UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FABIANA ARRUDA XAVIER DE CASTRO

# Instrumentos de avaliação do cuidado em diabetes na perspectiva do paciente e da equipe multiprofissional

RIBEIRÃO PRETO
2018

FABIANA ARRUDA XAVIER DE CASTRO

# Instrumentos de avaliação do cuidado em diabetes na perspectiva do paciente e da equipe multiprofissional

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientador: Profa. Dra. Carla Regina de Souza Teixeira

RIBEIRÃO PRETO
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Castro, Fabiana Arruda Xavier de

Instrumentos de avaliação do cuidado em diabetes na perspectiva do paciente e da equipe multiprofissional. Ribeirão Preto, 2018.

70 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Profa. Dra. Carla Regina de Souza Teixeira

1. Diabetes mellitus. 2. Avaliação em saúde. 3.Equipe.

CASTRO, Fabiana Arruda Xavier de

Instrumentos de avaliação do cuidado em diabetes na perspectiva do paciente e da equipe multiprofissional

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

## *DEDICATÓRIA*

*À **DEUS**,*

*Dedico este trabalho primeiramente a **Deus**, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, refúgio, socorro presente sempre em minha vida, sobretudo em momentos de angustia e aflição.*

*"Feliz é o homem que persevera na provação, porque depois de aprovado receberá a coroa da vida, que Deus prometeu aos que o amam" (Tiago 1:12)*

*Dedico este trabalho aos meus **pais**, pelo apoio incondicional e amor constante oferecidos durante toda a minha vida, que de muitas formas me incentivaram e ajudaram na concretização deste trabalho:*

*À minha mãe **Anália***

*...que de maneira singela me ensinou a prosseguir na estrada da vida com leveza e simplicidade, sempre me ensinado a ser persistente e paciente nos momentos menos felizes!!*

*Ao meu Pai **Carlos***

*...que sempre acreditou em minha garra, me proporcionando os estudos e condições necessárias para o alcance do sucesso, sempre destacando a importância da honestidade e justiça!!*

*Ao meu irmão **Fábio***

*...que me transmitiu força e confiança para crescer e ser melhor a cada dia, sempre!!*

*Ao meu esposo, **Thiago***

*...que me inspirou, compreendeu e amparou, no dia a dia, desde o início do processo até a concretização desse ideal. Que tornou caminhada mais leve, ao compartilhar cada alegria e cada angustia apoio em momentos difíceis!!*

*AGRADECIMENTO ESPECIAL*

*À Prof.ª Dr.ª **Carla Regina de Souza Teixeira**, orientadora deste trabalho, agradeço pela disposição em ouvir, pelo diálogo, dedicação, colaboração, paciência, amizade, apoio e compreensão que me ofereceu em minha trajetória acadêmica do mestrado!*

*"Não se pode ensinar tudo a alguém, pode-se apenas ajudá-lo a encontrar por si mesmo o caminho"*
*(Galileu Galilei)*

*Obrigada querida professora **Carla** pelos constantes questionamentos que resultavam em profundas reflexões e aprendizados. Muito obrigado, pelo incansável e inegável esforço em me compreender e ajudar, na realização do mestrado.*
*Obrigada por acreditar e valorizar meu desejo/sonho em me tornar mestre. Aos poucos, querida professora percebia o quanto te admirava, ...e muito!*
*Muitíssimo obrigada por tudo!!*

*"A gratidão é a memória do coração"*
*(Jean Baptiste Massieu)*

*AGRADECIMENTOS*

*À Prof.ª Drª* ***Maria Lucia Zanetti***
*Pelos ensinamentos valiosos e pela qualidade das sugestões realizadas assim como pelas contribuições no exame de qualificação.*

*À Prof.ª Drª* ***Ana Emília Pace***
*Pela atenção dispensada e pelas contribuições no exame de qualificação as quais enriqueceram meu estudo.*

*Aos* ***amigos*** *e* ***docentes*** *do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus (PAMHADM) pela colaboração durante a participação no programa e pela contribuição na redação de um dos artigos deste trabalho:*

*À Drª* ***Maria Teresa da Costa Gonçalves Torquato***

*Ao Prof. Dr.* ***Sinval Avelino dos Santos***

*À Prof.ª Ma.* ***Joceli Mara Magna***

*Ao Ms.* ***Dílson Braz da Silva Junior***

*A todas as queridas amigas* ***(Ana Caroline Botta, Annae Lui Sandrin, Camila Ferreira Guimarães, Elliz Emanuelle Torres da Silva, Gabriela Pap da Silva, Giovanna Inácio de Godoi, Patrícia Santos Zanotti, Priscila Ambrozio de Oliveira, Renata Cristina Candido Carvalho)*** *que, direta ou indiretamente contribuíram com carinho, companheirismo e atenção para a construção desse trabalho.*

## RESUMO

CASTRO, Fabiana Arruda Xavier de. **Instrumento de avaliação do cuidado em diabetes na perspectiva do paciente e da equipe multiprofissional.** Ribeirão Preto, 2018. 70f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

O crescimento das doenças crônicas não-transmissíveis está relacionado ao envelhecimento da população, à rápida urbanização não planejada, e à globalização de estilos de vida insalubres, entre outros. Nessa direção, as doenças crônicas não-transmissíveis têm sido reconhecidas como um problema de saúde pública nacional e internacional e está elencada como prioridade na agenda nacional de pesquisa em saúde no Brasil, com destaque para o cuidado em diabetes mellitus. A Enfermagem em consonância com as políticas públicas da Organização Mundial e Ministério da Saúde desenvolve atividades de atenção em saúde às populações com condições crônicas visando o gerenciamento das doenças nos diferentes níveis de atenção. Para o avanço do conhecimento com repercussões no ensino, pesquisa e assistência, um objetivo estratégico é a expansão de estudos que visem à melhoria da relação custo-efetividade de forma sustentável aos cuidados e gerenciamento em condições crônicas. No entanto, constata-se que ainda há lacunas na produção e utilização do conhecimento voltado para a primeira etapa do processo de Enfermagem que é a coleta de dados. Desse modo, é preciso ampliar evidencias acerca de instrumentos que subsidiem as informações do paciente com diabetes, mas em duas óticas diferenciadas, uma sob o olhar da perspectiva multiprofissional, e a outra da perspectiva do paciente na avaliação do seu cuidado, como elemento essencial para o desenvolvimento no setor saúde. Na expectativa de fornecer evidências científicas que possam instrumentalizar profissionais e pacientes no gerenciamento das condições crônicas, esta dissertação apresenta a validação de dois instrumentos de coleta de dados do paciente com diabetes. O primeiro, realizou uma validação do Roteiro para Atendimento Multiprofissional à pessoa com Diabetes Mellitus e /ou Hipertensão Arterial segundo a análise semântica e de conteúdo. E o segundo a validação de correspondência e fatorial do instrumento *Patient Assessment Chronic Illness Care* (PACIC). Desta forma, torna-se disponível dois instrumentos, um o Roteiro para Atendimento Multiprofissional à pessoa com Diabetes Mellitus e /ou Hipertensão Arterial e o outro a versão brasileira do PACIC, ambos, válidos e reprodutíveis, o que pode contribuir para a assistência de pessoas com condições crônicas.



Palavras chaves: Coleta de dados. Enfermagem. Equipe de Assistência ao paciente. Diabetes *mellitus*.

**ABSTRACT**

CASTRO, Fabiana Arruda Xavier de. **Instruments of assessment of diabetes care from the perspective of the patient and the multiprofessional care.** Ribeirão Preto, 2018. 70f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

The growth of nontransmissible chronic diseases is related to the population aging, fast and unplanned urbanization, globalization, and unhealthy lifestyles, among others. In this sense, nontransmissible chronic diseases have been recognized as a national and international public health problem, being classified as a priority in the Brazilian national health research agenda, in which diabetes mellitus care stands out. In consonance with public policies of the World Health Organization and the Brazilian Ministry of Health, the nursing field develops healthcare activities to the population with chronic conditions, aiming at the management of diseases at different healthcare levels. In order to broaden knowledge and impact teaching, research and care, a strategic objective is increasing studies aimed at improving the cost-effectiveness relationship of care and the management of chronic conditions in a sustainable manner. However, there are still gaps in the production and use of knowledge aimed at the first step of the nursing process, that is, data collection. Hence, it is necessary to broaden evidence on the instruments that support the information of patients with diabetes, from two different angles – one under the multiprofessional perspective, and the other from the perspective of patients in the assessment of their care, as an essential element for the development of the health sector. With the intention to provide scientific evidence that can support professionals and patients in the management of chronic diseases, this dissertation presents the validation of two data collections instruments for patients with diabetes. The first was the validation of a Multiprofessional Care Script for People with Diabetes Mellitus and/or Arterial Hypertension, according to a semantic and content analysis. And the second was the correspondence and factor validation of the instrument Patient Assessment Chronic Illness Care (PACIC). Therefore, two instruments were made available, the Multiprofessional Care Script for People with Diabetes Mellitus and/or Arterial Hypertension and the Brazilian version of the PACIC. Both instruments are valid and reproducible, and can contribute to the care of people with chronic conditions

Keywords: Data collection. Nursing. Multiprofessional Care. Diabetes *mellitus*.

## RESUMEN

CASTRO, Fabiana Arruda Xavier de. **Instrumentos de evaluación del cuidado de la diabetes en la perspectiva del paciente y del equipo multiprofesional.** Ribeirão Preto, 2018. 70f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

El crecimiento de las enfermedades crónicas no contagiosas está relacionado al envejecimiento de la población, a la rápida urbanización no planificada y a la globalización de estilos de vida insalubres, entre otros factores. En consecuencia, las enfermedades crónicas no contagiosas fueron reconocidas como problema de salud pública nacional e internacional, constando como prioridad en la agenda nacional de investigación de salud en Brasil, enfatizándose el cuidado en la diabetes mellitus. La Enfermería, en consonancia con las políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud, desarrolla actividades de cuidado en salud a la población con condiciones crónicas, apuntando al gerenciamiento de las enfermedades en los diferentes niveles de atención. Para que avance el conocimiento con repercusiones en la enseñanza, investigación y atención, constituye un objetivo estratégico la proliferación de estudios que busquen mejorar la relación costo-efectividad de manera sostenible en el cuidado y gerenciamiento de condiciones crónicas. Sin embargo, existen aún vacíos en la producción y utilización del conocimiento orientado a la primera etapa del proceso de Enfermería, el de recolección de datos. Por eso, es preciso aumentar evidencias acerca de instrumentos que respalden la información del paciente con diabetes en dos visiones diferenciadas. Una, en la perspectiva multiprofesional; la otra, desde la perspectiva del paciente en la evaluación de su atención, como elemento esencial para el desarrollo del sector salud. Con la expectativa de brindar evidencias científicas capaces de instrumentalizar a profesionales y pacientes en el gerenciamiento de las condiciones clínicas, esta disertación presenta la validación de dos instrumentos de recolección de datos para pacientes con diabetes. El primero es una validación de la Rutina para Atención Multiprofesional de la Persona con Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial, según análisis semántico y de contenido. El segundo, la validación de correspondencia y factorial del instrumento *Patient Assessment Chronic Illness Care* (PACIC). Así, se ponen a disposición dos instrumentos, una Rutina de Atención Multiprofesional de la Persona con Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial, y la versión brasileña del PACIC, ambos válidos y reproducibles, contribuyendo en la atención de personas con condiciones crónicas



Palabras llaves: Recolección de datos. Enfermeria. Atención Multiprofesional. Diabetes *mellitus.*

## LISTA DE SIGLAS

| | |
|---|---|
| ADA | American Diabetes Association |
| DCNTs | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DM | Diabetes *mellitus* |
| HA | Hipertensão Arterial Sistemica |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| *PACIC* | *Patient Assessment Chronic Illness Care* |
| PAMHADM | Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus |
| RAM-DMHA | Roteiro para o Atendimento Multiprofissional à pessoa com DM e/ou HA |
| SIS/HIPERDIA | Sistema de Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| WHO | World Health Organization |

**SUMÁRIO**


1 INTRODUÇÃO..... 11

2 OBJETIVOS..... 17

3 ARTIGOS..... 19
3.1 Artigo 1..... 20
3.2 Artigo2..... 37

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 50

REFERENCIAS..... 53

APÊNDICES..... 56

ANEXOS..... 68

# 1 INTRODUÇÃO

Sabemos que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) constituem uma das prioridades de saúde pública no Brasil e no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2003; BRASIL, 2011; SCHMIDT et al., 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2010).

O Relatório da Organização Mundial da Saúde que aborda a situação mundial sobre doenças não -transmissíveis publicado, em 2010, aponta como foco principal os quatro grupos de DCNTs: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes ([1]) e doença respiratória crônica. Outras doenças, tais como doenças gastrointestinais, doenças renais, neurológicas e transtornos mentais de saúde também foram incluídas (WHO, 2010).

Essa situação impõe busca de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNTs, no Brasil. Nessa direção, o Ministério da Saúde publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs), para o período de 2011-2022. Esse Plano tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNTs e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas no Brasil (BRASIL, 2011).

As DCNTs são causadas, principalmente, por quatro fatores de risco comportamentais compartilhados: o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física e o uso nocivo do álcool. Esses comportamentos levam a quatro importantes alterações metabólicas ou fisiológicas: o aumento da pressão arterial, o sobrepeso e a obesidade, a hiperglicemia e a dislipidemia. Em termos de mortes atribuíveis, o principal fator de risco é o aumento da pressão arterial, para o qual 13% das mortes mundiais são atribuídas, seguido pelo uso de tabaco (9%), hiperglicemia (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2010).

Destaca-se o diabetes *mellitus* (DM) que corresponde a um grupo de alterações metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina e/ou em ambas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA), 2011; SBD, 2007a).

A estimativa de prevalência do DM para 2010 apontou que a prevalência mundial de diabetes entre adultos (20-79 anos) será de 6,4%, atingindo 285.000 mil

[1] Considere-se a doença diabetes *mellitus*, também apresentada no texto com a sigla DM.

adultos. A projeção de prevalência na idade adulta será de 7,7%, com 439 milhões de adultos até 2030. Entre 2010 e 2030, haverá um aumento de 69% no número de adultos com diabetes nos países em desenvolvimento e um aumento de 20% nos países desenvolvidos (SCHAW; SICREE; ZIMMET, 2010).

Estudo multicêntrico de base populacional, realizado em 1990 em nove capitais de estados brasileiros, evidenciou que 46% dos casos encontrados desconheciam o diagnóstico da doença previamente. Evidenciou-se, também, que a prevalência do diabetes e a tolerância à glicose diminuída em população urbana, entre 30 e 69 anos de idade, são de 7,6 e 7,8%, respectivamente (MALERBI; FRANCO, 1992).

Outro estudo, de prevalência de DM e intolerância à glicose realizado no município de Ribeirão Preto-SP no período de 1996 a 1997, mostrou prevalência semelhante àquela observada em países em desenvolvimento, ou seja, 12,1 e 7,7%, respectivamente (TORQUATO et al., 2003). Estudo semelhante na cidade de São Carlos-SP, realizado em 2008, evidenciou a prevalência de DM em 13,5% (BOSI et al., 2009). Outro estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto-SP, em 2005-2007, demonstrou o aumento para 15,01% (MORAES et al., 2010).

