistas ao empoderamento, sendo de sua posse e de preenchimento livre a sua vontade. Buscando medidas alternativas para que o Diabetes Mellitus tipo 2 tenha uma boa compreensão por seus portadores e para que se possa estimular a modificação de comportamentos.

A caderneta contemplou os parâmetros principais, como:

- a) Uma página para “Minha Identificação” – Onde o paciente, profissional ou alguém a quem o paciente solicitar para preencher com suas respostas envolve o seu nome, como é mais conhecido, número do cartão do SUS, nome do posto de saúde que é atendido, a equipe de agentes comunitários de saúde que faz a visita em seu domicílio, altura, peso, IMC, documento de identidade, sexo, endereço, número, complemento, bairro, ponto de referência, CEP, cidade, estado, data de nascimento, telefone fixo, telefone celular, estado civil, escolaridade, se é aposentado, ocupação antes da aposentadoria, ocupação atual, grupo sanguíneo, fator RH, hábitos de vida e alergias. Itens estes que foram avaliados para melhor expressar um check-list rápido em casos de emergência, lembrando que os itens devem ser preenchidos apenas com as informações que o paciente autorizar;
- b) Uma página com “Minhas medicações diárias”- Objetivando contemplar todos os medicamentos que os pacientes tomam diariamente, com espaços para que possam especificar o nome da medicação e os turnos em que os tomam;
- c) A agenda de consultas - Onde deve ser feito o preenchimento de acordo com suas marcações no posto de saúde, clínicas e/ou hospitais em que for atendido. Constando de data, horário previsto da consulta, a localidade, o tipo de atendimento que irá realizar e o nome do profissional que irá atendê-lo. Com o

intuito de que o cidadão tenha sempre consigo em um local só o controle total de suas consultas ao longo do ano;

- d) Quadro: “Meu controle de saúde” – Constando dos possíveis exames que esses pacientes podem ser solicitados a realizar, desde a data dos exames, peso, pressão arterial, glicemia, hemoglobina glicada, circunferência abdominal, colesterol total, HDL, LDL, triglicédeos, creatinina sérica, microalbuminúria, TFG, TGO/AST, TPG/ALT, creatinofosfoquinase (CPK), urina tipo I, relação albumina/creatina e TSH. Com uma coloração bem forte, estimulando um foco para esta página, onde todos podem acompanhar a evolução clínica da DM2;
- e) Quadro: “Monitoramento da Glicemia individualizada” – Onde constam dois quadros, um para servir de indicação de valores referenciais e o outro para ser preenchido com o dia da realização do monitoramento, os comprimidos ou dose de insulina que tomou no dia, quatro verificações de glicemia separadas por refeições (indicadas antes ou duas horas depois), assim como por um espaço para anotar observações no decorrer das verificações;
- f) Registro de exercícios – Para que se possa relacionar as atividades físicas praticadas, registrando de maneira semanal com o tipo de exercício que foi realizado, a frequência semanal e a sua duração;
- g) Recordatório alimentar: “Como estou me alimentando” – Para ser realizado uma vez a cada mês com base ao dia anterior ao preenchimento do quadro, composto pela data em que se está recordando, o nome de cada refeição, o horário que foi consumido, a descrição detalhada do que foi consumido e as observações que os sujeitos queiram colocar referentes à alimentação daquele dia em questão;
- h) Recomendações sobre alimentos – Onde se dividiu dois grupos de alimentos: “bom comer” e “não é bom comer” elencando com ilustrações categorias nutricionais amplas;
- i) Saiba mais – contendo informações de fatores de risco para diabetes, estimulando o diabético a repassar as informações captadas aos que não as possuem;
- j) “Como estou cuidando da minha saúde bucal”- área que contempla a parte odontológica, contendo um odontograma para que o paciente solicite ao profissional para auxiliar na marcação do procedimento que foi realizado, assim

como a constatação do início do tratamento dentário, interrupções do tratamento, término e as observações em geral das consultas realizadas;

- k) “Observações da minha saúde”- Espaço destinado à todos os profissionais em que atenderem o paciente, objetivando uma escrita livre para seus posicionamentos e sugestões;
- l) “Minhas dúvidas preciso saber”- Escrita livre ao diabético para se expressar como queira aos profissionais que lhe atendem, seja para lembrar de algo na fila de espera da consulta, ou alguma informação que queira guardar em sua caderneta;
- m) Frase inspiradora – “Quando você aprende a lidar com sua saúde, todo o resto fica mais fácil!” elaborada pelo grupo de pesquisa, com o objetivo de alavancar o paciente para a valorização da sua saúde.

5.2.6 Diagramação

Foi necessário o auxílio de dois designers gráficos que colaboraram com o layout, a formatação, configuração e diagramação do instrumento, até a sua última versão impressa.

As imagens utilizadas foram cuidadosamente selecionadas, em reuniões com equipe de pesquisa composta por profissionais de saúde atuantes na atenção primária, assim como a ajuda de dois profissionais de designer gráfico que pesquisou em sites de figuras livres, que pudessem ser publicadas sem necessidade de licença dos seus idealizadores. Sendo aprovada sua utilização por toda equipe.

Os programas utilizados na diagramação foram o Ilustrator e o Photoshop no tratamento das imagens. A caderneta construída no estudo contém 16 folhas, incluindo a capa, conteúdo e realização/apoio. Construída nas dimensões 15.0 cm x 21.0 cm, impresso em papel couchê brilhoso, com fundo branco e layout com predominância das cores laranja e preto. Para cada tópico abordado utilizou-se desenhos com referência à cada frase utilizada. Empregou-se o tipo de fonte “KG Luck of the Irish” nos títulos e “Calibri” nos demais textos. O tamanho da fonte 28 para a capa, na cor laranja e subtítulo fonte 18 na cor preta. No conteúdo o tópico das páginas no tamanho de fonte 14 com coloração laranja e no corpo utilizou-se na fonte cor preta, tamanho 12. Os tópicos dos quadros ficaram em negrito no corpo do trabalho. As fontes foram escolhidas pelos designers gráficos por afirmarem que estes tipos de fontes são utilizados em instrumentos de saúde por apresentarem fácil compreensão. Ao final de vários encontros com a equipe de pesquisa e com os designers gráficos, se concluiu o material e sua versão final

foi gerada em PDF, que, após impressão, foi encaminhada aos juízes para o processo de validação.