No Brasil, somente a partir de 2002 é que foi implantado um registro nacional de diabetes mellitus e hipertensão arterial denominado Sistema de Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes – SIS/HIPERDIA. Dados obtidos a partir desse sistema apontam que a carga associada à doença representa mais de 1,6 milhão de casos registrados de diabetes: 4,3% desses casos registrados tinham transtorno do pé diabético e 2,2% uma amputação prévia, 7,8% tinham doença renal, 7,8% haviam tido infarto do miocárdio e 8,0% haviam tido acidente cerebral encefálico. O pareamento entre esses dados e o Sistema de Informações de Mortalidade mostra a carga de mortalidade atribuível ao diabetes: a mortalidade padronizada por idade e sexo em indivíduos com DM foi 57% mais alta que na população em geral (SCHMIDT et al., 2011).

A atenção básica vem sendo fornecida cada vez mais por equipes da Estratégia Saúde da Família, cuja expansão progressiva melhorou o acesso ao cuidado integral e contínuo, propiciando, assim, uma plataforma para a prevenção e o gerenciamento das doenças crônicas uma vez que o Sistema Único de Saúde – SUS tem como um dos princípios o acesso universal da população a todos os níveis de cuidado (PAIM et al., 2011).

Desse modo, as DCNTs estão rapidamente se tornando prioridade em saúde pública no Brasil e ações para sua prevenção e controle têm sido implementadas. Embora nem sempre haja uma avaliação formal, o SUS tem realizado grandes avanços, entre eles destacam-se a implantação de intervenções altamente custo-efetivas, como o controle do tabaco e a ampla distribuição de medicamentos àqueles que têm alto risco de desenvolver doenças cardiovasculares. No entanto, muito mais pode ser feito (BEAGLEHOLE et al., 2007; GAZIANO; GALEA; REDDY, 2007).

Portanto, um objetivo estratégico fundamental para os serviços de saúde onde os recursos são limitados é melhorar o acesso à relação custo-efetividade de forma sustentável para os cuidados em saúde. Nessa direção, é preciso buscar preencher as lacunas em relação à prevenção e ao controle das DCNTs nos sistemas de saúde com intervenções que reduzam ônus socioeconômico da sociedade (WHO, 2010).

As pessoas com diabetes devem receber cuidados em saúde por equipe multiprofissional em saúde. O trabalho multiprofissional não é estático, nem compartimentado. O que muitas vezes é chamado de equipe multiprofissional, na realidade é um grupamento de profissionais de áreas diferentes. Um grupo de profissionais só se configura como equipe, quando opera de modo cooperativo, convergindo seus objetivos, de forma que haja complementariedade e não a soma ou superposição de conhecimentos (CAMPOS, 1992). As equipes podem incluir, mas não estão limitados aos médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e profissionais de saúde mental, com experiência e interesse em diabetes. No entanto é essencial que a equipe seja colaborativa e integrada e que favoreça o papel ativo dos indivíduos com DM em seu autocuidado (ADA, 2011).

Nessa direção, os programas educativos voltados para o autocuidado são vistos como vitais para a prevenção de complicações naqueles indivíduos de alto risco e com resultados efetivos de controle para a população com DCNT. Autocuidado é definido pela OMS como "as atividades que os indivíduos, famílias e comunidades se comprometem com a intenção de melhorar a saúde, prevenção de doenças, limitar a doença e restaurar a saúde" (WHO, 2010).

Na expectativa de melhorar a capacidade dos pacientes no gerenciamento de sua condição crônica, são utilizadas diversas estratégias, técnicas, abordagens em grupos e tecnologias de comunicação que visam a aumentar o interesse e o

envolvimento das pessoas em suas próprias decisões relacionadas ao cuidado em saúde.

Dessa forma, a educação em diabetes para a automanejo é um elemento crítico do cuidado para todos os pacientes com diabetes (ANDERSON et al., 2009).

A educação em diabetes deve acompanhar a evolução do conhecimento, estratégias de tratamento e educativas, intervenções psicossociais, e o ambiente de cuidados de saúde em constante transformação (FUNNELL; ANDERSON, 2007). A educação é reconhecida como um importante papel do profissional cuidador. As ações de ensino têm sido desenvolvidas e voltadas ao cuidado dos indivíduos, famílias, mas também à educação de outros enfermeiros para a prática profissional (BASTABLE, 2010). Os enfermeiros são considerados agentes de informação, por isso muitos desafios e oportunidades surgem na promoção do cuidado nos dias de hoje. À medida que os enfermeiros respondem às tendências sociais, econômicas, éticas e políticas no cuidado em saúde, o principal desafio é ser capaz de demonstrar, por meio de pesquisa e da ação, que existem laços definitivos entre a educação e os resultados comportamentais positivos do aprendiz (BASTABLE, 2010).

Os sistemas de saúde, em muitos países, apresentam lacunas na prestação dos padrões mínimos de atenção à saúde das pessoas com DCNT. As lacunas existentes estão presentes no âmbito do governo, suas políticas e planos, como também os sistemas de informação em saúde, e o acesso a tecnologias e aos medicamentos essenciais no tratamento (WHO, 2010).

Dessa forma, parcerias, dentro e fora dos sistemas de saúde, desempenham um papel-chave no sucesso da prevenção e controle das DCNTs. Essas parcerias incluem a colaboração entre as equipes de saúde, pacientes, famílias, comunidades e outros parceiros relevantes. Quase 90% dos países já relataram a existência de parcerias ou colaborações na implementação de ações em DCNTs.

Essas parcerias estão relacionadas a mecanismos em funcionamento tais como a colaboração intersetorial por meio de ações interdepartamentais, comitês, comissões ministeriais, universidades, instituições não governamentais e sociedade civil. No entanto, ainda é preciso avaliar a eficácia e o impacto dessas parcerias como instrumento para acelerar o progresso da prevenção em DCNTs (WHO, 2010).

No Brasil, um dos desafios atuais é a ampliação de vínculos com instituições acadêmicas, por meio de uma agenda de pesquisas adequadamente

direcionada e articulada ao planejamento e à avaliação em todos os níveis de atendimento da rede pública de saúde e na qualificação dos profissionais de saúde que trabalham no SUS (SCHMIDT et al., 2011). Nesse cenário, a enfermagem na atenção à saúde em diabetes mellitus desenvolve um papel relevante e desafiador no preenchimento de lacunas.

Desta forma, a parceria existente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto com a secretaria municipal da saúde, em especial, junto ao Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão arterial e Diabetes mellitus é a mola propulsora dos dois trabalhos apresentados. Ambos os artigos foram aprovados para publicação na revista TEMPUS Actas de Saúde Coletiva.

O primeiro refere-se à "Validação do roteiro de atendimento multiprofissional à pessoa com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial", em que se busca contribuir com a avaliação do cuidado em diabetes na perspectiva de uma equipe multiprofissional.

E o segundo, refere-se à validação do instrumento Patient Assessment Chronic Illness Care (PACIC) em pacientes diabéticos brasileiros, que busca contribuir com a avaliação do cuidado em diabetes na perspectiva do paciente.

# 2 OBJETIVOS

- Validar o Roteiro para Atendimento Multiprofissional à pessoa com Diabetes Mellitus e /ou Hipertensão Arterial segundo a análise semântica e de conteúdo;

- Validar o instrumento PACIC em pacientes com DM no Brasil segundo a análise fatorial e de correspondência.

# 3 ARTIGOS

## 3.1 ARTIGO 1

**Validação do roteiro de atendimento multiprofissional à pessoa com Diabetes *Mellitus* e/ou Hipertensão Arterial**

Validation of multidisciplinary care script for people with Diabetes Mellitus and / or Hypertension

La validación de la escritura multidisciplinario persona con el cuidado de la diabetes Mellitus y / o hipertensión

Fabiana Arruda Xavier de Castro[2], Carla Regina de Souza Teixeira[3*], Maria Teresa da Costa Gonçalves Torquato[4], Sinval Avelino dos Santos[5], Joceli Mara Magna[6], Dílson Braz da Silva Junior[7], Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo[7]

[2] Enfermeira. Mestranda pela Escola de Enfermagem EERP/USP-RP. Endereço: Rua João Nogueira, n.130, Bairro: Jardim Paiva. Telefone:(16)99711-7039; E-mail: enf.bia@usp.br.

* 2 Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem Fundamental pela EERP/USP-RP. Livre Docente da EERP/USP. Endereço: Avenida Bandeirantes 3900/cidade universitária. Telefone (16) 997018399; E-mail: carlarst@eerp.usp.br

[4] Médica, Doutora pela FMRP. Médica colaboradora do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP. E- mail: tttorquatto@yahoo.com.br

[5]Enfermeiro e Educador físico. Doutor e Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP-RP. E-mail: sinval.avelino@yahoo.com.br

[6] Psicóloga. Mestre em Saúde Mental pela FMRP-USP. Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e supervisora da área de Psicologia do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão e Diabetes. E-mail: jomagna@gmail.com.

[7] Farmacêutico. Mestre em Ciências Farmacêuticas pela FCFRP-USP. Coordenador do Programa de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto/SP. E-mail: dilsonjr@yahoo.com.br

[7] Terapeuta Ocupacional. Doutora e Mestre em Ciência da Psicologia pela FFCLRP/USP. Docente da UNIFESP *campus* Baixada Santista. Rua Silva jardim, 136 Vila Mathias – Santos. E-mail: uchoalucia@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo**: Validar o Roteiro para Atendimento Multiprofissional à pessoa com Diabetes *Mellitus* e /ou Hipertensão Arterial segundo a análise semântica e de conteúdo.
**Material e métodos**: Estudo metodológico conduzido no interior paulista no qual participaram quinze juízes com experiência na atuação multiprofissional em condições crônicas. O instrumento foi avaliado quanto a aspectos relacionados a clareza; coerência; qualidade da entrevista; formatação do roteiro; dificuldades de aplicação e sugestões dos juízes. As falas apresentadas nessas discussões foram gravadas, transcritas e anotadas.
**Resultados**: A maioria dos juízes concordaram com aspectos de clareza do instrumento e sugeriram alterações de formatação e coerência das questões. As dificuldades apontadas referiram-se à coleta da informação de aspectos psicológicos e exame dos pés.
**Conclusões**: O instrumento validado permite a coleta de dados de maneira ampliada em um Programa de Aprimoramento Multiprofissional. Por permitir a validação de um instrumento (RAM-DMHA) pode-se afirmar que este estudo alcançou o objetivo proposto sendo necessária estratégias de capacitação permanente nos serviços de saúde.

**Descritores**: Atenção primária, Diabetes, Estudos de validação, Hipertensão.


## ABSTRACT

**Objective**: Validate the Roadmap for Multiprofessional Care to the person with Diabetes Mellitus and / or Arterial Hypertension according to the semantic and content analysis.
**Methods**: A methodological study conducted in the interior of São Paulo in which fifteen Judges with experience in multiprofessional performance in chronic conditions. The instrument was evaluated for aspects clarity; coherence; interview quality; formatting script; enforcement difficulties and suggestions of the judges. The statements presented in these discussions were recorded, transcribed and annotated.
**Results**: The majority of the judges agreed with the instrument clearly aspects and suggested formatting changes and consistency issues. The difficulties mentioned were related to the collection of information and psychological examination of the feet.
**Conclusions**: The validated instrument allows the data collection in an extended way in a Multiprofessional Improvement Program. By allowing the validation of an instrument (RAM-DMHA) it can be affirmed that this study reached the proposed goal, and it requires permanent training strategies in the health services.

**Key words**: Primary attention, Diabetes, Validation studies, Hypertension.


## RESUMEN

**Objetivo**: Validar el Plan de trabajo para el usuario Multidisciplinar de Atención con diabetes y / o hipertensión, según el análisis semántico y contenido.
**Métodos**: Estudio metodológico llevado a cabo en Sao Paulo con la presencia de quince jueces con experiencia en el desempeño multidisciplinaria en condiciones crónicas. El instrumento se evaluó para los aspectos claridad; coherencia; la calidad de la entrevista; escritura de formato; dificultades de aplicación y sugerencias de los jueces. Las declaraciones que se presentan en estas discusiones fueron grabadas, transcritas y anotados.
**Resultados**: La mayoría de los jueces de acuerdo con el instrumento claramente

aspectos y sugirió cambios de formato y los problemas de coherencia. Las dificultades mencionadas se refieren a la recopilación de información y el examen psicológico de los pies.
**Conclusiones**: El instrumento validado puede recoger datos de una manera magnificada Programa de Mejoramiento multiprofesional. Al permitir la validação de un instrumento (RAM-DMHA) se puede decir que este estudio alcanzó el objetivo propuesto que requiere estrategias de formación continua en los servicios de salud.
**Descritores:** Atención primaria, Diabetes, Los estudios de validación, Hipertensión.

## INTRODUÇÃO

As Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se constituem como doenças de origem não infecciosa, não transmissíveis entre as pessoas, que apresentam múltiplos fatores de risco e se relacionam com deficiências e incapacidades funcionais [(1)]. As DCNT constituem um dos maiores problemas de saúde pública e atualmente têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de impactos econômicos para famílias, comunidades e a sociedade em geral.

Considerando-se o atual estágio da transição demográfico-epidemiológica, o diabetes *mellitus* (DM) ao lado de outros desfechos crônicos, é considerado um problema de saúde pública, não apenas em países desenvolvidos, mas também em países em desenvolvimento [(2)].

Do total de óbitos ocorridos no mundo em 2008, 63% foram relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A OMS mostrou que cerca de 80% dos óbitos por DCNT ocorreram em países de baixa ou média renda, com 29% dos óbitos em adultos com menos de 60 anos, enquanto naqueles de alta renda esse percentual era de apenas 13% [(3)].

No Brasil as DCNT são também a principal causa de mortalidade. Em 2009, responderam por 72,4% do total de óbitos. As principais quatro DCNT são as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e DM que responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas [(3)].

Nesta direção, evitar as internações dos pacientes com DCNT, que podem ser em princípio assintomáticas, são um desafio a saúde pública. Uma das estratégias utilizadas é o atendimento multiprofissional as pessoas com DCNT. Em Ribeirão Preto, o Programa de atenção as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e (DM) tem feito esforços para a diminuição das complicações dessas condições [(4)].

Este enfoque justifica-se, pois, a HAS é um dos principais agravos à saúde no

Brasil. Eleva o custo médico-social, principalmente pelas suas complicações, como as doenças cerebrovascular, arterial coronariana e vascular de extremidades, além da insuficiência cardíaca e da insuficiência renal crônica [5].

Uma epidemia está em curso, pois atualmente, estima-se uma população mundial da ordem de 387 milhões de pessoas com DM que pode alcançar 471 milhões em 2035[6].

Neste contexto, o estudo sobre prevalência de DM em adultos residentes na cidade de Ribeirão Preto mostra o DM2 como uma importante causa de morbidade e mortalidade para diferentes grupos e faixas etárias e de acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde, o DM aparece como a segunda maior causa de morte no mundo, sendo considerada a ponta de um iceberg das DCNT, com fatores de risco semelhantes de doenças como HAS, dislipidemia e a síndrome metabólica [7].

A referida investigação sobre prevalência desenvolvida em 1997 na cidade de Ribeirão Preto também mostrou que a HAS afeta 40,5% e o DM afeta 12,1% dos indivíduos de 30 a 69 anos da população urbana, sendo que esta prevalência aumenta com a idade [7].

Por essas razões, Ribeirão Preto também desde o ano de 2000, conta com o Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (PAMHADM), que tem como finalidade o treinamento em serviço de 10 bolsistas graduados nas áreas de enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e educação física, selecionados através de um concurso público, realizado anualmente no município de Ribeirão Preto, à vista da Lei Complementar nº 1642, de 24 de março de 2004[4].