5.3 O MÉTODO DELPHI E SUAS VARIAÇÕES PARA AVALIAR INSTRUMENTOS

O nome é uma referência ao Oráculo de Delfos, "O Umbigo do Mundo", que durante séculos foi o templo aonde os peregrinos, vindos das mais diversas localidades do mundo helênico, consultavam as pitonisas (sacerdotisas oraculares) para saber sobre o seu destino, bem como o da sua família ou da sua pátria. Delfos tornou-se um dos lugares mais venerados pelos gregos, uma vez que suas predições tiveram importantes repercussões sobre os destinos dos reis, rainhas e, por extensão, sobre seus súditos, caracterizando uma relação indefinida entre predição, causa e efeito (SCARPARO, 2012).

Essa Técnica vem sendo bastante utilizada na construção e na adaptação de diversos instrumentos, pois ela possui características interessantes para este tipo de pesquisa, pois é flexível, permitindo quantas fases sejam necessárias para o questionamento e avaliação, que são seguidas de modificações, para que seja aperfeiçoado, se obtendo o consenso entre o grupo de juízes.

Nessa pesquisa, utilizou-se apenas uma rodada, considerando que os experts fizeram suas avaliações e os apontamentos que tiveram concordância de pelo menos 70% quanto aos itens avaliados foram favoráveis e incorporados à caderneta, o que determina a que não se faz mais necessária outras rodadas de avaliação. Foram dados aos 22 experts, pessoalmente, uma folha em branco para que fizessem seus apontamentos, assim como foi pediu-se autorização para se gravar a entrevista.

5.4 A VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA AUXILIAR O EMPODERAMENTO E O AUTOCUIDADO DE DIABÉTICOS TIPO II

Para validação do conteúdo do instrumento, foi utilizada uma variação da técnica Delphi, que consiste na realização de julgamentos por um grupo de juízes, especialistas na área, por meio de questionários, e, após a resposta de todos os juízes, agrupamento e análise minuciosa das opiniões para aprimorar a ideia inicial e realizar uma nova fase de questionamentos com os mesmos juízes. Podem ser realizadas várias fases de questionamento, seguidas de modificações do instrumento, de forma a aperfeiçoá-lo, até que se obtenha o consenso entre o grupo de juízes.

Esta técnica é caracterizada pela flexibilidade, em que o pesquisador responsável pelo estudo estabelece as regras referentes ao número de fases, número de especialistas e o nível de consenso para considerar o instrumento válido (DINI, 2011).

A utilização dessa técnica prevê três condições básicas: o anonimato dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados e o feedback de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes. Não há estabelecido um adequado nível de consenso a ser obtido, porém, recomenda-se a obtenção de nível mínimo de concordância de 70%, na etapa final. Com base nessa recomendação, utilizamos assim como no estudo de Almeida (2010), a adoção neste estudo do índice de 70% como nível mínimo de consenso a ser obtido pelos juízes na validação do conteúdo do instrumento.

Assim como se seguiu um processo construtivo para o desenvolvimento, para a validação do material também se seguiram algumas etapas consecutivas:

5.4.1 Consulta ao Público-alvo

A consulta com o público-alvo foi composta por pacientes com diabetes tipo 2, atendidos em três unidades de atenção básica da pesquisa maior. Foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, onde após a aceitação, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os usuários avaliaram a organização, estilo da escrita, aparência termos de entendimento do vocabulário, bem como adequação das ilustrações. Os critérios adotados para a inclusão foram ser diabéticos Tipo 2 com atendimento ou em acompanhamento no posto de saúde selecionado.

As unidades para conclusão destas etapas foram: A Unidade de Saúde José Paracampos que está situada na Secretária Regional –SR V que possui 21,1% da população de Fortaleza; A Unidade de Atenção Primária à Saúde – UAPS Luís Albuquerque Mendes pertencente à SR IV e a Unidade de Atenção Primária a saúde Dom Aluísio Lorscheider na SR IV.

Foram realizadas 04 visitas às três unidades de atenção primária, semanalmente a fim de encontrar com o público-alvo da pesquisa. Foram consultados 20 pacientes com diabetes tipo 2 atendidos nas unidades pesquisadas.

5.4.2 Consulta a especialistas na área de interesse

Um grupo de experts foi convidado a participar da pesquisa, com a responsabilidade de analisar e julgar os itens propostos, informando o seu parecer à proposta da caderneta. A escolha desses experts foi realizada por meio de uma amostragem “bola de neve”, que segundo Oliveira (2015), consiste na indicação dos sujeitos através de recomendação de outros profissionais, indicações baseados nos critérios de inclusão e exclusão de cada pesquisa.

A técnica que se utilizou para isso de acordo com Baldin e Munhoz (2012) é uma forma de amostra não probabilística, bastante utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais vão indicando novos participantes assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto ou o ponto de saturação, assim sendo estabelecido uma cadeia, uma rede de participantes.

O contato com os experts foi realizado através do intermédio das gestoras das unidades de atenção primária a saúde, unidades estas que participam do projeto de pesquisa o qual este trabalho foi gerado como resultado. Após a comunicação prévia dos possíveis juízes, baseando-se nos critérios de inclusão, foram selecionados 22 juízes, os quais receberam as informações desta pesquisa assim como autorizaram sua participação no estudo (Apêndice C) onde se explanou o objetivo do estudo e os critérios/motivos da escolha.

5.4.3 Avaliação de aparência e conteúdo

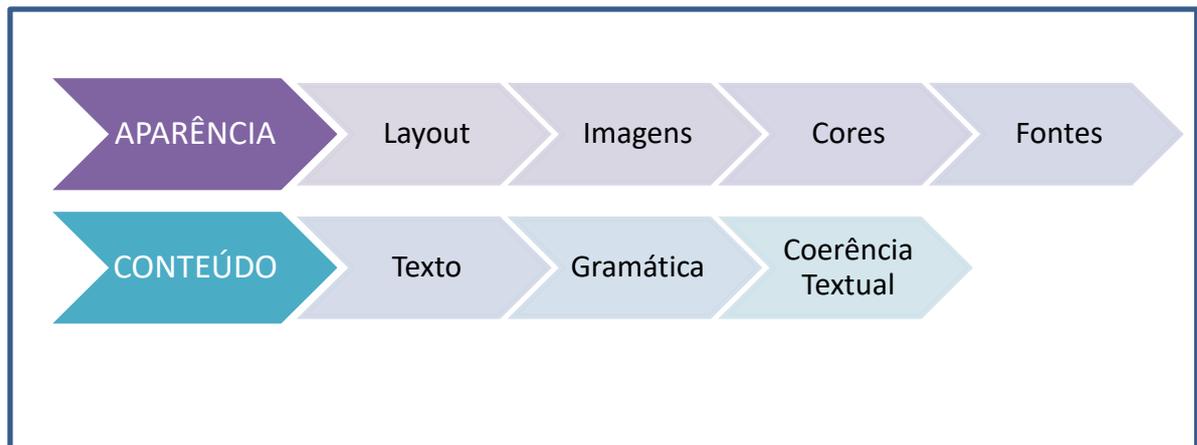
Oliveira (2015), afirma que a avaliação é um fator determinante na escolha e/ou aplicação de um instrumento, onde a validação de conteúdo ou validação pelos juízes é baseada no julgamento feito por um grupo de experts na área, que analisarão se o conteúdo está correto e adequado ao que se propõe.

Foram realizadas 03 entrevistas com cada perito, onde:

- 1) A primeira consistia na apresentação do pesquisador ao pesquisado firmando participação e escolha da data para a avaliação do material;
- 2) A segunda foi realizado a explicação de como a caderneta funcionava, envolvendo os seus objetivos e o seu público-alvo, para se dar início a avaliação do material, onde foi entregue uma folha em branco com uma caneta para cada participante, pedindo-se para fazer um cabeçalho na folha contendo nome e profissão, então foram instruídos sem tempo estipulado a realizarem a leitura da caderneta e fazerem suas observações e recomendações nos quesitos ditados de aparência e conteúdo. Onde estes envolvem o layout da caderneta, a adequação das imagens, das cores, fontes (estilo e tamanho), assim como o texto colocado,

- as possíveis correções ou adequações gramaticais e coerência textual (Quadro 2). Após realizarem suas considerações esses peritos foram solicitados a descrever uma opinião geral sobre a caderneta que foram incorporadas posteriormente à avaliação de todos, para que fosse gerado uma nova versão;
- 3) A terceira entrevista constava na apresentação da versão final impressa da caderneta com suas diversas modificações.

Figura 7 - Itens de avaliação dos peritos



Fonte: Elaborado pela autora.

5.4.4 Adequação da caderneta

Nesta fase Sousa, (2015) afirmam que através da validade e confiabilidade dos instrumentos é possível se atestar a qualidade, afastando a possibilidade de erros aleatórios e aumentando a credibilidade da utilização na prática.

Esta etapa contempla a sumarização dos apontamentos feitos pelos experts, para sequente diagramação das correções e o terceiro e último encontro com os experts, que objetivava o feedback para os profissionais, podendo ser visto que as considerações foram executadas quando se gerasse uma concordância de pelo menos 70% dos experts sobre o quesito.

Segundo Bittencourt, (2011) a validade de conteúdo não é determinada por medidas estatísticas, visto que ela resulta do julgamento de juízes ou pessoas reconhecidas na área do estudo, que analisam a representatividade dos itens em relação aos conceitos que se pretende medir. Fazendo-se necessário a reunião com uma comissão multidisciplinar de especialistas no tema em estudo com o objetivo de analisar o alinhamento do instrumento aos pressupostos teóricos.

Onde após a etapa anterior se realizou a sumarização das avaliações, levando em consideração todos os itens apontados e propostos pelos peritos.

A literatura apresenta assim como na técnica de Delphi que se realizem quantas rodadas de avaliação forem precisas para se conseguir o consenso. Em sua totalidade, na sumarização foram realizadas modificações na capa, como a utilização de frutas que fizessem parte da mesa dos usuários e que fossem facilmente encontradas em feiras, sendo assim retirados os pimentões, uvas e kiwi. Pediu-se para mudar a coloração da página de exames, se possível colocando uma cor diferente em cada exame, para facilitar na escrita dos profissionais e na compreensão dos pacientes, como se observa nos apêndices, a sua primeira versão (APÊNDICE B) e sua última versão (APÊNDICE C).

Após a entrevista, ao receber as considerações dos experts foi feita a sumarização das avaliações por meio de tabela (Tabela 3) onde se pode melhor visualizar as considerações de para seguinte alteração na caderneta.

Tabela 3 - Sumarização das avaliações dos experts. *Percentual com arredondamento de números

SUGESTÕES	PERCENTUAL A FAVOR*	PARECER PARA MUDANÇA
AUMENTAR A FONTE	90,9%	FAVORÁVEL
RETIRAR NOMENCLATURA “ANALFABETO”	81,8%	FAVORÁVEL
INCLUIR ATIVIDADE FÍSICA NA PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO	77,3%	FAVORÁVEL
INVERTER POSICIONAMENTO DE PAGINA EXAMES	9,1%	DESFAVORÁVEL
ACRESCENTAR SUMÁRIO	13,6%	DESFAVORÁVEL
ACRESCENTAR ALTURA E PESO E IMC NA IDENTIFICAÇÃO	86,4%	FAVORÁVEL
ACRESCENTAR PÁGINA DE ANOTAÇÕES	95,5%	FAVORÁVEL
AUMENTAR O ESPAÇO DO RECORDATÓRIO ALIMENTAR	72,7%	FAVORÁVEL
MUDAR LINGUAGEM DO RECORDATÓRIO “ITEM HISTÓRICO ALIMENTAR” PARA “O QUE COMI”	77,3%	FAVORÁVEL
AUMENTAR O ESPAÇO DE IDENTIFICAÇÃO	81,8%	FAVORÁVEL
COLORIR OS ITENS DA PÁGINA DE EXAMES, CADA EXAME DE UMA COR PARA MELHORAR A VISUALIZAÇÃO.	77,3%	FAVORÁVEL
ALTERAR A MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA PELOS PARAMÊTROS QUE OS POSTOS DE SAÚDE LOCAL UTILIZAM	77,3%	FAVORÁVEL
AUMENTAR A ÁREA DE ESCRITA DO REGISTRO DE EXERCÍCIOS	90,9%	FAVORÁVEL
ACRESCENTAR UMA PARTE COM INFORMAÇÕES AOS PACIENTES	95,5%	FAVORÁVEL
SEPARAR OS EXAMES DE COLESTEROL TOTAL, HDL E LDL	72,7%	FAVORÁVEL
INCLUIR ODONTOGRAMA	72,7%	FAVORÁVEL
INCLUIR UNIDADE DE ACOMPANHAMENTO EQUIPE DE ACS	77,3%	FAVORÁVEL
INCLUIR PÁGINAS PARA AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS QUE OS ATENDEREM UTILIZAREM	81,8%	FAVORÁVEL
ESPAÇO PARA DÚVIDAS DOS PACIENTES	86,4%	FAVORÁVEL
INCLUIR FRASE DE INCENTIVO AO FINAL	77,3%	FAVORÁVEL
ALTERAR FRUTAS DA CAPA, COLOCAR FRUTAS QUE SE COMPRE NA FEIRA	77,3%	FAVORÁVEL
MUDAR A COLORAÇÃO DAS PÁGINAS QUE NÃO ESTÃO DE ACORDO COM A CAPA	72,7%	FAVORÁVEL
INCLUIR PÁGINA PARA MEDICAÇÕES DIÁRIAS	81,82%	FAVORÁVEL

Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando que 100% dos experts aprovaram a idéia da caderneta no geral, grande parte das solicitações foi para acrescentar itens, dos 23 itens que estavam em seus apontamentos, 10 pediam a inclusão de algum quesito, representando 43,5% das solicitações totais. Apenas 2 das 23 solicitações não tiveram a concordância de 70% ou mais dos experts, podendo se dizer que 91,3% das solicitações foram incorporadas, mostrando que o grupo apresentou uma boa concordância.

5.5 CADERNETA “TEMPO DE SAÚDE: COMO CUIDAR DO MEU DIABETES” EM SUA VERSÃO FINAL

Na última versão, após incorporação de todos os posicionamentos favoráveis dos juízes já apresentados, tendo sido validada e se apresenta da seguinte maneira (Apenas tópicos por ordem de folhear):

Figura 8 - Capa e primeira página “Minha identificação”



A imagem mostra a capa e a primeira página de uma caderneta. A capa (à esquerda) é decorada com uma variedade de frutas frescas, incluindo tomates, pimentões, papaias, maçãs, laranjas, bananas e milho. No centro da capa, há um relógio de parede e o título 'TEMPO DE SAÚDE' em letras grandes e coloridas, com o subtítulo 'COMO CUIDAR DO MEU DIABETES' abaixo dele.

A primeira página (à direita) é intitulada 'MINHA IDENTIFICAÇÃO' e contém um formulário com campos para coleta de dados pessoais e de saúde. O formulário inclui:

- Nome: _____
- Como sou mais conhecido: _____
- N.º Cartão do SUS: _____
- Posto de Saúde em que sou atendido: _____
- Equipe de Agentes Comunitários de Saúde-ACS de seu domicílio: _____
- Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____
- Documento de identidade: _____
- Sexo: () Masculino () Feminino.
- Endereço: _____ N.º: _____
- Complemento: _____
- Bairro: _____ Ponto de referência: _____
- CEP: _____ - _____ Cidade: _____ Estado: _____
- Data de nascimento: ____/____/____
- Telefone: _____ Celular: _____
- Estado civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado () Outros
- Minha escolaridade: () 8 anos ou mais () de 4 a 8 anos () até 4 anos () não estudei
- Sou aposentado: () Sim () Não
- Minha ocupação antes de aposentar: _____
- Minha ocupação atual: _____
- Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____
- Meus hábitos de vida: Fumo: () sim () não
- Bebo: () sim () não
- Pratico atividade física: () sim () não
- Tenho Alergias? () não () sim. Quais? _____

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 13 - Observações gerais e Anotações para dúvidas

RECOMENDAÇÕES SOBRE ALIMENTOS

É bom comer:

Legumes 	Frutas
Pães Integrais 	Carnes Brancas
Arroz Integral 	Cereais sem açúcar

Não é bom comer:

Mel 	Compotas
Doces e bombons 	Açúcar
Refrigerantes 	

SAIBA MAIS

Fique atento para alguns fatores de risco para diabetes mellitus(DM) tipo 2

- Idade maior que 45 anos
- Sedentarismo
- sobrepeso ou obesidade ($IMC = \text{peso(Kg)}/\text{altura(cm)}^2 > 25\text{kg/cm}^2$)
- obesidade central, verificada através da circunferência abdominal (CA> 102 cm em homens e > 88cm em mulheres)
- Antecedentes familiar de DM (parentes de 1º grau)
- Hipertensão arterial sistêmica (PA > 140/90 mmHg)
- Colesterol HDL $\leq 35\text{mg/dl}$ e/ou triglicérides $\geq 150\text{mg/dl}$
- História de doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida

COMO ESTOU CUIDANDO DA MINHA SAÚDE BUCAL?

Ínicio do Tratamento: ___/___/___ Término: ___/___/___
 Interrupção: _____

Observações da consulta ao Dentista: ___/___/___

Observações da consulta ao Dentista: ___/___/___

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 14 - Final/Realização/Apoio

Realização/Apoio:
 Projeto de Pesquisa Empoderamento e Autocuidado em Doenças Crônicas

Expediente:
Texto e Diagramação: Lucimar Bóh e Brígia Amaro (01623JPCE)
Projeto Gráfico: Clemilton Barreto

Fonte: Elaborado pela autora.

Em sua divisão total ficou 1 página de capa, 1 página para identificação, 1 página para medicações diárias, 2 página para agenda de consultas, 1 página para o controle de saúde, 1 página para o monitoramento da glicemia, 8 páginas para registro de exercícios, 6 páginas para o recordatório alimentar, 1 página dividida para recomendações de alimentos e saiba mais, 3 páginas para observações do dentista, 3 páginas para observações da saúde, 1 página para dúvidas dos pacientes e 1 página para o final. Totalizando 16 páginas, destas 15 com a frente e o verso utilizados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a avaliação dos experts, a caderneta passou pelo mesmo processo de nova diagramação, desta vez com todas as modificações dadas como favorável e sendo enviada para produção, logo depois de confeccionadas foi realizado o retorno para o reconhecimento dos experts.

Pôde-se evidenciar que o instrumento desenvolvido para auxiliar o empoderamento e o autocuidado de diabéticos tipo II, na forma de caderneta, intitulada “Tempo de Saúde: como cuidar do meu diabetes” foi validada de acordo com a metodologia utilizada.