Para auxiliar no processo do atendimento multiprofissional à pessoa com HAS e/ou DM facilitando o acompanhamento a longo prazo pela equipe de saúde, surgiu a necessidade de criação de um instrumento para registro do atendimento. Este instrumento permite identificar o perfil da clientela, suas necessidades e prioridades no atendimento, embasadas nas demandas da rede para registro nos sistemas de informação [8].

O cadastro e o acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM são realizados por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), criado em 2002. Este sistema gera as informações para os profissionais e gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde [9]. O Hiperdia representa uma ferramenta essencial para instrumentalizar a prática de

atendimento à pessoa com HAS e/ou DM, por gerar informes que possibilitam o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos para potencializar a atenção a estas pessoas e minimizar os fatores condicionantes de complicações das doenças [9].

Para tanto, construiu-se um instrumento denominado "Roteiro para Atendimento Multiprofissional ao Usuário com Diabetes *Mellitus* (DM) e/ou Hipertensão Arterial (HAS) " do PAMHADM da SMS, elaborado em 2011 com a participação dos coordenadores, supervisores, aprimorandos e docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, do Centro Universitário Barão de Mauá e da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Estas instituições trabalham em parceria há vários anos em diversas linhas de frente: elaboração de protocolos, reciclagem periódica de profissionais da rede municipal, projetos de pesquisa e treinamento teórico do PAMHADM da SMS.

Outro ponto considerado importante na construção do roteiro foram os indicadores de desempenho dos programas de atendimento à pessoa com DM [6] visando melhoria na qualidade e complementariedade na assistência.

O roteiro é composto por 22 campos: dados de identificação, motivo da procura pelo atendimento, dados sócio demográficos, dados antropométricos, dados relacionados ao DM e/ou HAS, atitudes, estresse, alimentação, atividades físicas, medicamentos orais, insulinoterapia, exames laboratoriais, presença de complicações, condições de cavidade bucal, vacinação, exame dos pés, (check-list com 23 itens e classificação de risco), atividades da vida diária, atividades instrumentais da vida diária, descanso e sono, trabalho, lazer e participação social e orientações/encaminhamentos. Portanto, este roteiro será validado para favorecer o atendimento multiprofissional à pessoa com HAS e/ou DM no PAMHADM.

Em outro estudo [10] realizado na cidade de Ribeirão Preto tem-se a utilização de um roteiro envolvendo a problemática do DM que objetiva analisar as dificuldades que mães de crianças e adolescentes com DM1 apresentam, face às atividades diárias com o filho. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro semiestruturado para entrevista, considerando as variáveis relacionadas às atividades diárias do filho com DM (alimentação, atividades escolares, lazer, exercício físico e relacionamento familiar), contendo quinze questões semiabertas [10].

Em relação a HAS, encontrou-se um estudo [11] que objetivou descrever o conhecimento dos feirantes que atuam na feira livre da Cidade Nova em Feira de

Santana, Bahia. Esta pesquisa sobre a HAS e suas complicações também utilizou o preenchimento de um roteiro para o registro das informações dos feirantes. Como instrumento de coleta foi utilizado um roteiro, dividido em três partes — caracterização dos entrevistados, situação de saúde e questões norteadoras — para responder às seguintes indagações: Qual o conhecimento dos feirantes sobre a hipertensão arterial? Qual o conhecimento deles sobre as complicações da hipertensão arterial? Quais os cuidados que os feirantes realizam para o controle da hipertensão arterial? [11] .

Entretanto, após sua construção vale lembrar que a validação de instrumentos é um processo complexo e que, portanto, o questionário não pode ser generalizado para todas as populações, estando limitada a aplicação a populações com características similares à do presente estudo, ou seja: pessoas adultas com DM e/ou HAS [12]. Dessa forma, sente-se a necessidade de avaliar o instrumento proposto para a atenção multiprofissional em DM e HAS junto ao PAMHADM da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto -SP.

## OBJETIVOS

Validar o Roteiro para Atendimento Multiprofissional à pessoa com DM e/ou HAS (RAM-DMHA) segundo a análise semântica e de conteúdo.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico, que têm como enfoque principal ampliar o conhecimento de pesquisador sobre o fenômeno que deseja investigar em estudos posteriores mais estruturados [13]. Este estudo foi desenvolvido em duas etapas descritas a seguir: revisão do Roteiro para o Atendimento Multiprofissional à pessoa com DM e/ou HAS (RAM-DMHA), validação semântica, de conteúdo e foi realizado no período de dezembro de 2013 a dezembro de 2014.

Para esta validação optou-se por usar a proposta metodológica do modelo estabelecido por Pasquali que nos permitirá investigar além da compreensão, mas também a pertinência e a adequação das mensagens do roteiro [14].

Após os procedimentos teóricos, foi necessário avaliar a opinião de outras pessoas o que nesse modelo, foi chamada de análise dos juízes. Esta avaliação consistiu em pedir opiniões de dois tipos distintos de juízes que foram pessoas da população alvo a qual o instrumento se destina e pessoas que sejam peritas na área relativa ao instrumento.  Essa avalição compreendeu a análise de semântica e a

análise de conteúdo.

A análise semântica é a que incide sobre a compreensão dos itens e a análise de conteúdo é aquela que incide sobre a pertinência dos itens ao construto [14].

A população-base desse estudo foi constituída por profissionais nutricionistas, educador físico, enfermeiros, psicólogos, e terapeutas ocupacionais que atuam com pessoas com DM e HAS no PAMHADM. Também contou com os juízes, que foram profissionais com experiência na área clínica e/ou possuir pós-graduação (especialização, aprimoramento, mestrado ou doutorado) em HAS e DM.

As variáveis de interesse sobre os profissionais e juízes foram as sociodemográficas tais como: sexo (feminino e masculino); idade (agrupada segundo as faixas etárias de 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 a 79; 80 a 89 anos sendo expressa em anos completos); tempo de formação: (agrupados em anos, segundo as faixas até 5 anos, de 6 a 10 anos, de 10 a 15 anos, de 16 a 20 anos ou mais de 21 anos de formado); Pós-Graduação: (considerados os títulos de especialização, mestrado ou doutorado que apresentassem relação com HAS e DM); e tempo de experiência com pessoas com HAS e DM: (computado o tempo em anos de experiência referido pelo profissional).

Na primeira etapa do estudo, foi realizada a Revisão do Roteiro para o Atendimento Multiprofissional ao Usuário com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial (RAM-DMHA) articulada à busca na literatura, para a atualização das perguntas relativas ao conteúdo. Cada uma das áreas profissionais que compõem o PAMHADM avaliou as questões do RAM-DMHA, analisando sua relevância de acordo com os dados da literatura cientifica e a função destas questões para planejamento de atendimento, ou seja, a fundamentação teórica e prática delas. Para essa avaliação foram selecionados, aleatoriamente, 50 instrumentos preenchidos junto ao PAMHADM por profissionais de diferentes áreas. Ao término dessa etapa, foi realizada uma análise das observações dos juízes sobre as dificuldades de aplicação, sugestões de alterações, com as respectivas justificativas acerca das questões do RAM-DMHA de cada categoria profissional. Estas informações foram utilizadas para a construção da versão 2 do RAM-DMHA.

Na segunda etapa, procedeu-se a análise semântica com a seleção dos profissionais conhecedores da temática em HAS e DM provenientes da formação acadêmica e experiência profissional. Em um primeiro momento foi explicado os objetivos da pesquisa para cada um dos participantes e as atividades que foram

desenvolvidas durante o estudo, e solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e coletadas as informações sociodemográficas dos profissionais.

Foi utilizada a técnica de grupo focal. Nessa análise buscou-se a compreensão das mensagens contidas no RAM-DMHA considerando aspectos como a clareza da pergunta; coerência da questão; qualidade da entrevista; formatação do roteiro; dificuldades de aplicação e sugestões dos juízes.

Os profissionais receberam o RAM-DMHA e foi feita a leitura de cada bloco de questões (blocos referentes às temáticas relevantes a cada categoria profissional). Vale ressaltar que os participantes foram estimulados ao final de cada questão a apontarem sugestões e comentários acerca do material. As falas apresentadas nessas discussões foram gravadas, transcritas e anotadas.

Para a análise de conteúdo observou-se a concordância sobre a pertinência das mensagens e da adequação do RAM-DMHA para a população alvo, segundo a opinião dos profissionais. Nesse momento os participantes do estudo foram convidados a responderem um instrumento de avaliação a respeito do objetivo do material, a pertinência das mensagens, organização, estilo da escrita e aparência. No final de cada item havia um espaço para sugestões do participante da pesquisa. Após a análise dos ciclos foi realizada uma revisão do roteiro para contemplar o resultado da apreciação dos participantes do estudo, baseadas na convergência das respostas encontradas e decidido sobre a permanência, retirada e/ou acréscimo de itens no RAM-DMHA de acordo com a avaliação dos juízes.

Os dados coletados foram, inicialmente, organizados e digitados para a construção do banco de dados com validação e dupla alimentação, elaborados nos programas Microsoft Excel, versão 2007 (Microsoft Co USA). Os dados serão importados para o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows módulo base e exact test versão 15.0, onde serão submetidos à análise estatística descritiva.

O projeto foi encaminhado para a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto, sob o protocolo no. Obedecendo ao que preceitua a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

## RESULTADOS

Participaram do estudo, quinze juízes sendo treze do sexo feminino e dois do sexo masculino. Quanto a profissão, três juízes eram nutricionistas, três enfermeiros,

dois terapeutas ocupacionais, dois psicólogos, dois médicos, um dentista, um farmacêutico e um educador físico. A média de idade entre os juízes foi de quarenta e quatro anos sendo a média de dezoito anos o tempo de graduação e de treze anos o de pós-graduação. Para a análise considerou-se aspectos relacionados à clareza da pergunta; coerência da questão; qualidade da entrevista; formatação do roteiro; dificuldades de aplicação e sugestões dos juízes.

Em relação **à clareza da pergunta**, as informações dos itens que abordam dados sócios demográficos, atividade física, medicamentos orais, insulinoterapia, exames laboratoriais, dados antropométricos, orientações/encaminhamentos orientações/encaminhamentos foram consideradas claras pelos juízes. Entretanto, estes não atribuíram clareza aos itens referentes aos dados de identificação, pois havia a necessidade de padronizar o roteiro para a linguagem E-SUS. Para o item queixa/motivo da procura à unidade de saúde foi sugerido especificar claramente se a queixa é relatada pelo paciente ou se é a queixa identificada pelo entrevistador. No tópico referente ao roteiro para exame dos pés, os juízes apontaram problemas de clareza devido falta de treinamento dos entrevistadores. Este fato interferiu na compreensão de nomenclaturas e também nas questões de avaliação das condições da cavidade oral, desempenho ocupacional e vacinação.

**No que tange a coerência da questão**, as respostas referentes aos dados de identificação, sócios demográficos, antropométricos, atividade física, alimentação, aspectos psicológicos, exames laboratoriais, roteiro para exame dos pés, condições da cavidade oral, vacinação, desempenho ocupacional e orientações/encaminhamentos, foram consideradas coerentes com a questão. Os demais itens que abrangem à queixa /motivo da procura à unidade de saúde; os dados relacionados a DM e HAS; medicamentos orais e insulinoterapia não atribuem coerência à questão.

No assunto referente à queixa/motivo da procura à unidade, a incoerência relatada pelos juízes, consiste na dúvida quanto à finalidade da questão. Dessa forma, ficaram confusas respostas obtidas nos itens: “fonte de encaminhamento”; “relato do paciente”; “hipóteses dos profissionais acerca do motivo da procura”. Na situação dos dados relacionados a DM/HAS, o problema identificado foi a falta de espaço para registro de informações no subitem (“outras doenças”).

No caso dos itens relacionados aos medicamentos orais foi indicada falta de coerência na resposta, pois com as questões que compõem este item não é possível

obter informações sobre uso e/ou prescrição do medicamento. No tocante à insulinoterapia também não foi identificada coerência com a resposta pois, não se sabe se a quantidade de insulina relatada é a prescrita pelo médico ou a quantidade utilizada. Na abordagem dos exames laboratoriais foi sugerido que estes devem ser preenchidos após a entrevista e a partir de informações que precisarão ser obtidas do prontuário.

Em relação à **qualidade** dos dados coletados através **da entrevista**, os juízes referiram considerar como ruim os itens: dados de identificação; queixa /motivo da procura à unidade de saúde; dados sócio-demográficos; dados relacionados a DM e HA; atividade física; aspectos psicológicos; medicamentos orais; insulinoterapia; exames laboratoriais; dados antropométricos; roteiro para exame dos pés; condições da cavidade oral; vacinação; desempenho ocupacional; orientações/encaminhamentos.

Para a coleta dos dados de identificação, o que interferiu na qualidade dos dados coletados foi a dificuldade no preenchimento do número do CEP, uma vez que os pacientes não sabiam informar e não havia como consultar a lista no momento da entrevista. Para a questão referente aos dados relacionados a DM/HAS a qualidade foi ruim, pois havia a necessidade do conhecimento prévio dos critérios necessários para a classificação correta da obesidade e sedentarismo, que pode ser obtido por meio do treinamento prévio dos profissionais, conforme sugestão dos juízes.

Na situação da atividade física e aspectos psicológicos, vacinação, desempenho ocupacional e orientações/encaminhamentos roteiro para exame dos pés, insulinoterapia, exames laboratoriais, condições da cavidade oral, os dados obtidos através da entrevista foram avaliados como confusos e sem objetividade. O que comprometeu a qualidade da entrevista, na visão dos juízes, foi a falta de compreensão e relevância dos itens, o que resultou na ausência do preenchimento da questão. A sugestão apresentada foi o treinamento prévio dos profissionais.

No tocante aos medicamentos orais, a qualidade também não foi boa, pois com as respostas obtidas não foi possível concluir se o medicamento em uso era ou não vinculada a alguma prescrição médica. Para melhorar a qualidade da resposta, no preenchimento desse item, observou-se que é necessária a obtenção de informações no sistema HYGIA, prontuário e receita. Na avaliação dos itens dos dados antropométricos a qualidade dos dados foi considerada ruim, devido ao não preenchimento completo das questões. Houve dúvidas, ainda, quanto a permissão da

execução das atividades que integram este bloco por todos os profissionais de saúde envolvidos.

A **formatação do roteiro** foi considerada boa e adequada nos tópicos referentes à atividade física, exames laboratoriais e orientações/ encaminhamentos. Por outro lado, os itens que abordam os dados de identificação; queixa/motivo da procura à unidade de saúde; dados sociodemográficos; dados relacionados a DM e HAS; alimentação; aspectos psicológicos; medicamentos orais; insulinoterapia; dados antropométricos; roteiro para exame dos pés; condições da cavidade oral; vacinação; desempenho ocupacional, a formatação foi percebida como ruim devido à falta de espaço para inserção de informações adicionais.

Quanto às questões que envolvem a insulinoterapia, foi sugerido pelos juízes que para uma formatação mais adequada, deve ser inserida, no início da abordagem dessas questões, um subitem sobre quem aplica o medicamento. No caso dos dados antropométricos, a indicação é de que deve ser retirado o subitem sobre aferição da pressão arterial em pé. A sugestão foi que a informação sobre o exame físico seja inserida no início do roteiro, como pré-consulta. Também, foi considerada necessária, a inserção de mais espaço para anotações de informações sobre as condições da cavidade oral. Ainda, sugeriu-se a alocação desta questão mais próxima ao item que aborda questões sobre alimentação.