A iniciativa de construir e validar um instrumento em forma de caderneta que ficasse de posse do usuário podendo este ter todas as suas informações de saúde em um único local, levando mais praticidade, empoderamento e gerando assim o despertar do autocuidado, sim pois os pacientes terão que guardar e alimentar as informações pedidas em cada tópico da caderneta, os fazendo pelo menos mensalmente tirarem um tempo para verificar o que mudou ou não em suas vidas, fundamentando-se no fato de que, não se tem conhecimento da existência de um instrumento que possibilite essas vertentes.

A caderneta elaborada com base nas ações preconizadas obteve concordância em mais de 90% no total de solicitações, sendo validado na primeira Fase Delphi, já que o nível de concordância adotado no estudo foi de 70%.

O instrumento, avaliado por 22 experts, apresentou-se adequado quanto à aparência geral, terminologia, fácil linguagem, coerência com a prática assistencial e relevância nos tópicos abordados. Com base no exposto é possível afirmar que o objetivo do estudo foi alcançado, pois demonstrou validade de conteúdo na opinião dos experts.

A variação do método de Delphi mostrou-se adequada à proposta do estudo, sendo viável economicamente, possibilitando a participação das mais amplas áreas que trabalham na atenção com esses pacientes, sendo selecionados profissionais qualificados na temática. A dificuldade na operacionalização do estudo se destaca por conseguir conciliar a agenda dos experts com as entrevistas.

Diante do exposto sugere-se, então, a realização de estudos que verifiquem a aplicabilidade da caderneta, visando à contribuição para o aprimoramento, inclusive com a sua disponibilidade em todos os grupos de pacientes atendidos pela atenção primária.

REFERÊNCIAS

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.

ALMEIDA, M. A.; PERGHER, A. K.; CANTO, D. F. Validação do mapeamento de cuidados prescritos para pacientes ortopédicos à classificação das intervenções de enfermagem. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.18, n.1, 2010.

ALPIREZ, L.A. **Desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação do recém-nascido na primeira semana de saúde integral**. 2014. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas. 2014.

ANDERSON, R.M; FUNNELL, M.M. **Using the empowerment approach to help patients change behavior**. American Diabetes Association, 2002. Disponível em: <http://www.hphconferences.org/archive/vienna07/htm/plenaryabstracts/UsingEmpowerment.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2015.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E.M.B. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). **REMEA-Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, v. 27, 2012.

BERTONCELLO, K.C.G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida**. 2004. 247 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

BITTENCOURT, H.R. et al. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 22, n. 48, p. 91- 113, 2011.

BOAS, L.C.G.V.; FOSS-FREITAS, M.C.; PACE, A.E. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 268-273, 2014.

CAPRARA, A.; et al. Empoderamento do paciente diabético: autocuidado como modelo centrado na pessoa. In: SILVA, M.R.F.; MOLITERNO, L.A.A.; CUSTÓDIO, L.L.(Orgs.). **Avaliação, cuidado e promoção de saúde: Construção de Saberes e Práticas**. Fortaleza: Ed.UECE, 2015.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, Dec. 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en&nrm=iso_dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>. Acesso em: 26 jun. 2015.

CAVALCANTI, A.M. **Diabete Melito Tipo 2 : Diretriz de Atenção à Pessoa com Diabete Melito Tipo 2**. Curitiba : Secretaria Municipal da Saúde, 2010.

CORDIER, J.F. **The expert patient: towards a novel definition.** European Respiratory Journal. 44: 853-857, 2014. Disponível em: <<http://erj.ersjournals.com/content/44/4/853.full>>. Acesso em: 26 jun. 2015.

COSTA, G.L. et al. A criação de uma cartilha educativa para estimular a adesão ao tratamento do portador de Diabetes Mellitus Tipo 2. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 8, n. 2, 2014.

DINI, A. P.; FUGULIN, F. M. T.; VERÍSSIMO, M. de L. Ó. R.; GUIRARDELLO, E. B. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 3, p. 575-80, 2011.

DIÓGENES, M.A.R. et al. Insulinoterapia: conhecimento e práticas utilizadas por portadores de diabetes mellitus tipo 2. Insulin therapy: knowledge and practices used by patients with type 2 diabetes mellitus. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 6, p. 746-751, 2013.

FERRAZ, F. et al. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 5, p. 607-10, 2005.

FRASER, M.T.D; GONDIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a Entrevista na Pesquisa Qualitativa. **Paidéia**. Ribeirão Preto. v.14, n.28, pp. 139-152, 2004.

FREIRE, Paulo. **La naturaleza política de la educación**. Planeta-Agostini, 1994.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; LENARDT, M.H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 358-365, 2010.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Factsheets**. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

LOPES, A.A.F. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 486-500, 2015.
LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Research**. v. 35, n. 6, p. 382-5, 1986.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, v.14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MARINHO, N.B.P. et al. Risco para diabetes mellitus tipo 2 e fatores associados. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 6, p. 569-74, 2013.

MEINERT, L.; MARCON, C.; OLIVEIRA, L.D.B. Elaboração de cartilha educativa para paciente diabético como intervenção psicológica: um trabalho multiprofissional. **Psicologia para América Latina**, n. 22, p. 1-14, 2011.

MEINERT, L.; MARCON, C.; OLIVEIRA, L.D.B. Elaboração de cartilha educativa para paciente diabético como intervenção psicológica: um trabalho multiprofissional. **Psicol. Am.Lat., México**, n.22, ago. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2011000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2015.

MENDES, E.V. **O Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica : Diabetes Mellitus**. Brasília, 2013.

MONT“ALVÃO, C.; PEREIRA, A.; CASSEL, D. Análise de cartilhas educativas em saúde: uma contribuição da ergonomia informacional. **Blucher Design Proceedings**, v. 2, n. 1, p. 1488-1499, 2015.

MOYSÉS, S.T.; SILVEIRA FILHO, A.D.; MOYSÉS, S.J. **Laboratório de Inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, PARANÁ**. OMS, 2012.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**, v.13, n.3, p. 44-57, 2004.

OKAZAKI, K. **"Throw Your Hammer!" The Essence of Patient Empowerment in Diabetes**. YAKUGAKU ZASSHI-JOURNAL OF THE PHARMACEUTICAL SOCIETY OF JAPAN, v.135, 3.ed. p. 351-355. mar. 2015.