Na perspectiva da construção da versão 2 do RAM-DMHA, foi sugerida a reformulação, retirada, troca de posição de itens, melhora da diagramação, da definição dos itens, aumento do espaço para anotações de informações adicionais e treinamento prévio dos profissionais para a aplicação do roteiro. Essas alterações apontadas, permitiriam ampliar a clareza e coerência para que o RAM-DMHA possa identificar informações relevantes das pessoas com DM/HAS.

Em todas as questões que compuseram o roteiro foram percebidas **dificuldades dos entrevistadores para a aplicação do roteiro.** No caso dos dados de identificação, a dificuldade apontada se relacionava a obtenção da resposta sobre a cor do paciente e ao preenchimento da tabela no verso do roteiro. Na situação dos dados relacionados à DM/HA, a dificuldade foi quanto à organização das questões. Para as questões sobre atividade física, a dificuldade se relaciona à falta de treinamento da equipe para o uso da classificação do IPAQ. Nas questões do item sobre alimentação, foi indicado que para evitar a confusão, relacionada à quantidade de informações solicitadas aos pacientes, deve-se perguntar inicialmente o número

de refeições e em seguida o horário das refeições. Nas questões que envolvem os aspectos psicológicos, a dificuldade para o preenchimento dos itens poderia ser sanada com a capacitação prévia para os profissionais que não sejam psicólogos e também uma reorganização na disposição das questões para minimizar estas dificuldades.

Quanto ao assunto dos medicamentos orais, a dificuldade encontrada indicada pelos juízes, está na divergência de informações que há entre o relato das pessoas com DM/HAS e as informações descritas no HYGIA ou prontuário. Discutiu-se que no caso dos exames laboratoriais, existe dificuldade na obtenção das informações, pois nem sempre constam no prontuário do paciente.

Nas questões sobre os dados antropométricos a dificuldade se relaciona ao receio dos entrevistadores de não conseguir realizar adequadamente a avaliação das atividades (mensuração do peso, cálculo do IMC, medida da altura, circunferência braquial abdominal, aferição do pulso radial, da pressão arterial, teste da glicemia capilar) por falta de capacitação, equipamentos e de respaldo do conselho da categoria profissional. Na situação das questões que envolvem o roteiro para exame dos pés as dificuldades se referem ao constrangimento da pessoa com DM/HAS e à falta de treinamento/ conhecimento e material adequado para aplicação do exame.

Para as questões referentes às condições da cavidade oral a dificuldade observada se relaciona ao cansaço do entrevistador, pois estas questões estão colocadas no fim do roteiro e também a percepção destes, de que lhes falta competência técnica para avaliar os itens. Notou-se que a equipe relata desconhecer a relevância dessa questão. No que ser refere à dificuldade na aplicação das questões sobre vacinação e desempenho ocupacional, esta parece consistir no cansaço tanto do paciente quanto do entrevistador.

De forma geral, o cansaço por parte do entrevistador foi referido na execução de todo o roteiro e pode ser justificado pelo fato do roteiro ser bastante extenso, com muitas questões sobre cada área profissional (enfermagem, psicologia, educação física, nutrição, e terapia ocupacional). Este cansaço também se relaciona à execução de todas as questões/ atividades (roteiro para exame dos pés) do roteiro em um único momento, o que foi sugerido sua aplicação em dois tempos. Por estes motivos, poderia também amenizar o que os entrevistadores acreditam que poderia haver cansaço do paciente.

**DISCUSSÃO**

A avaliação dos juízes desse estudo permitiu validar o instrumento que possibilita a coleta de dados a ser realizada por diversos profissionais, ou seja, coletar informações relevantes para aprimorar o atendimento ao usuário em todas as áreas profissionais envolvidas no PAMHADM.A análise dos dados trazidos através da avaliação do roteiro pelos juízes, aponta para a necessidade de capacitação dos profissionais que irão se utilizar do instrumento, como uma ferramenta para o atendimento do paciente.

Alguns estudiosos [8] discorrem sobre a atuação **multiprofissional** na cidade de Ribeirão Preto como estratégia de educação em saúde para a prevenção do surgimento e/ou complicação das DCNT destacando a existência de programas para a prevenção de obesidade em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Essa pesquisa enfatiza a atuação multiprofissional organizada em equipes que atuam em seis regiões diferentes e articulado a um regular programa de atividade física disponível em unidades básicas de saúde, que trabalham para a prevenção de fatores de risco para DCNT.

Para outros pesquisadores[11] frente à atuação **multiprofissional** associada à educação em diabetes deve-se priorizar a capacitação de profissionais, a fim de qualificar o atendimento a esta clientela, minimizar o impacto da doença na família e, minorar o sofrimento das crianças e adolescentes e dos próprios pais em relação ao diabetes mellitus. Neste sentido as referidas autoras apresentam recomendações como a relacionada à formação e **capacitação** de equipes multiprofissionais especializadas para atender as crianças e adolescentes diabéticos tipo 1, o que exigirá esforços conjuntos entre instituições públicas e privadas.

Em outros trabalhos[12] estudiosos também discute a questão do trabalho multiprofissional acompanhada do treinamento dos profissionais nos serviços. Esses autores observam que para a atuação **multiprofissional**, a capacitação é indispensável sendo necessária maior interação entre os gestores e os profissionais; recursos materiais e físicos para a melhoria do atendimento; capacitação, conscientização, contratação de profissionais para o serviço; remuneração salarial e organização do serviço de saúde.

Nessa direção, o instrumento de coleta de dados RAM-DMHA construído e avaliado em uma perspectiva multiprofissional, trouxe questões que merecem ser consideradas no contexto da atenção primaria em saúde. Um dos pontos

considerados pelos juízes foi a necessidade da padronização das informações contidas no instrumento de acordo com o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), novo sistema proposto em substituição ao SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. Trata-se de uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional que faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. Como estratégia, é fundamental que o e-SUS AB garanta um processo amplo e padronizado de troca de informações entre sistemas em vários níveis de atenção e no próprio nível da Atenção Básica[17].

Outro aspecto relatado pela maioria dos juízes, refere-se à **dificuldade** para a abordagem dos aspectos psicológicos e do exame dos pés durante a entrevista. Verificou-se que estes foram os campos dos roteiros com menor índice de preenchimento. Os motivos apontados pelos entrevistadores para essa dificuldade estão ligados aos receios dos profissionais, em relação às reações dos pacientes diante da abordagem desses aspectos. Tal dado indica a necessidade de preparo dos entrevistadores para lidar com o paciente de forma integral.

A dificuldade de aceitação do diagnóstico do diabetes, a escassez de uma equipe multidisciplinar disponível para a educação em diabetes, a limitação de conhecimento e o pouco investimento na área educacional proporcionam grande obstáculo no manejo da doença[7].

Alguns autores [16] acrescentam na literatura o aspecto emocional frente ao diagnóstico do DM ao afirmarem que receber o diagnóstico de uma doença crônica, como o diabetes, desperta diversos sentimentos, reações emocionais e fantasias, que precisam ser conhecidos e compreendidos pelos profissionais de saúde. Colocam que os comportamentos dos pacientes estão associados a uma série de sentimentos e reações emocionais que precisam ser compreendidos pela equipe multidisciplinar. Dessa forma, demandam capacidade de acolhimento dos profissionais de saúde, de modo a auxiliar as pessoas com diabetes a lidarem adequadamente com os aspectos subjetivos da doença, buscando, assim, maior eficácia adaptativa. Esses achados talvez possam justificar as dificuldades relatadas pelos profissionais na avaliação do RAM-DMHA.

O principal foco do profissional seria diferenciar as pessoas que têm alguma lesão das que não apresentam nenhuma lesão e precisam apenas de orientação sobre como cuidar dos pés. Essas orientações podem ser feitas pelo próprio técnico

de enfermagem ou pelos profissionais de nível superior; podem, ainda, ser feitas em grupos ou de forma individual, e, se possível, devem ser utilizados materiais impressos e on-line para apoiar o autocuidado do paciente [18].

Entretanto, em situações nas quais a demanda da equipe inviabiliza a avaliação por esses profissionais de toda a população com DM no período adequado, a equipe deve avaliar a possibilidade de capacitação de outros profissionais (a partir dos momentos de educação permanente da equipe) para a seleção de usuários que apresentam alterações do pé diabético, encaminhando os casos alterados ou suspeitos para os profissionais de nível superior [18].

## CONCLUSÃO

A validação do Roteiro para Atendimento Multiprofissional ao Usuário com DM e/ou HAS (RAM-DMHA) foi possível mediante a colaboração de coordenadores, supervisores, aprimorandos, docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e do Centro Universitário Barão de Mauá.

Os aspectos apontados pelos juízes no que se refere às dificuldades na implementação do E-SUS, coleta de informações de aspectos psicológicos e do exame dos pés devem ser considerados como fundamentais em propostas de capacitação permanente nos serviços de saúde.

A validação do RAM-DMHA torna-se relevante ao disponibilizar aos serviços de saúde, que contam com uma equipe multiprofissional, um instrumento que permita coletar informações considerando o usuário dos serviços de saúde de maneira integral, por diferentes profissionais de saúde.

Por permitir a validação de um instrumento (RAM-DMHA) que vise a coleta de informações do usuário com HAS e DM pode-se afirmar que este estudo alcançou o objetivo proposto sendo necessária estratégias de capacitação permanente nos serviços de saúde para avaliação integral do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Kim HC, Sun MO. Noncommunicable Diseases: Current Status of Major Modifiable Risk Factors in Korea. J Prev Med Public Health.2013; 46:165-172.

2. Moraes SA, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. Cad. Saúde

Pública.2010;26(5):929-941.
3. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bonsenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública.2012; 46:126-34.
4. Secretaria Municipal de Ribeirão Preto. Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes.2008:108.
5. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro. 2010:57.
6. Sociedade Brasileira de diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes. São Paulo. 2016.348.
7.Torquato MTCG, Junior RMM, Viana LAL, Souza RRHG, Lanna CMM, Lucas JCB, et al. A prevalência de diabetes mellitus e intolerancia a glicose na população urbana de 30-69 anos, em Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. Revista Paulista de Medicina.2003;121(6):224-230.
8.Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistemas epidemiológicos.Hiperdia,2016.
9. Carvalho ALM, Ramon WDL, Silva JEG, Cunha, CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). Ciência & Saúde Coletiva.2012;17(7):1885-1892.
10. Zanetti ML, Mendes IAC. Análise das dificuldades relacionadas as atividades diárias de crianças e adolescente com diabetes mellitus tipo 1: depoimento de mães. Rev Latino-am Enfermagem.2001;9(6):25-30.
11.Almeida AM, Lima KS. O conhecimento de feirantes sobre a hipertensão arterial e suas complicações. Revista Baiana de Saúde Pública.2014;38, (4):865-881.
12. Otenio CCM, Nakama Cavalcanti ANL, Lefévre F. Trabalho Multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. Saúde Soc. São Paulo.2008;17(4):135-150.
13.Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. Rev Panam Salud Publica.2014;36(2):87-94.
14. Polit DF, Beck CT. Paradigmas para Pesquisa em Enfermagem. In: Surrena H, Kogut H, editoras. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliando evidências para a prática de enfermagem.7edição. Porto Alegre:2011. 670.
15.Pasquali, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev. Psiq. Clin.1998;25(5):206-213.

16. Peres DS, Franco LJ, Santos MA. Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. Rev Latino-am Enfermagem.2008;16(1):1-9.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. E-SUS Atenção Básica. Brasília. 2015;160.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus. Brasília;2013. 162.

## *AGRADECIMENTOS*

*A todas as queridas amigas (Ana Caroline Botta, Annae Lui Sandrin, Camila Ferreira Guimarães, Elliz Emanuelle Torres da Silva, Gabriela Pap da Silva, Giovanna Inácio de Godoi, Patrícia Santos Zanotti, Priscila Ambrozio de Oliveira, Renata Cristina Candido Carvalho) que, direta ou indiretamente contribuíram com carinho e atenção para a construção esse trabalho.*

## 3.2 ARTIGO 2

**Validação do *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) em diabéticos brasileiros**

**Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in brazilian diabetics**

**RESUMO**
**Objetivo:** validar o instrumento *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) em pacientes diabéticos no Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico que incluiu 85 pacientes com diabetes tipo 2 no interior paulista. A análise fatorial utilizou-se o método com rotação ortogonal Varimax. Para a análise de correspondência utilizou-se o teste de qui-quadrado. A consistência interna foi verificada pelo alfa de Cronbach. **Resultados:** O instrumento apresentou alfa de Cronbach de 0,84, sendo que o terceiro domínio Estabelecimento de Metas/Adaptação apresentou o menor valor de alfa de Cronbach 0,78. Quanto à correspondência, o questionário separado por domínios, mostrou que as respostas aos itens sobre questionamento da opinião do paciente sobre o tratamento, receber uma cópia do tratamento, o profissional entrar em contato após a consulta e o encaminhamento ao profissional nutricionista foram avaliados como nunca realizados. Na análise fatorial houve a retenção de cinco fatores. **Conclusões:** A versão brasileira do PACIC é válida e reprodutível com diabéticos brasileiros e pode auxiliar na avaliação da qualidade da assistência de pessoas com condições crônicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Enfermagem de atenção primária; Avaliação em enfermagem; Diabetes mellitus; Doença crônica

**ABSTRACT**
**Objective:** To validate the Instrument Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in diabetic patients in Brazil. **Methods:** This is a methodological study that included 85 patients with type 2 diabetes in the interior of São Paulo. The factorial analysis was the Varimax orthogonal rotation method. For the correspondence analysis, it was used chi-square test. The internal consistency was verified by Cronbach's alpha. **Results:** The instrument presented Cronbach's alpha of 0.84, and the third Goal Setting / Adaptation domain presented the lowest alpha value of Cronbach 0.78. Regarding the correspondence, the questionnaire separated by domains, showed that the answers to the items about questioning the patient's opinion about the treatment, receiving a copy of the treatment, the professional getting in touch after the consultation and the referral to the professional nutritionist were evaluated as never performed. In the factorial analysis, five factors were retained. **Conclusions:** The Brazilian version of the PACIC is valid and reproducible with Brazilian diabetics and can help assess the quality of care of people with chronic conditions.