OLIVEIRA, T.C. **Construção e validação de manual sobre Burnout em professores**. 2015. 65f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2015.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 3, p. 873-882, 2013.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

PASQUALI, L. Princípio de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiq. Clin.** v. 25, n.5, p. 206-13, 1998.

PENA, M.T. **Empoderamento da pessoa com Diabetes tipo 2**. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Disponível em: <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/123456789/3949>. Acesso em: 27 jul. 2015.

RAMOS, L.M.H. **Cartilha educativa sobre Diabetes mellitus: Desenvolvimento de competências**. Monografia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

RUBIO, D.M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Washington, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.

SANTOS, N.O. **Tecnologia educacional para prevenção secundária do diabetes mellitus tipo II junto a idosos: estímulo para o desenvolvimento de competências e empoderamento**. 2010. 86 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem) -Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, 2010.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diabetes já atinge um milhão de crianças no Brasil**. Notícia, 2014. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/diabetes-na-imprensa/diabetes-ja-atinge-um-milhao-de-criancas-no-brasil>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

SCARPARO, A.F. et al. Reflexões sobre a técnica delphi em pesquisa na enfermagem. **Rev. Rene**, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FORTALEZA-CE. **Diretrizes clínicas: Diabetes Mellitus**, 2015.

SIQUEIRA, H.C.H.; ERDMANN, A.L. Construtivismo como método de pesquisa: possibilidade de geração de conhecimentos. **Rev Enferm UERJ**. 2007 abr/jun. v.15, n.2, p.291-297.

TANG, T.S.; FUNNELL, M.M.; BROWN, M.B.; KURLANDER, J.E. **Self-management support in “real-world” settings: an empowerment-based intervention**. Patient education and counseling v.79, p.178–184, 2009.

TELES, L.M.R. et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n. 6, p. 977-984, 2014.

WENDHAUSEN, Á.L.P.; BARBOSA, T.M.; BORBA, M.C. Empoderamento e Recursos para a Participação em Conselhos Gestores. **Saude soc.** v.15, n.3, p. 131-144, 2006.

WESTMORELAND, D. et al. Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. **Journal of Nursing Care Quality**, Frederick MD, v. 14, n. 4, p. 16-27, 2000.

WEYMANN, N.; HÄRTER, M.; DIRMAIER. **Information and decision support needs in patients with type 2 diabetes**. Health Informatics Journal. p. 1-14, 2014.

WONG, C.K.H.; WONG, W.C.W.; LAM, C.L.K.; WAN, Y.F.; WONG, W.H.T. et al. Effects of Patient Empowerment Programme (PEP) on Clinical Outcomes and Health Service Utilization in Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Care: **An Observational Matched Cohort Study**. PLoS ONE. v.9, n.5, p.95328, 2014.

World Health Organization (WHO). **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 31 ago. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Anuência Projeto Guarda-Chuva



PREFEITURA DE MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

À COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES IV

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: "EMPODERAMENTO E O GERENCIAMENTO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE".

Seguem algumas informações sobre o estudo: O pesquisador responsável é ANDREA CAPRARA, DOCENTE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ E COORDENADOR DO ESTUDO.

- A pesquisa será realizada nas UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (UAPS) DOM ALOÍSIO LORSCHIEDER E LUÍS ALBUQUERQUE MENDES, VINCULADAS À SECRETARIA REGIONAL IV.

- A coleta de dados ocorrerá durante o período de MARÇO A DEZEMBRO DE 2015.

- A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária a apresentação do parecer do CEP aprovando o estudo.

- Após a defesa, os pesquisadores deverão realizar uma apresentação oral dos resultados do estudo para a COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE DA SMS (COGTES/SMS) e entregar uma cópia impressa do trabalho para compor a biblioteca da COGTES/SMS. Comunicamos ainda que a COGTES/SMS emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 2 de fevereiro de 2015.

Maria Ivanília Tavares Timbó
Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadora de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da SMS

Ciente, *Flávia Ramalho*
13.03.2015

Flávia Maria Cavalcante Ribeiro
Assessora Técnica CORES IV
Enfermeira COREN-CE 115174

Rua Antonio Augusto, 1571 • Meireles • CEP 60.110-370 Fortaleza-Ceará, Brasil
85 3105 1473 / 3105 1471



APÊNDICE B - Instrumento Inicial (Por Blocos Conforme Sequência de Desenvolvimento)



Registro de Exercício**Mês/Ano:** _____

Semana	Tipo de Exercício	Frequência	Duração
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			

Como estou me Alimentando

Data: ____/____/____

	Horário	Histórico alimentar	Observações
Café			
Lanche			
Almoço			
Lanche da Tarde			
Jantar			
Ceia			

Data: ____/____/____

	Horário	Histórico alimentar	Observações
Café			
Lanche			
Almoço			
Lanche da Tarde			
Jantar			
Ceia			

Data: ____/____/____

	Horário	Histórico alimentar	Observações
Café			
Lanche			
Almoço			
Lanche da Tarde			
Jantar			
Ceia			

Realização/Apoio:

Projeto de Pesquisa Empoderamento e Autocuidado
em Doenças Crônicas



APÊNDICE C - Instrumento Pós-Avaliação do Público-Alvo (Por Blocos Conforme Sequência de Desenvolvimento)



MINHA IDENTIFICAÇÃO



Nome: _____

Como sou mais conhecido: _____

N.º Cartão do SUS: _____

Documento de identidade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino.

Endereço: _____ N.º: _____

Complemento: _____

Bairro: _____ Ponto de referência: _____

CEP: _____ - _____ Cidade: _____ Estado: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Telefone: _____ Celular: _____

Estado civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado () Outros

Minha escolaridade: () 8 anos ou mais () de 4 a 8 anos
() até 4 anos () Analfabeto

Sou aposentado: () Sim () Não

Minha ocupação antes de aposentar: _____

Minha ocupação atual: _____

Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Meus hábitos de vida: Fumo() Não() Sim() Fumo frequentemente()
Fumo raramente() Parei de fumar()

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____



MEU CONTROLE DE SAÚDE



DATA	META
PESO	*VR
PA	130/80
GLUCEMIA	*VR
HB GLICADA	*VR
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL	*VR
COLESTEROL TOTAL	200
HDL	70-100
LDL	50 F 40 M
TRIGLICERÍDEO	< 150
CREATINA SÉRICA	*VR
MICROABULMINURIA	*VR
TFG	*VR
TGO/AST E TPG/ALT	*VR
CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	*VR
URINA TIPO I	*VR
RELAÇÃO ABULMINA/CREATINA	*VR
TSH	*VR