**KEY WORDS:** Nursing; Primary health care; Nursing assessment; Diabetes mellitus; Chronic diseases

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. [1] Podem ser consideradas doenças com início e evolução lenta, apresentando múltiplas causas que podem variar com o tempo e podem levar o indivíduo a apresentar vários sintomas e perda de capacidade funcional. [2]

As DCNT apresentam diversos fatores de risco que são classificados como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis, estão a hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grandes quantidades, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e a dislipidemia. Já entre os fatores não modificáveis, destaca-se a idade, hereditariedade, sexo e raça. [3]

Esta complexidade das DCNT tem ocasionado impacto socioeconômico no próprio desenvolvimento econômico das nações principalmente devido à mortalidade prematura e condições que incapacitam as pessoas de trabalharem. [3]

No Brasil, aproximadamente 72% das mortes foram atribuídas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantil. Tal processo decorreu da rápida transição demográfica, gerando uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos. [4]

Dentre as quatro principais DCNT, temos o Diabetes *mellitus* (DM) como uma doença crônica que tem sua prevalência crescente devido ao crescimento populacional, envelhecimento e às modificações no estilo de vida falta de atividade física e má alimentação, que levam também, ao aumento da incidência de obesidade e sedentarismo. [5]

Diabetes *mellitus*, é definido como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos caracterizados por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina e/ou em ambas. A hiperglicemia crônica está relacionada a danos em longo prazo, a disfunção, e complicações em vários órgãos, como por exemplo, os olhos, rins, os nervos, o coração e os vasos sanguíneos. [6]

Por outro lado, temos as complicações agudas do DM que podem causar a morte, como mostra o estudo brasileiro que descreveu a mortalidade por complicações agudas do DM segundo faixa etária, sexo, regiões e unidades federativas de 2006 a 2010. Mostrou que a mortalidade por complicações agudas no Brasil foi de 2,45/100.000 habitantes correspondendo a 6,8% e 22,9% dos óbitos pelo

diabetes como causa básica. Considerando-se seu potencial de evitabilidade; este indicador mostrou-se importante para avaliação de ações preventivas e de iniquidades regionais em saúde. [7]

No Brasil, o Ministério da Saúde construiu o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, com a definição de metas para o controle das DCNT e prevenção dos principais fatores de risco. O Plano tem como foco de ação os quatro principais grupos de doenças crônicas (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco compartilhados (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e tem como meta principal a redução das taxas de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) em 2% ao ano até 2022. [1]

Outra necessidade é avaliar a qualidade do cuidado recebido pelo paciente com uma ou mais condição crônica. Nesta direção, destaca-se o Modelo de Cuidado Crônico que é fundamentado em seis elementos, o sistema de atenção à saúde constituído pela organização da atenção à saúde; desenho do sistema de prestação de serviços; apoio às decisões; sistemas de informação clínica e autocuidado apoiado, e a comunidade, como, os recursos e políticas da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população. [2]

A partir disso, enfatizando os elementos do Modelo de Cuidados Crônicos, foi desenvolvimento o instrumento *Patient Assessment Chronic Illness Care* (PACIC), também, nos Estados Unidos. [8] Sua finalidade é avaliar a qualidade do cuidado do paciente crônico na perspectiva do paciente. O instrumento foi traduzido para vários idiomas (alemão, espanhol, dinamarquês e holandês), tem se mostrado reprodutível e válido em pacientes com diferentes condições crônicas, incluindo diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e artrite.[9-11]

Inicialmente, devido a sua confiabilidade e facilidade de reprodução do instrumento PACIC nosso grupo de pesquisa realizou o estudo metodológico de adaptação cultural para o português do Brasil e de Portugal seguindo as etapas preconizadas pela literatura: Tradução, Comitê de Especialistas, Retrotradução (Back-Translation), Pré-Teste e Entrevista Cognitiva. Os resultados mostraram que o instrumento foi considerado muito bom pela população do estudo, com questões

fáceis de entender e categorias de respostas não difíceis de serem utilizadas. [12]

No entanto, para que o PACIC continue a ser usado para avaliar os diferentes aspectos do Modelo do Cuidado Crônico, o que foi projetado originalmente para medir, as preocupações com sua validade fatorial precisam ser abordadas. Desta forma, se pretende neste estudo prosseguir com a avaliação das propriedades psicométricas, realizar a análise fatorial e de correspondência para validar o instrumento PACIC em pacientes com DM no Brasil. Tal necessidade justifica-se pela importância de avaliar a qualidade da assistência aos pacientes com DM e a escassez de instrumentos que permitam o acompanhamento e o apoio oferecido pela equipe de saúde.

## MÉTODO

Trata-se de estudo metodológico, realizado com 85 pacientes seguidos em unidade básica de saúde do interior paulista. Os critérios de inclusão foram: idade mínima de 18 anos; ter o diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2; e ter registro no sistema de informação de uma instituição de saúde de atenção primária para aquisição de insulina. A coleta de dados foi realizada de março a agosto de 2013, após o aceite pelos participantes e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, iniciou-se entrevista para a aplicação do PACIC.

O PACIC é constituído por 20 itens, com cinco domínios: Participação Ativa do Paciente no Tratamento; Modelo do Sistema de Cuidado/Modelo para a Prática; Estabelecimento de Metas/Adaptação; Resolução de Problemas/Contexto e; Seguimento/Coordenação. [8]

O primeiro domínio: Participação Ativa do Paciente no Tratamento ($\alpha = 0,82$) é composto pelos itens 1, 2 e 3, que descrevem ações que solicitam o ponto de partida da pessoa com doença crônica e seu envolvimento na tomada de decisões. [8]

O segundo domínio, Modelo do Sistema de Cuidado / Modelo para a Prática ($\alpha = 0,77$), é composto pelos itens 4, 5 e 6, que descrevem ações que organizam o cuidado e fornecem informações às pessoas para a melhora da sua compreensão do cuidado [8].

O terceiro, Estabelecimento de Metas / Adaptação ($\alpha = 0,84$), é composto pelos itens 7, 8, 9, 10 e 11, que avaliam a aquisição de informações para o estabelecimento específico de metas colaborativas.[8]

O quarto, Resolução de Problemas / Contexto ($\alpha = 0,90$), é composto pelos itens 12, 13, 14 e 15, que descrevem barreiras potenciais que devem ser consideradas no

ambiente social e cultural da pessoa com doença crônica na elaboração de planos de tratamento. E finalmente, o quinto domínio, Seguimento / Coordenação (α = 0,86), é composto pelos itens 16, 17, 18, 19 e 20, que avaliam a promoção da continuidade do cuidado.[8]

A graduação dos itens é do tipo Likert, de 1 (nunca) e 5 (sempre) e o valor total do escore do PACIC é obtido pela média aritmética simples dos 20 itens do instrumento, sendo que o valor mais alto corresponde a uma referência de maior qualidade do cuidado recebido pelas pessoas com condições crônicas nos últimos seis meses. O instrumento original apresenta confiabilidade de 0,93 por meio do alfa de Cronbach variando para cada domínio de 0,77 a 0,90.[8]

A coleta de dados foi realizada em uma unidade de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP, onde os sujeitos receberam convite por telefone. Os que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aquele com dificuldade de assinar o nome, ou analfabetos, solicitou-se a impressão digital. Todos receberam uma cópia do Termo.

A análise estatística foi realizada por meio da ferramenta *Microsoft Office Excel* 2007 e do *software* SAS® 9.0. Os resultados foram expressos através da estatística descritiva, análise fatorial e análise de correspondência.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob Protocolo de nº 324.098. O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

Dos 85 pacientes com DM participantes do estudo, a média de idade foi de 63,6 anos (DP= 9,61). Houve predomínio de 49 (56,5%) mulheres e 37 (43,5%) homens, a maioria era casada ou viúva. A média de escolaridade foi de 6,5 anos de estudo (DP= 4,1). Quanto à ocupação 54,2% eram aposentados e 22,8%, do lar. A média de renda foi de R$971,41 (DP= 857,54), indicando baixo nível socioeconômico. A religião predominante foi a Católica (59,0%), seguida da Evangélica (27,7%).

Em relação a consistência interna, o instrumento apresentou alfa de Cronbach de 0,84, sendo que o terceiro domínio Estabelecimento de Metas/Adaptação apresentou o menor valor de alfa de Cronbach 0,78 (Tabela 1).

Tabela 1 - Domínios do PACIC segundo a média, desvio padrão e Alfa de Cronbach, Ribeirão Preto, 2014

| Domínios do PACIC | Média | Desvio padrão | Alpha de Cronbach |
|---|---|---|---|
| Participação Ativa do Paciente no Tratamento | 2,25 | 1,26 | 0,85 |
| Modelo do Sistema de Cuidado / Modelo para a Prática | 3,40 | 1,22 | 0,80 |
| Estabelecimento de Metas / Adaptação | 2,63 | 1,16 | 0,78 |
| Resolução de Problemas / Contexto | 2,97 | 1,39 | 0,79 |
| Seguimento / Coordenação | 2,48 | 1,06 | 0,82 |

A análise fatorial exploratória realizada nos 20 itens do PACIC, com rotação ortogonal (varimax), revelou a retenção de cinco fatores que obedeceram ao critério de Kaiser de autovalor (*eigenvalue*) maior que 1.

O fator 1 representa as respostas como nunca (composto pelos itens 4, 6, 7, 8, 9, 11 e 15); o fator 2 o quase nunca (itens 12, 13, 14 e 18); o fator 3 as vezes (compostos pelos itens 1 e 2); o fator 4 (item 10, 16 e 17), o quase sempre e o fator 5 (itens 3, 5, 19 e 20), o sempre. Estes resultados são apresentados na Tabela 2.

Os pontos legendados na Figura 1 correspondem aos itens do PACIC e as respostas mais frequentes referidas pelos pacientes segundo os itens de reposta em cada domínio do instrumento. Cada domínio é representado por uma cor. A cor azul escuro corresponde ao Domínio 1; verde, ao Domínio 2; vermelho, Domínio 3; azul claro, Domínio 4 e, rosa, Domínio 5 (Figura 1).

Os números em preto de 1 a 5 dentro do gráfico correspondem a cada um dos itens de resposta do PACIC. No quadrante do número 1, as questões números 1,2, 9, 16 e 18 foram as respostas mais frequentes em relação ao item de resposta da escala Likert que corresponde ao Nunca.

No quadrante do número 2, as questões números 3, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 17 e 20 foram aquelas que a frequência foi maior no item de resposta corresponde ao quase nunca.

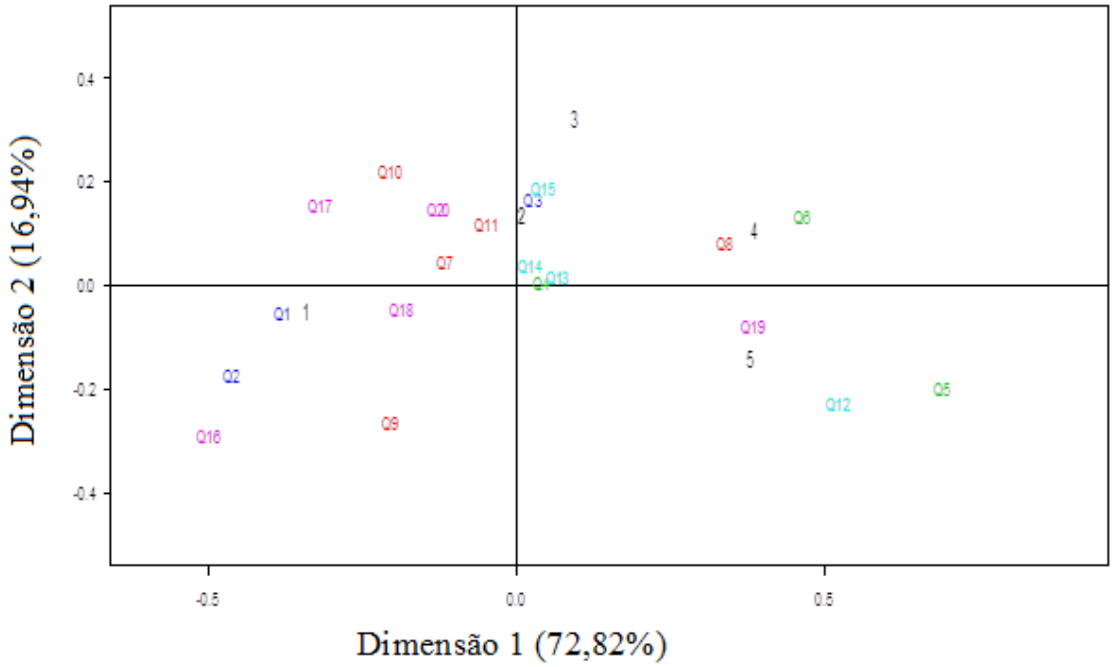
No quadrante do número 3, não houve questões correspondentes ao item da escala denominado às vezes.

Tabela 2 - Matriz de análise fatorial referente aos itens do *Patient Assessment of Chronic Illness Care*, Ribeirão Preto, 2014

| Itens | Fator 1 | Fator 2 | Fator 3 | Fator 4 | Fator 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Nunca** | **Quase nunca** | **As vezes** | **Quase sempre** | **Sempre** |
| 1 – Perguntaram a minha opinião, quando foi feita a proposta de tratamento. | 0,25 | -0,06 | 0,71 | 0,12 | 0,18 |
| 2 – Deram opções de tratamento, para que eu pensasse a respeito. | 0,18 | 0,11 | 0,84 | -0,08 | 0,08 |
| 3 – Perguntaram se tenho algum problema com os medicamentos que tomo ou com os seus efeitos. | 0,00 | 0,12 | 0,43 | 0,11 | 0,56 |
| 4 – Deram uma lista por escrito de coisas que eu deveria fazer para melhorar ou piorar minha saúde. | 0,70 | 0,15 | 0,11 | 0,21 | 0,01 |
| 5 – Fiquei satisfeito com a organização dos cuidados prestados. | 0,42 | 0,10 | 0,00 | -0,07 | 0,69 |
| 6 – Mostraram que a maneira como eu me cuidava poderia melhorar ou piorar a minha doença. | 0,72 | 0,30 | 0,02 | 0,00 | 0,19 |
| 7 – Perguntaram quais os meus objetivos no tratamento da doença. | 0,48 | -0,04 | 0,32 | 0,08 | 0,40 |
| 8 – Ajudaram a estabelecer objetivos específicos, para melhorar meus hábitos alimentares ou atividade física. | 0,65 | 0,24 | 0,29 | -0,06 | 0,26 |
| 9 – Deram uma cópia da minha proposta de tratamentos | 0,44 | -0,12 | 0,28 | 0,38 | 0,23 |
| 10 – Estimularam a participar de grupos ou aulas específicas para aprender a conviver com a minha doença crônica. | 0,48 | 0,15 | -0,24 | 0,65 | 0,04 |
| 11 – Perguntaram, diretamente ou por meio de questionário, sobre meus hábitos de saúde. | 0,60 | 0,16 | 0,25 | 0,32 | -0,02 |
| 12 – Tive certeza de que o meu médico ou enfermeiro respeitava meus valores e costumes, quando eles recomendavam tratamentos para mim. | 0,24 | 0,82 | -0,04 | 0,13 | 0,18 |
| 13 – Ajudaram a fazer uma proposta de tratamento que eu pudesse pôr em prática no meu dia a dia. | 0,22 | 0,70 | 0,39 | 0,21 | 0,11 |
| 14 – Ajudaram a planejar com antecedência o cuidado da minha doença, mesmo nos momentos difíceis. | 0,40 | 0,65 | 0,39 | 0,15 | 0,12 |
| 15 – Perguntaram como minha doença crônica afeta minha vida. | 0,48 | 0,22 | 0,41 | 0,25 | 0,25 |
| 16 – Entraram em contato comigo, depois de uma consulta, para verificar como estava o controle da minha doença. | -0,04 | 0,09 | 0,31 | 0,70 | 0,02 |
| 17 – Estimularam a participar de programas na comunidade que poderiam me ajudar. | 0,23 | 0,10 | -0,10 | 0,78 | 0,19 |
| 18 – Fui encaminhado para um nutricionista e/ou outro profissional de saúde. | 0,05 | 0,74 | -0,11 | 0,00 | 0,14 |
| 19 – Falaram como as consultas com outros especialistas, como, por exemplo, oftalmologista ou cirurgião ajudavam no meu tratamento. | 0,11 | 0,28 | 0,08 | 0,18 | 0,66 |

| Itens | Fator 1 | Fator 2 | Fator 3 | Fator 4 | Fator 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| | Nunca | Quase nunca | As vezes | Quase sempre | Sempre |
| 20 – Perguntaram como as minhas consultas com outros médicos estavam indo. | 0,00 | 0,35 | 0,23 | 0,42 | 0,54 |

Figura 1 - Gráfico de correspondência para o questionário separado pelos domínios




No quadrante do número 4, as questões de número 6 e 8 foram as mais frequentes em relação ao item de resposta correspondente a quase sempre. E por fim, no quadrante do número 5, as questões de número 5, 12 e 19 foram as mais frequentes em relação ao item de resposta correspondente a sempre.

E por fim, a Figura 1 representa cada item do instrumento e qual resposta foi mais citada pelos participantes da pesquisa. As duas dimensões (dimensão 1 no eixo 1 e dimensão 2 no eixo 2) referem-se aos dois maiores autovalores ajustados pela análise de correspondência, onde juntos apresentaram 89,76% da variabilidade total dos dados.

## DISCUSSÃO

Sobre os dados sociodemográficos dos participantes, destaca-se o predomínio do sexo feminino (56,5%) mostrando que as mulheres frequentam e buscam mais

cuidados de saúde se comparado com os homens. Estudo com pacientes com diabetes tipo 2 mostraram características semelhantes sempre com um número maior de participantes do sexo feminino. [13]

Em relação à idade a média foi de 63,6 anos o que pode dificultar a realização do autocuidado em diabetes, bem como o nível de escolaridade. Estes dados são similares a de outro estudo onde a idade média dos participantes foi de 62,4 anos e a escolaridade média foi de 4,3 anos de estudo.[13] A escolaridade está diretamente relacionada ao autocuidado, ou seja, quanto mais baixa a escolaridade menor o autocuidado.

A análise da consistência interna, por meio do alfa de Cronbach, foi 0,84, menor do que sua versão original revisada (α=0,93), mesmo assim, mostrando bons resultados. Em relação a cada domínio, apresentou alfa de Cronbach superior ao artigo original em dois domínios, sendo a Participação Ativa do Paciente no Tratamento (α=0,85, versão original α=0,82) e o Modelo do Sistema de Cuidado / Modelo para a prática (α=0,80, versão original α=0,77). Os valores do alfa mostram a confiabilidade do instrumento, pois são superiores a 0,70 [8].

Em relação à correspondência para o questionário separado pelos domínios, obteve-se que os itens 1, 2, 9, 16 e 18 tiveram mais respostas emitidas pelos pacientes com DM como **nunca.** Ao analisar essas respostas pode-se considerar que há lacunas no cuidado aos pacientes com DM, apontando as dificuldades no oferecimento de forma continua e sistemática de educação em diabetes nos serviços de saúde.

As respostas emitidas em relação aos itens 1 e 2 do domínio **participação ativa do paciente no tratamento** mostram a falta de autonomia do paciente. As respostas apontam para a falta de reconhecimento da autonomia do paciente pelos profissionais de saúde em considerar as decisões do paciente em relação ao tratamento. Esta dificuldade de alcançar amplamente a autonomia no tratamento melhorando assim a qualidade de vida do paciente com DM demonstra a complexidade de cuidar do paciente com DM sendo necessário combinar diferentes tecnologias para fortalecer as ações de Promoção da Saúde nos serviços de saúde do Brasil, além de apoio familiar.[14]

Evidências na literatura apontam que a assistência ao usuário com DM encontra-se fragmentada, pois os profissionais que compõem a equipe de saúde trabalham segundo o modelo biomédico, sendo que os registros das ações em saúde foram

predominantemente realizados pelos médicos e auxiliares de enfermagem, também há falta de integração e articulação do processo de trabalho. [15]

Outro fator importante da participação ativa do paciente no tratamento é que quando ele participa o autocuidado deixar de ser passivo e esse comportamento pessoal, pode influenciar na saúde, porém não se dá de maneira isolada, mas em conjunto com fatores ambientais, sociais, econômicos, hereditários e relacionados aos serviços da saúde. [16]

A Organização Mundial da Saúde recomenda a educação para o autocuidado como forma de prevenir e tratar doenças crônicas, pois ele propicia o envolvimento da pessoa em seu tratamento e produz maior adesão ao esquema terapêutico, minimizando complicações e incapacidades associadas aos problemas crônicos. [16]

Já o domínio **estabelecimento de metas/adaptação,** no item 9, refere-se ao paciente que recebeu uma cópia do tratamento proposto e tem dificuldades de recordar as orientações recebidas durante a consulta, principalmente, nos idosos com DM2 devido à funcionalidade cognitiva. Vários fatores influenciam na não adesão ao tratamento proposto como, por exemplo, efeito colateral e complexidade do regime terapêutico, incapacidade de lembrar-se do tratamento e orientações recebidas e também fatores sociodemográficos como nível de escolaridade e renda mensal.[17]

Na população estudada o principal motivo de não adesão ao tratamento pode ser a idade elevada dos pacientes, o que condiz com estudo realizado com pacientes com idade superior a 40 anos que mostrou baixa adesão ou não adesão ao tratamento do diabetes, ao considerar as mudanças preconizadas no estilo de vida. Isso pode constituir em um desafio ao profissional de saúde na educação do paciente. [18]

Em relação, ao item 16, do domínio **seguimento/coordenação,** este corresponde ao contato de acompanhamento face à complexidade de realizar de forma presencial a educação em diabetes. Desse modo, o uso de novas tecnologias da informação e comunicação está associado com a melhora do controle glicêmico em pacientes com diabetes. [19] Uma estratégia inovadora que tem sido estudada é uso do telefone, e foi utilizada em pacientes com DM em um estudo de intervenção intitulado Apoio Telefônico para o Monitoramento em Diabetes *mellitus* (ATEMDIMEL). Este estudo mostrou que os pacientes que tiveram apoio e seguimento telefônico apresentaram redução nos valores de hemoglobina glicada e glicemia em jejum. [20]

A tecnologia pode ser usada para complementar os cuidados de saúde fornecendo apoio educativo e motivacional. A educação pode ser fornecida usando a

tecnologia que permite que os pacientes aprendam práticas e rotinas novas relacionadas à gerência do autocuidado em diabetes. A tecnologia pode suportar atividades diárias de autocontrole de diabetes, incluindo monitoramento de glicose no sangue, exercícios, alimentação saudável, medicação, monitoramento de complicações e resolução de problemas. E entre os recursos utilizados estão o celular, internet, mensagens, entre outros. [21]

Por fim o item 18 também do domínio **seguimento/coordenação** refere ao encaminhamento para o nutricionista e/ou outro profissional de saúde não médico. Neste domínio percebeu-se a dificuldade de trabalho em equipe multiprofissional na educação em diabetes. Em contrapartida a maioria dos pacientes com DM referiu no item 19 do domínio **seguimento/coordenação** o encaminhamento para consulta com outros especialistas, como por exemplo, médico oftalmologista ou cirurgião.

A dificuldade do trabalho em equipe multiprofissional prejudica a integralidade do cuidado em saúde, portanto é necessária uma abordagem multidisciplinar para o tratamento do paciente com DM melhorando a qualidade de vida e diminuindo as complicações da doença. [22]

É necessário aprender com as experiências dos profissionais de diversas disciplinas isso pode desencadear um processo de cooperação interna e a disponibilização do saber para aparar diferenças técnicas e teóricas que favorecem os resultados efetivos em relação à qualidade do cuidado ao paciente com DM. [23]

Apesar das dificuldades referidas a maior parte dos pacientes com DM refere satisfação quanto à organização dos cuidados ofertados (item 5) do domínio **modelo do sistema de cuidado/modelo para a prática.** Essa percepção do paciente, que utiliza o Sistema Único de Saúde, foi semelhante aos encontrados em outro estudo, onde após um processo educativo por telefone os pacientes que receberam a intervenção apresentaram uma discreta melhora de seu controle glicêmico mostrando a relação entre a satisfação e a adesão ao tratamento. [24]

Instrumentos que permitem a avaliação da qualidade da assistência prestada, tal como o PACIC pode constituir uma ferramenta importante para a educação em diabetes, favorecendo o trabalho em equipe multiprofissional e, consequentemente a educação do paciente e a qualidade do cuidado ofertado.

## CONCLUSÃO

O *Patient Assessment Chronic Illness Care* é uma importante ferramenta para a

avaliação da qualidade dos cuidados sobre os elementos do Modelo de Cuidados Crônicos, na perspectiva da pessoa com uma ou mais condições crônicas.

A versão brasileira do instrumento apresentou confiabilidade satisfatória alfa de Cronbach de 0,84 e a sua análise confirmatória mostrou que o instrumento é valioso para avaliar a qualidade da assistência prestada aos cuidados dos pacientes com DM tipo 2, podendo ser utilizado também para outras condições crônicas.

No que se refere à sua aplicação, o instrumento possui facilidade de interpretação e necessidade de pouco tempo para seu preenchimento sendo uma boa ferramenta para avaliar a qualidade da educação em diabetes e como está educação está sendo realizada pelos profissionais de saúde.

Portanto a utilização do PACIC deve ser difundida, pois conhecer a percepção dos pacientes com DM sobre a qualidade dos cuidados recebidos é fundamental para melhorar o planejamento da assistência prestada.

**REFERÊNCIAS**

1.Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. 148 p.

2.Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. 1.ª ed. Brasília, DF: All Type; 2012 [acesso em 2016 dez.01]. Disponível em: http: http://apsredes.org/pdf/Redes-de-Atencao-condicoes-cronicas.pdf

3.World Health Organization. Department of Noncommunicable disease surveillance. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization: 2014; 176 p.

4.Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Lancet.2011;377(9781): 1949-1961.

5.Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030.Diabetes Res Clin Pract.2010; 87 (1): 4-14.

6.Sociedade Brasileira de diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes 2015-2016. São Paulo: Ac farmacêutica; 2016.348p.

7.Klafke A, Duncan BB, Rosa RS, Moura L, Malta DC, Schmidt MI. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. Epidemiol. serv. saúde.2014; 23(3):455-462.

8.Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). Med Care.2005;43 (5): 436-44.

9.Fan J, McCoy RG, Ziegenfuss JY, Smith SA, Borah BJ, Deming JR, et al. Evaluating the Structure of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Survey from the Patient's Perspective. Ann. behav. med.2015; 49 (1): 104-11.

10.Aung E, Ostini R, Dower J, Donald M, Coll JR, Williams GM, et al. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in Type 2 Diabetes: A Longitudinal

Study. Eval. health prof.2014; 39(2):185-203.
11.Drewes HW, Til JTJ, Struijs JN, Baan CA, Tekle FB, Meijboom BR, et al. Measuring chronic care management experience of patients with diabetes: PACIC and PACIC validation. Int J Integr Care.2012; 12: 1-11.
12.Landim, CAP. Adaptação cultural para o Brasil e Portugal do instrumento Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). [Tese] [internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2012. [Acesso em 2016 dez.01]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-17042013-144940/pt-br.php
13.Groff DP, Simões PWTA, Fagundes ALSC. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropol de Criciúma, SC. Arq. Catarin. Med.2011;40(3):43-48.
14.Becchi AC, Fertonani HP, Fagundes CPJ, Marcon SS, Almeida EFA, Mendonça PR. Evaluation of a group intervention: quality of life and autonomy in users with diabetes *mellitus.* J Nurs UFPE.2014;8(10): 3369-76.
15.Silva ASB, Santos MA, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Camilo J, Zanetti ML. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. Texto & contexto enferm.2011; 20(3): 512-8.
16.World Health Organization. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Geneva: World Health Organization: 2003; 105 p.
17.Kassahun A, Gashe F, Mulisa E, Rike WA. Nonadherence and factors affecting adherence of diabetic patients to anti-diabetic medication in Assela General Hospital, Oromia Region, Ethiopia. J Pharm Bioallied Sci.2016; 8 (2): 124-9.
18.Hornick T, Aron DC. Preventing and managing diabetic complications in elderly patients. Clevel. Clin. J. Med.2008; 75 (2): 153-8.
19.Alharbi NS, Alsubki N, Jones S, Khunti K, Munro N, Lusignan S. Impact of Information Technology-Based Interventions for Type 2 Diabetes Mellitus on Glycemic Control: a Systematic Review and Meta-Analysis. J. med. internet res.2016; 18(11):1-11.
20.Becker, TAC. O uso do suporte telefônico no controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus no Distrito Oeste de Saúde do município de Ribeirão Preto – SP [Tese] [internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2014. [Acesso em 2016 dez.01]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09022015-195419/pt-br.php
21.Hunt CW. Technology and diabetes self-management: An integrative review. World J Diabetes. 2015; 6 (2): 225-33.
22.Tapp H, Phillips SE, Waxman D, Alexander M, Brown R, Municipal M. Multidisciplinary team approach to improved chronic care management for diabetic patients in an urban safety net ambulatory care clinic. J. am. board fam. med.2012; 25 (2): 245-6.
23.Teixeira CRS, Zanetti ML. O trabalho multiprofissional com grupo de diabéticos. Rev. bras. enferm.2006; 59(6): 812-7
24.Olivatto GM, Teixeira CRS, Pereira MCA, Becker TAC, Marques JVP, Hodnik PP. Programa de Apoio Telefônico para o Monitoramento do Diabetes Mellitus: Satisfação e Controle Glicêmico. Ciênc. Cuid. Saúde.2014;15(1):148-154.

# 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a disponibilidade dos isntrumentos adaptados para o contexto brasileiro com foco na qualidade do cuidado poderá fornecer subsídios importantes para estudos comparativos em diferentes contextos culturais, para as equipes de saúde em condições crônicas e gestores no planejamento da atenção integral em saúde aos pacientes em condições crônicas. Entendemos que os artigos ora apresentados apontam contribuições da enfermagem para a qualificação do cuidado, formação de recursos humanos em saúde para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para o avanço do conhecimento da enfermagem e sua interface com o diabetes mellitus.

As práticas de saúde necessitam de reorganização sintonizada com as transformações propostas em um novo modelo assistencial que ultrapasse o atendimento à demanda espontânea de saúde, centrada no cuidado médico individual. A atuação do enfermeiro deve estar alinhada com as ações de promoção, prevenção e a assistência para o alcance de maior efetividade e eficiência e dar respostas às necessidades da população com condições crônicas.

A educação deve ter enfoque multiprofissional, e a equipe deve ser formada por enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, farmacêuticos, psicólogos e médicos qualificados para as atividades de ensino. O trabalho deve ser planejado como processo educativo que articule a discussão das competências da equipe de saúde, com adoção de metodologias de ensino diversificadas e desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, para continuar aprendendo e se adaptar com flexibilidade às novas ocupações nos serviços de saúde.

Na educação em diabetes, é importante o estabelecimento de uma base de dados para a avaliação dos serviços de saúde ofertados e o desenvolvimento de pesquisas. O registro dos parâmetros antropométricos permite a avaliação sistematizada da manutenção ou redução do peso corporal, um dos maiores desafios na educação em diabetes. A hemoglobina glicada é considerada padrão-ouro para avaliação do controle glicêmico em vários serviços de saúde. Os exames laboratoriais de glicemia plasmática de jejum, pós-prandial, colesterol total e triglicerídeos devem ser registrados para acompanhamento do controle metabólico. Apesar da valorização dos valores de pressão arterial, há necessidade de padronização do procedimento e calibração dos instrumentos para assegurar a qualidade dos dados. Todas essas questões impõe a educação continuada nos serviços em uma perspectiva multiprofissional em saúde. A maior barreira para a avaliação das estratégias de

educação está relacionada à falta de registros adequados nos sistemas de informações. Essa dificuldade é mais acentuada nos serviços de atenção primária e secundária.