*VALORES DE REFERÊNCIA

— COMO ESTOU ME ALIMENTANDO     —

Data: ___/___/___

Refeição	Horário	Histórico Alimentar	Observações
Café			
Lanche			
Almoço			
Lanche da tarde			
Jantar			
Ceia			

Data: ___/___/___

Refeição	Horário	Histórico Alimentar	Observações
Café			
Lanche			
Almoço			
Lanche da tarde			
Jantar			
Ceia			

Data: ___/___/___

Refeição	Horário	Histórico Alimentar	Observações
Café			
Lanche			
Almoço			
Lanche da tarde			
Jantar			
Ceia			

MONITORAMENTO DA GLICEMIA INDIVIDUALIZADA



TESTE	ADOLESCENTE	ADULTO	IDOSO	GESTANTE
GLICEMIA PLASMÁTICA DE JEJUM E PRÉ-PRANADIAL (mg/dl)	90 a 130	70 a 130	≤ 150	< 95
GLICEMIA 2 HORAS PÓS-PRANDIAL (mg/dl)	90 a 150	< 160	< 180	< 120
HbA1c (%)	< 7,5%	< 7,5%	< 8%	< 6%

DATA	COMPRIMIDOS/DOSE DE INSULINA	CAFÉ DA MANHÃ		ALMOÇO		JANTAR		NOITE		OBSERVAÇÕES (EX: SINTOMAS DE HIPOGLICEMIA)
		ANTES	2H DEPOIS	ANTES	2H DEPOIS	ANTES	2H DEPOIS	ANTES	2H DEPOIS	

* ATENÇÃO: Os testes feitos antes das refeições devem ser feitos antes das injeções ou de tomar a medicação.
 ** Adaptado das diretrizes clínicas diabetes mellitus - SMS/Foraleza

REGISTRO DE EXERCÍCIOS



Mês/Ano: _____

Semana:	Tipo de Exercício:	Frequência	Duração:
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

Realização/Apoio:
Projeto de Pesquisa Empoderamento e
Autocuidado em Doenças Crônicas

Expediente:
Texto e Diagramação: Lucimar Bóh e Brígia Amaro (01623JPCE)
Projeto Gráfico: Clemlilton Barreto



APÊNDICE D - Caderneta “Tempo de Saúde: Como Cuidar do Meu Diabetes” Versão Após Avaliação Dos Experts.



MINHA IDENTIFICAÇÃO



Nome: _____

Como sou mais conhecido: _____

N.º Cartão do SUS: _____

Posto de Saúde em que sou atendido: _____

Equipe de Agentes Comunitários de Saúde-ACS de seu domicílio:

Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____

Documento de identidade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino.

Endereço: _____ N.º: _____

Complemento: _____

Bairro: _____ Ponto de referência: _____

CEP: _____ - _____ Cidade: _____ Estado: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Telefone: _____ Celular: _____

Estado civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado () Outros

Minha escolaridade: () 8 anos ou mais () de 4 a 8 anos

() até 4 anos () não estudei

Sou aposentado: () Sim () Não

Minha ocupação antes de aposentar: _____

Minha ocupação atual: _____

Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Meus hábitos de vida: Fumo: () sim () não

Bebo: () sim () não

Pratico atividade física: () sim () não

Tenho Alergias? () não () sim. Quais? _____

MINHAS MEDICAÇÕES DIÁRIAS

Medicamento 	Manhã 	Tarde 	Noite 



MEU CONTROLE DE SAÚDE



DATA																						META
PESO																						*VR
PA																						130/80
GLICEMIA																						*VR
HB GLICADA																						*VR
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL																						*VR
COLESTEROL TOTAL																						200
HDL																						70-100
LDL																						50 F 40 M
TRIGLICERÍDEO																						< 150
CREATINA SÉRICA																						*VR
MICROALBUMINURIA																						*VR
TFG																						*VR
TGO/AST E TPG/ALT																						*VR
CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)																						*VR
URINA TIPO I																						*VR
RELAÇÃO ABULMINA/CREATINA																						*VR
TSH																						*VR

*VALORES DE REFERÊNCIA

— REGISTRO DE EXERCÍCIOS —

Mês/Ano: _____

Semana:	Tipo de Exercício:	Frequência	Duração:
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

— COMO ESTOU ME ALIMENTANDO?     —

Data: ___/___/___

Refeição	Horário	O que comi?
Café		
Lanche		
Almoço		
Lanche da tarde		
Jantar		
Ceia		

Observações: _____

Data: ___/___/___

Refeição	Horário	O que comi?
Café		
Lanche		
Almoço		
Lanche da tarde		
Jantar		
Ceia		

Observações: _____

— RECOMENDAÇÕES SOBRE ALIMENTOS —

É bom comer:



Não é bom comer:



— SAIBA MAIS —

Fique atento para alguns fatores de risco para diabetes mellitus(DM) tipo 2

- Idade maior que 45 anos
- Sedentarismo
- sobrepeso ou obesidade ($IMC = \text{peso(Kg)}/\text{altura(cm)}^2 > 25\text{kg/cm}^2$)
- obesidade central, verificada através da circunferência abdominal (CA > 102 cm em homens e > 88cm em mulheres)
- Antecedentes familiar de DM (parentes de 1º grau)
- Hipertensão arterial sistêmica (PA > 140/90 mmHg)
- Colesterol HDL $\leq 35\text{mg/dl}$ e/ou triglicérides $\geq 150\text{mg/dl}$
- História de doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida

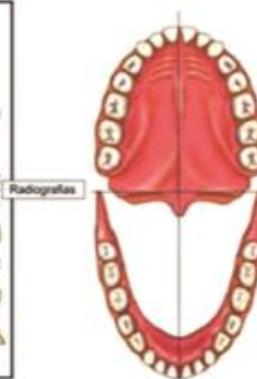
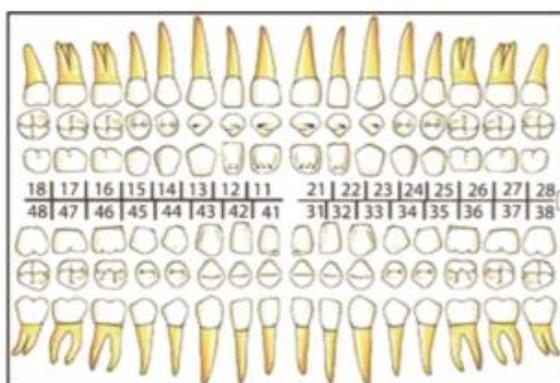


COMO ESTOU CUIDANDO DA MINHA SAÚDE BUCAL?