No desenvolvimento dos programas educativos, é recomendado envolver a família e/ou membro significativo na qualidade de colaborador nas ações de cuidado ao usuário com DM; conhecer as suas expectativas em relação aos resultados que ele espera obter no programa de educação em diabetes e valorizar o conhecimento popular e as representações construídas coletivamente sobre as estratégias de intervenção adotadas. Essas recomendações fortalecem as ações de autocuidado e promovem a adesão ao tratamento.

A reorganização das práticas de saúde carece de definição de estratégias utilizadas para a sua avaliação, em sintonia com às modificações propostas em um novo modelo assistencial que ultrapasse o atendimento à demanda espontânea, centrada no cuidado médico individual. O tratamento em condições crônicas exige mudanças no estilo de vida das pessoas e requer um tipo diferente de serviço de saúde, com gerenciamento da saúde por longo período. Desta forma, a avaliação do paciente com diabetes pode medir o cuidado em saúde e ser congruentes com o modelo do cuidado crônico.

Desta forma, busca-se contribuir com a disponibilização de dois instrumentos de avaliação do cuidado em diabetes na perspectiva da equipe multiprofissional e do paciente para o contexto brasileiro.

# *REFERÊNCIAS*[8]

[8] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Clinical practice recommendations. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 34, p. S1, 2011. Supplement 1.

ANDERSON, R. M.; FUNNELL, M. M.; AIKENS, J. E.; KREIN, S. L.; FITZGERALD, J. T.; NWANKWO, R.; TANNAS, C. L.; TANG, T. S. Evaluating the efficacy of an empowerment-based self-management consultant intervention: results of a two-year randomized controlled trial. **Ther. Patient Educ.**, Les Ulis, v. 1, n. 1, p. 3-11, Jun. 2009.

BASTABLE, S. **O enfermeiro como educador:** princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BEAGLEHOLE, R.; EBRAHIM, S.; REDDY, S.; VOUTE, J.; LEEDER, S. Prevention of chronic diseases: a call to action. **Lancet**, London, v. 370, p. 2152-2157, 2007.

BOSI, P. L.; CARVALHO, A. M.; CONTRERA, D.; CASALE, G.; PEREIRA, M. A.; GRONNER, M. F.; DIOGO, T. M.; TORQUARTO, M. T. C. G.; OISHI, J.; LEAL, A. M. O. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-79 years of the city of São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**., São Paulo, v. 53, p. 726-732, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

FUNNELL, M. M.; BROWN, T. L.; CHILDS, B. P.; HAAS, L. B.; HOSEY, G. M.; JENSEN, B.; MARYNIUK, M.; PEYROT, M.; PIETTE, J.D.; READER, D.; SIMINERIO, L. M.; WEINGER, K.; WEISS, M. A. National Standards for diabetes self-management education. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 34, p. S89-S96, Jan. 2011. Supplement 1.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of the diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 15, n. 11, p. 1509-1516, 1992.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M.; GIMENO, S. G. A.; MONDINI, L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 929-941, 2010.

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

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

SCHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P. Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Res. Clin. Pract.**, Amsterdam, v. 81, n. 1, p. 4-14, 2010.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; AZEVEDO E SILVA, G.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenge. **Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. São Paulo: SBD, 2009.

TORQUATO, M. T.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VIANA, L. A.; SOUZA, R. A. H. G.; LANNA, C. M. M.; LUCAS, J. C. B.; BIDURIN, C.; FOSS, M. C. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 121, p. 224-230, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Management of substance abuse:** process of translation and adaptation of instruments. Geneva: WHO, 2011. Disponível em <http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/>. Acesso em: 22/06/2011.

# *APÊNDICES*

# APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

1

**Roteiro para o Atendimento Multiprofissional ao Usuário com Diabetes Mellitus (DM) e/ou Hipertensão Arterial (HA)**
Programa de Aprimoramento Multiprofissional em HADM-SMSRP
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

| **Identificação da Unidade/Serviçou de Saúde de atendimento pelo PAMHADM** |
|---|
| Nome: |

| **Identificação do cidadão/ Usuário do Serviço de Saúde** | | |
|---|---|---|
| Hygia: | CNS: | |
| Nome da Unidade de Saúde: | | |
| Tipo de Unidade 1-UBS 2-USF 3-UBDS 4-Unid. Especializada:_____ | | |
| Micro área: ( ) NA | Família: | ( ) NA |
| Nome Completo: | | |
| Apelido/ Nome Social: | Data Nasc.: __ / __ / ____ | Idade: anos |
| Sexo 1- Masculino 2- Feminino | | |
| Raça/ Cor referida 1-Branca 2-Preta 3- Parda 4-Amarela 5- Indígena | | |
| Nome completo da mãe: | | |
| Nacionalidade 1-Brasileira 2-Naturalizado 3-Estrangeiro | | País de nascimento: |
| Município e UF de nascimento: | | |
| Logradouro: | Nº: | Complemento: |
| Bairro: | CEP: | |
| Telefone ( ) | Celular ( ) | |
| Recados, avisar a: | Telefone ( ) | |

| **Encaminhamento ao PAMHADM** | |
|---|---|
| Foi encaminhado? 1-Sim 2-Não | Categoria Profissional: |
| Nome do Profissional: | Serviço de origem: |
| HD: | |
| | |

| **Principais motivos do usuário para procura de atendimento multiprofissional** |
|---|
| |
| |
| |
| |

| **Dados Sócio-Demográficos** | | |
|---|---|---|
| Qual sua situação familiar/conjugal?<br>1-Solteiro(a)<br>4-Viúvo(a) | 2- Casado(a)/Convívio com parceiro(a)<br>5-Outra | 3- Divorciado(a)/ Separado(a) |
| Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?<br>1- Creche<br>2- Pré escola (exceto CA)<br>3- Classe Alfabetizada<br>4- Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries<br>5- Ensino Fundamental 5ª a 9ª séries<br>6- Ensino Fundamental Completo<br>7- Ensino Fundamental Especial | 8- Ensino Fundamental EJA – séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)<br>9- Ensino Fundamental EJA – séries finais (supletivo 5ª a 9ª)<br>10- Ensino médio, Médio 2º ciclo(cientifico, técnico e etc)<br>11- Ensino médio especial | 12- Ensino médio EJA (supletivo)<br>13- Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado<br>14- Alfabetização para adultos (Mobral, etc)<br>15- Nenhum |
| Qual sua situação no mercado de trabalho?<br>1- Empregador<br>2- Assalariado c/ carteira de trabalho<br>3- Assalariado s/ carteira de trabalho | 4- Autônomo com previdência social<br>5- Autônomo sem previdência social<br>6- Aposentado/Pensionista | 7- Desempregado<br>8- Outro |
| Possui crença religiosa? 1-Sim 2-Não | Qual? | É praticante? 1-Sim 2-Não 3-NA |
| Quantos cômodos têm em sua casa? | | |
| Quantas pessoas moram na casa? | Especifique: | |
| Qual a média da renda familiar mensal?<br>1- Até 2 SM 2- De 2 a 4 SM 3- De 4 a 10 SM 4- De 10 a 20 SM 5- Acima de 20 SM | | |
| É beneficiário de algum programa social? 1- Bolsa Família 2- Viva-leite 3- Deficiente 4 Outro | | |

2

| Dados autorreferidos pelo usuário do Serviço de Saúde | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Sobre seu peso, você se considera: 1- Abaixo do peso | 2- Peso Adequado | | | 3- Acima do peso | |
| É fumante 3. Sim Há quanto tempo Tipo: | 1- Não | 2.Ex-fumante Há quanto tempo Nº/dia | | | |
| Sente desejo de parar de fumar | 1- Sim | 2- Não | 3- NA | | |
| Já procurou ajuda | 1- Sim | 2- Não | 3- NA | Onde: | |
| Parou de fumar | 1- Sim | 2- Não | 3- NA | Há quanto tempo | |
| Foi orientado para parar de fumar | 1- Sim | 2- Não | 3- NA | Por quem | |
| Foi medicado para parar fumar | 1- Sim | 2- Não | 3- NA | Qual(is) medicamento(s): | |
| Convive com fumantes | 1- Sim | 2- Não | | Quem: | |
| **Você possui alguma dessas doenças:** | | | | Tempo de Diagnóstico | Tempo tratamento |
| Diabetes | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | | |
| Hipertensão | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | | |
| Hipercolesterolemia | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | | |
| Hipertrigliceridemia | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | | |
| HDL baixo | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | | |
| Teve Infarto | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | | |
| Teve AVC/ Derrame | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | | |
| Tem doença cardíaca/ do coração | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | Qual(is)? | |
| Tem ou teve problemas nos rins | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | Qual(is)? | |
| Sente formigamento ou diminuição da sensibilidade dos pés? | | | | 1- Sim 2- Não 3-NSR | |
| Faz exame de fundo de olho 1x/ano | 1- Sim | 2- Não | | 3- NSR | |
| Faz tratamento com laser para retinopatia | 1- Sim 2- Não 3. NSR | | | | |
| Tem amputação por diabetes? Qual(is): | 1- Sim | 2- Não | Quando: | 3-NSR | |
| Tem/teve outras doenças/ complicações? | | 1- Sim | 2- Não | Qual(is)? | |
| OBS: | | | | | |
| Foi ao ginecologista ou urologista no último ano? | | | | | |
| Faz acompanhamento médico de rotina: | 1.Sim 2. Não Qual(is)? | | | | |
| Tem vida sexual ativa 1.Sim 2. Não | | | | | |
| **Alguém da família tem/teve:** | | | | | |
| Diabetes | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | Quem: | |
| Hipertensão | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | Quem: | |
| Hipercolesterolemia | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | Quem: | |
| Hipertrigliceridemia | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | Quem: | |
| HDL baixo | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | Quem: | |
| Infarto/ Derrame | 1- Sim | 2- Não 3- NSR | | Quem: | |
| Morte precoce por doença cardiovascular | 1- Sim | 2- Não | | Quem: | |
| Outra(s) doença(s) | 1- Sim | 2- Não | | Qual(is): | |

| Vacinação | |
|---|---|
| Participa das campanhas de vacina da gripe anualmente? | 1- Sim 2- Não 3.NSR |
| Há quanto tempo foi seu último atendimento na sala de vacina? | |

| Saúde Bucal | | |
|---|---|---|
| Sente sua gengiva inchada ou dolorida? | 1- Sim 2- Não | |
| Sua gengiva sangra frequentemente ou quando escova os dentes? | 1- Sim 2- Não | |
| Usa prótese dentária | 1- Sim 2- Não | |
| Já teve instruções de higiene bucal? | 1- Sim 2- Não | |
| Quantas vezes ao dia você escova os dentes? | | |
| Quanto tempo geralmente dura cada escovação? | | |
| Quantas vezes ao dia usa fio dental? | | |
| Faz regularmente gargarejo com algum produto próprio para isso? | 1- Sim 2- Não | |
| Com qual frequência vai ao dentista? | | |
| Há quanto tempo foi seu último tratamento odontológico? | | Concluiu? 1- Sim 2- Não |
| Se não, por quê? | | |

3

| Dados Antropométricos | | |
|---|---|---|
| Peso (kg): Altura (cm): | IMC (Kg/m²): | Classificação: |
| Circunferência abdominal (cm): | Classificação: | |
| Circunferência braquial (cm): Tipo de manguito: | ( ) Adulto pequeno ( ) Adulto ( ) Adulto grande | |
| Medida PA sentado MSD: | Referencia ( ) | |
| Medida PA sentado MSE: | Referencia ( ) | |
| PA (sentado) 2: | PA (deitado) 1: | PA (em pé) 1: |
| | PA (deitado) 2: | PA (em pé) 2: |
| PA (sentado) média: | PA (deitado) média: | PA (em pé) média: |
| Frequência Cardíaca (bat/min): | | |
| Glicemia capilar (mg/dl) : | Medida em: 1- jejum 2-pós-prandial | |

## Atividade Física e Exercício Físico

**IPAQ - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA - VERSÃO CURTA**

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Para responder as questões lembre que:

-atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal;

-atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

**1a** Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por **SEMANA** ( ) Nenhum

**1b** Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

**2a.** Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração **(POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA)?**

dias _____ por **SEMANA** ( ) Nenhum

**2b.** Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

**3a** Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração?

dias _____ por **SEMANA** ( ) Nenhum

**3b** Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro

**4a.** Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**? _____horas ____minutos

**4b.** Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**? _____horas ____minutos

**CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA IPAQ**

**1. MUITO ATIVO:**

a) VIGOROSA: = 5 dias/sem e = 30 minutos por sessão

b) VIGOROSA: = 3 dias/sem e = 20 minutos por sessão + MODERADA e/ou CAMINHADA: = 5 dias/sem e = 30 minutos por sessão.

**2. ATIVO:**

a) VIGOROSA: = 3 dias/sem e = 20 minutos por sessão; ou

b) MODERADA ou CAMINHADA: = 5 dias/sem e = 30 minutos por sessão; ou

c) Qualquer atividade somada: = 5 dias/sem e = 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).

**3. IRREGULARMENTE ATIVO:** aquele que realiza atividade física porém insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Este grupo foi dividido em dois sub-grupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação:

**IRREGULARMENTE ATIVO A:** aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade:

a) Frequência: 5 dias/semana ou

b) Duração: 150 min/semana

**IRREGULARMENTE ATIVO B:** aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.

**4. SEDENTÁRIO:** aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

| Classificação Atividade Física segundo IPAQ: | Tempo que permanece sentado todo dia segundo IPAQ : |
|---|---|
| 1- Muito ativo | Tempo total que permanece sentado durante um dia durante a semana: horas minutos |
| 2- Ativo | |
| 3- A. Irregularmente Ativo<br>B. Irregularmente Ativo | Tempo total que permanece sentado durante um dia do final de semana: horas minutos |
| 4- Sedentário | |

4

| | | | |
|---|---|---|---|
| Faz exercício físico? 1- Sim 2- Não | | É orientada por um educador físico? 1- Sim 2- Não | |
| Qual: | Local: | Duração (minutos/dia): | Dias/semana: |
| Qual: | Local: | Duração (minutos/dia): | Dias/semana: |
| Qual: | Local: | Duração (minutos/dia): | Dias/semana: |
| | | Total minutos/semana: | Total dias/semana: |

| **Hábito Alimentar** | | | |
|---|---|---|---|
| Segue dieta? 1- Sim 2- Não | | | |
| Orientada por profissional? 1- Sim 2- Não | Qual profissional? | | |
| Onde realiza suas refeições habitualmente? | | Quem prepara? | |
| Horários refeições: | Nº de refeições/dia: | | |
| Usa adoçante artificial? 1- Sim 2- Não | Quantas pessoas almoçam e/ou jantam em casa? | | |
| Qual a gordura ou óleo utilizado para o preparo dos alimentos? | | | |
| Qual a quantidade de gordura/óleo consumido por mês? | | | |
| Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? 1- Sim 2- Não | | | |
| Usa tempero pronto? 1- Sim 2- Não | Faz contagem de carboidrato? 1- Sim 2- Não 3- NA | | |
| Usa bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não<br>Nº dose(s)*/dia: | Qual(is)?<br>Qual frequência? | | |
| **Ingestão de Água** | | | |
| Ingere água? 1- Sim 2- Não | Quantidade diária (ml): | | |