Ínioio do Tratamento: ___/___/___ Término: ___/___/___

Interrupção: _____



Observações da consulta ao Dentista: ___/___/___

Observações da consulta ao Dentista: ___/___/___

OBSERVAÇÕES DA MINHA SAÚDE: 

Profissional: _____ / /

Realização/Apoio:
Projeto de Pesquisa Empoderamento e
Autocuidado em Doenças Crônicas

Expediente:
Texto e Diagramação: Lucimar Bóh e Brígia Amaro (01623JPCE)
Projeto Gráfico: Clemilton Barreto



APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **Desenvolvimento e Validação de um instrumento auxiliador do empoderamento e autocuidado de Diabéticos Tipo 2**. Sua participação é voluntária e seu papel na pesquisa será de expert, onde irá avaliar o conteúdo do instrumento, e caso julgue necessário sugerir alterações, contribuindo dessa maneira no processo de validação do instrumento.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, assim se você apresentar alguma situação indesejada relacionada com a pesquisa, peço que você comunique imediatamente para que se possa tomar todas as providências assistenciais e monitoramento do caso até sua resolatividade final. Se você aceitar participar, estará contribuindo para : Desenvolver uma tecnologia assistencial que poderá ser modelo para o Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, na Atenção Primária à Saúde. Colaborar para o autocuidado do paciente diabético com sensibilidade ao seu empoderamento.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o coordenador da pesquisa no endereço: Av. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, ou pelo telefone (85) 3101-9914. Se necessário poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE através do telefone (85) 3101-9890 ou pelo e-mail: cep@uece.br.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser.

Fortaleza-

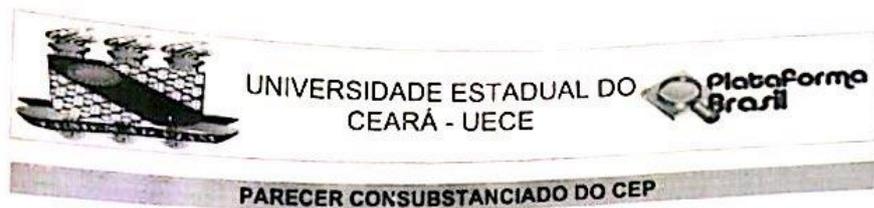
CE ___/ ___/201_.

Participante

Andrea Caprara – Coordenador da Pesquisa

ANEXO

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: EMPODERAMENTO E O GERENCIAMENTO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES EM CONDIÇÕES CRÔNICAS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Pesquisador: Andrea Caprara

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46818015 5 0000.5534

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.236.392

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa visa compreender a gestão do autocuidado junto aos pacientes com condições crônicas, em particular, diabetes mellitus, assim como desenvolver ferramentas para fortalecer o autocuidado na Atenção Primária no município de Fortaleza-CE. A pesquisa será realizada no período entre 2015 a 2017 em três Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional (SER IV e V) da capital cearense, os participantes da pesquisa serão profissionais de Equipes de Saúde da Família em suas diversas categorias, como também os pacientes dessas equipes que sejam portadores de Diabetes Mellitus. Como método de coleta de dados será utilizado entrevistas, grupo focal e observação participante. Acredita-se que estas três formas de se coletar dados fornecem a rica possibilidade de triangular as informações encontradas, após a coleta será realizado um total de dez oficinas de conscientização, quatro com os profissionais e seis com os pacientes, o desenvolvimento das oficinas será por meio do círculo de cultura no intuito de desenvolver ferramentas junto aos pacientes e profissionais da Estratégia Saúde da Família para fortalecer o autocuidado. A análise dos dados será por meio do software Qualitative Solutions Research Nvivo (QSR), versão 2.0. Inicialmente serão transpostos todos os dados para o software na forma de documentos com a extensão *.rtf (rich text format) disponível no Microsoft Word. Assim, os passos realizados na aplicação do N-vivo serão: 1)

Endereço: Av Sílvia Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9999

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer 1.236.392

Codificação ou Categorização – representação de uma categoria ou ideia abstrata onde é possível armazenar sua definição” 2) Conceituação das Categorias, 3) Agrupamento, e 4) Análise dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o gerenciamento do autocuidado junto aos pacientes com condições crônicas, em particular, diabetes mellitus na Atenção Primária no município de Fortaleza - CE

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador ressalta o cuidado no que se refere aos possíveis riscos que venham a ocorrer e assegura a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem e o compromisso de não utilizar os resultados para objetivos contrários aos do estudo, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Quanto aos benefícios, a pesquisa trará uma maior consciência da importância do tratamento, não apenas pelos profissionais, mas pelos pacientes com Diabetes Mellitus, com isto o gerenciamento do autocuidado será mais eficiente, e com isso as várias repercussões que na qualidade de vida deste paciente crônico. Buscará também, com os resultados obtidos, identificar pontos-chaves na melhora de políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e de grande importância, e espera-se que seus resultados repercuta na melhoria da saúde da população cearense.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram anexados e estão adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Posição	Autor	Situação
Outros	APÊNDICE A.pdf	16/01/2015 12:42:08		Aceito
Outros	APÊNDICE B.pdf	16/01/2015 13:44:42		Aceito
Outros	APÊNDICE C.pdf	16/01/2015		Aceito

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.236.392

Outros	APÊNDICE C.pdf	13.44.56		Aceito
Outros	APÊNDICE D.pdf	16/01/2015 13.45.30		Aceito
Outros	APÊNDICE E.pdf	16/01/2015 13.46.20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APÊNDICE F.pdf	16/01/2015 13.46.33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APÊNDICE G.pdf	16/01/2015 13.46.44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	proposta do projeto CNPQ universal.FINAL_JANEIRO2015.pdf	26/02/2015 10.04.06		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_451741.pdf	26/02/2015 10.08.04		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto projeto empoderamento diabetes 001.jpg	30/06/2015 12.19.01		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_451741.pdf	01/07/2015 21.20.33		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 20 de Setembro de 2015

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br