*1 dose = 360 ml cerveja ou 150 ml de vinho ou 45 ml de bebida destilada

| **Marcadores de consumo alimentar SISVAN: Nos últimos 7 dias em quantos dias você consumiu?** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Alimento /Bebida | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc.). | | | | | | | | |
| Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc.). Não considerar batata e mandioca. | | | | | | | | |
| Frutas frescas ou salada de frutas | | | | | | | | |
| Feijão | | | | | | | | |
| Leite ou iogurte | | | | | | | | |
| Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc.). | | | | | | | | |
| Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc.). | | | | | | | | |
| Bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote. | | | | | | | | |
| Bolachas/biscoitos doces ou recheados,doces, balas, chocolates (barra ou bombom). Não considerar diet. | | | | | | | | |
| Refrigerantes (não considerar os diet ou light). | | | | | | | | |

| **Aspectos Psicológicos** | | |
|---|---|---|
| **Impacto do diagnóstico** | | |
| Vou fazer algumas perguntas sobre quando você recebeu o diagnóstico de HAS e/ou DM. | | |
| Quantos anos você tinha quando descobriu que era **hipertenso**? _____ anos. ( ) NA | | |
| Você se lembra de alguma situação, positiva ou negativa, que estava passando na época do diagnóstico de **hipertensão**? ( ) NA | | |
| Quais: | | |
| | | |
| | | |
| Após receber o diagnóstico de **hipertensão** você sentiu alguma mudança: | | |
| Em sua rotina, ou seja, seu dia a dia? | 1- Sim 2- Não | Qual? |
| Em seu corpo? | 1- Sim 2- Não | Qual? |
| Nos seus sentimentos? | 1- Sim 2- Não | Qual? |
| Essas mudanças se mantém? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? |
| Quantos anos você tinha quando descobriu que tinha **diabetes**? _____ anos. ( ) NA | | |
| Você se lembra de alguma situação, positiva ou negativa, que estava passando na época do diagnóstico de **diabetes**? ( ) NA | | |
| Qual(is): | | |
| | | |
| | | |
| Após receber o diagnóstico de **diabetes** você sentiu alguma mudança: | | |
| Em sua rotina, ou seja, seu dia a dia? | 1- Sim 2- Não | Qual? |
| Em seu corpo? | 1- Sim 2- Não | Qual? |
| Nos seus sentimentos? | 1- Sim 2- Não | Qual? |

5

| | | |
|---|---|---|
| Essas mudanças se mantém? | 1- Sim 2- Não | Quais? |

**Atitudes e Crenças**

Algumas pessoas que tem diabetes e/ou hipertensão pensam algumas coisas sobre como é ter essas doenças. Vou ler algumas frases que as pessoas costumam dizer a respeito disso e você me responde se: 1- concorda, 2- discorda ou 3- concorda parcialmente.

A maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de ter diabetes e/ou hipertensão.
( ) Por quê?

Ter diabetes e/ou hipertensão muda a personalidade das pessoas, ou seja, "o jeito de ser" das pessoas.
( ) Por quê?

Procuro não deixar que as pessoas saibam quem tenho hipertensão e/ou diabetes.
( ) Por quê?

Acredito que convivo bem com o diabetes e/ou hipertensão.
( ) Por quê?

**Percepção de Saúde**

Vou ler algumas frases e gostaria que você me respondesse como você percebe a sua saúde.

Minha saúde de modo geral é:
1- Muito boa 2- Boa 3- Razoável 4- Péssima

Comparando minha saúde com a de pessoas da mesma idade, acho que minha saúde é:
1- Melhor 2- Igual 3- Pior

Comparando minha saúde de hoje com a minha saúde de 5 anos atrás, sinto que ela é:
1- Melhor 2- Igual 3- Pior

Pensando na minha saúde hoje, acho que daqui 5 anos ela vai estar:
1- Melhor 2- Igual 3- Pior

**Estresse e Suporte Social**

Vou descrever algumas situações e gostaria de saber se alguma(s) dela(s) aconteceu(am) nos últimos 12 meses.

Você...

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| casou-se? | 1-Sim | 2- Não | divorciou-se? | 1-Sim 2- Não |
| engravidou? | 1-Sim | 2- Não | mudou-se? | 1-Sim 2- Não |
| teve aborto? | 1-Sim | 2- Não | teve problema financeiro? | 1-Sim 2- Não |

| | | | |
|---|---|---|---|
| teve problema de saúde? | 1-Sim | 2- Não | Qual? |
| sofreu algum acidente? | 1-Sim | 2- Não | Qual? |
| ficou hospitalizado? | 1-Sim | 2- Não | Por quê?<br>Quando?<br>Quanto tempo?<br>Teve acompanhante? |
| fez ou faz tratamento psiquiátrico? | 1-Sim | 2- Não | Por qual motivo?<br>Há quanto tempo?<br>Onde? |
| teve mudança de atividades sociais? | 1-Sim | 2- Não | |
| teve mudança de atividades recreativas? | 1-Sim | 2- Não | |
| teve mudanças de hábitos pessoais? | 1-Sim | 2- Não | |
| teve algum problema com a justiça? | 1-Sim | 2- Não | |

Em seu trabalho...

| | | | |
|---|---|---|---|
| teve mudança de emprego? | 1-Sim | 2- Não | 3- NA |
| teve dificuldades com a chefia? | 1-Sim | 2- Não | 3- NA |
| perdeu o emprego? | 1-Sim | 2- Não | 3- NA |
| foi promovido e/ou recebeu elogios? | 1-Sim | 2- Não | 3- NA |

Em sua família...

| | | | |
|---|---|---|---|
| alguém ficou doente? | 1-Sim | 2- Não | Quem?<br>Qual enfermidade? |
| alguém ficou internado? | 1-Sim | 2- Não | Quem? |
| alguém casou? | 1-Sim | 2- Não | Quem? |
| alguém engravidou? | 1-Sim | 2- Não | Quem? |
| teve nascimento? | 1-Sim | 2- Não | Quem? |
| alguém se divorciou? | 1-Sim | 2- Não | Quem? |
| houve alguma mudança do número de pessoas que moram em sua casa? | 1-Sim | 2- Não | Motivo: |
| teve alguma perda? (falecimento) | 1-Sim | 2- Não | Quem? |

Em sua rede de amigos...

| | | | |
|---|---|---|---|
| houve algum falecimento? | 1-Sim | 2- Não | Quem? |

6

| Desempenho Ocupacional | | | |
|---|---|---|---|
| Participa de atividades domésticas/arrumação da casal? | 1- Sim 2- Não | | |
| Se sim, cite algumas atividades domésticas que realiza: | | | |
| É responsável por cuidar de alguma pessoa? | 1- Sim 2- Não | Quem? | |
| Tem segmento com alguma rede de apoio? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| Quais os meios de informação que mais utiliza? | | | |
| Quais os meios de locomoção que mais utiliza? | | | |
| **Em seu local de trabalho:** | | | |
| Permanece muito tempo sentado durante o horário de trabalho? | 1- Sim 2- Não 3- NA | | |
| Há momentos para descanso/ pausa para o almoço? | 1- Sim 2- Não | | |
| Há sobrecarga de serviço? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| Está satisfeito com seu trabalho atual? | 1- Sim 2- Não | OBS: | |
| **Lazer e participação social:** | | | |
| Participa de eventos na comunidade?<br>Quais e com que frequência? | 1- Sim 2- Não | | |
| **Descanso e sono:** | | | |
| Apresenta alguma dificuldade para dormir? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| Apresenta alguma dificuldade para acordar? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| Mantém-se cansado ao longo do dia? | 1- Sim 2- Não | OBS: | |
| Costuma repousar após o almoço? | 1- Sim 2- Não | OBS: | |
| **Cuidados pessoais:** | | | |
| Possui algum cuidador? | 1- Sim 2- Não | Quem? | |
| É acamado? | 1- Sim 2- Não | | |
| Quanto tempo está nessa condição? | | | |
| Apresenta alguma dificuldade para: | | | |
| Tirar a roupa? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| Vestir-se? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| Ensaboar-se durante o banho? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| Enxugar-se após o banho? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| Escovar os dentes? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| Na alimentação apresenta alguma dificuldade para: | | | |
| Cortar o alimento? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| Levar o copo/alimento a boca? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| Mastigar ou engolir o alimento/ líquido? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| Precisa de auxilio para lembrar de tomar suas medicações? | 1- Sim 2- Não | | |
| Necessita de ajuda para tomar ou aplicar suas medicações? | 1- Sim 2- Não | | |
| Usa fraldas? | 1- Sim 2- Não | Quantidade usada por dia: | |
| As fraldas são adquiridas através de: | 1- Compras 2- Doações | OBS: | |
| Quem as compram? | | | |
| Quem as doam? 1- Família 2- Amigos 3- Vizinhos 4-ONG's 5- Farmácia 6- Órgão público 7- Outros 8-NA | | | |
| Consegue segurar/ controlar a saída de urina e fezes até a ida ao banheiro? 1- Sim 2- Não | | | |
| Quantas vezes ao dia urina? | OBS: | | |
| Quantas vezes ao dia evacua? | OBS: | | |
| **Mobilidade funcional:** | | | |
| Usa órtese/prótese? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| Seu caminhar ocorre: | | | |
| 1- Sem dificuldades, de forma independente? | 1- Sim 2- Não | OBS: | |
| 2- Com algum apoio/auxílio? | 1- Sim 2- Não | Qual(is)? | |
| 3- Apenas com auxílio da cadeira de rodas? | 1- Sim 2- Não | OBS: | |
| 4- NA | | OBS: | |

7

| **Exame Laboratoriais.** (anotar o valor) | | | |
|---|---|---|---|
| Exames | Data: | Data: | |
| Glicose jejum (mg/dL) | | | |
| Glicose posprandial (mg/dL) | | | |
| Hemoglobina glicada(mg/dL) | | | |
| Colesterol (mg/dL) | | | |
| Triglicerides(mg/dL) | | | |
| HDL (mg/dL) | | | |
| LDL (mg/dL) | | | |
| Ureia (mg/dL) | | | |
| Creatinina (mg/dL) | | | |
| Sodio(meq/l) | | | |
| Potassio (meq/l) | | | |
| Ácido úrico (mg/dL) | | | |
| Urina rotina | | | |
| Proteinúria(mg/ 24 horas) | | | |
| Microalbuminúria (mg/12h) | | | |
| TSH(µg/dL) | | | |
| Fundo olho | | | 1. Sim 2. Não |

| **Medicamentos do Usuário** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Medicamentos (mg)** | **Horário e quantidade que usa (em comprimido).** | | | **Horário e quantidade prescrita (em comprimido).** | | |
| | **M** | **T** | **N** | **M** | **T** | **N** |
| Hidroclorotiazida | | | | | | |
| Enalapril | | | | | | |
| Losartana | | | | | | |
| Anlodipino | | | | | | |
| Clonidina | | | | | | |
| Metildopa | | | | | | |
| Propranolol | | | | | | |
| Carvedilol | | | | | | |
| Glibenclamida | | | | | | |
| Gliclazida MR | | | | | | |
| Metformina | | | | | | |
| Sinvastatina | | | | | | |
| AAS | | | | | | |
| Levotiroxina | | | | | | |
| Outros: | | | | | | |

Utiliza medicamentos não prescritos? 1- Sim 2- Não
Se sim, em qual situação?

Qual(is) medicamento(s)?

Utiliza outra(s) forma(s) de tratamento para hipertensão e/ou diabetes? 1- Sim 2- Não

| **Insulinoterapia** | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Insulina em uso:** | **Horário e quantidade que usa.** | | | | | **Horário e quantidade prescrita.** | | | | |
| | Antes do café | Antes do almoço | Lanche da tarde | Antes do jantar | Antes do deitar | Antes do café | Antes do almoço | Lanche da tarde | Antes do jantar | Antes do deitar |
| NPH | | | | | | | | | | |
| Regular | | | | | | | | | | |
| Outras: | | | | | | | | | | |

Usa Insulina? 1- Sim 2- Não 3- NA Se sim, há quanto tempo? Quem aplica?

Qual a forma de aplicação? 1- SER 100UI 2- SER 50UI 3- SER 30UI 4- Caneta 5- Bomba de insulina

Faz rodízio de local de aplicação? 1- Sim 2- Não
Onde geralmente aplica? 1- Posterior do braço 2- Abdômen 3- Lateral da coxa 4- Dorso glúteo

Faz mistura de insulina na seringa? 1- Sim 2- Não Se sim, qual insulina aspira primeiro?

Coloca ar no frasco de NPH antes de aspirar? 1- Sim 2- Não

8

| | |
|---|---|
| Reutiliza a seringa? 1- Sim 2- Não | Se sim, quantas vezes? |
| Onde descarta as seringas/lancetas? | Aonde guarda a insulina? |
| | |

**Monitoramento da glicemia**

| | |
|---|---|
| Faz monitorização da glicemia? 1- Sim 2- Não<br>Se sim, onde e quem faz?<br>Que frequência por dia/por semana? | Faz automonitorização? 1- Sim 2- Não<br>Tem glicosimetro? 1- Sim 2- Não<br>Número de testes recomendados |

**Horário e quantidade de testes realizados habitualmente na semana:**

| Antes do café | Pós café | Antes do almoço | Pós almoço | Lanche da tarde | Antes do jantar | Pós jantar | Antes do deitar | madrugada |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

**Avaliação e Rastreamento da dor Neuropática, Perda da Sensibilidade Protetora e Doença Arterial Periférica**

**Identificação da dor neuropática – Características dos sintomas neuropáticos**
Em relação às pernas e pés (assinale o achado: três itens em **negrito** positivo já indicam dor moderada )

| | |
|---|---|
| | Você sente com maior frequência : |
| | **Queimação, dormência ou formigamento** ou |
| | **Fadiga, câimbras ou dor (facada, pontada, lancinante)** |
| | O local do sintoma é: |
| | **Nos pés ou pernas** |
| | Outro local |
| | O sintoma: |
| | **Surge ou piora a noite** |
| | **Surge durante o dia e à noite** |
| | Apenas durante o dia |
| | **Já acordou por causa do sintoma à noite. Sim** |
| | O que alivia o sintoma |
| | **Ao caminhar** |
| | Ao repousar |

**Avaliação da intensidade do sintoma neuropático: Escala Visual Analógica (EVA)**

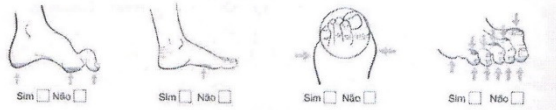
SEM DOR - 0 mm 100 mm - PIOR DOR POSSÍVEL

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mensuração** | | | | **mm** | **Intensidade** | | **Leve <40 mm** | | **Moderada >=40-69 mm** | | **Grave>=70 mm** |

**Inspeção dos Pés (assinale o achado positivo e negativo):**

| | **Pé Direito** | **Pé Esquerdo** |
|---|---|---|
| Vasos dilatados dorsais | 1-Sim 2- Não | 1-Sim 2- Não |
| Pele seca, rachadura , fissuras | 1-Sim 2- Não | 1-Sim 2- Não |
| Cor da pele anormal | 1-Sim 2- Não | 1-Sim 2- Não |
| Micose ou lesão interdigital | 1-Sim 2- Não | 1-Sim 2- Não |
| Micose ungueal ou alterações das unhas | 1-Sim 2- Não | 1-Sim 2- Não |
| Pelos presentes | 1-Sim 2- Não | 1-Sim 2- Não |
| Calosidades | 1-Sim 2- Não | 1-Sim 2- Não |
| Calçados inadequados | 1-Sim 2- Não | 1-Sim 2- Não |
| Corte inadequado das unhas ou unhas encravadas | 1-Sim 2- Não | 1-Sim 2- Não |

**Deformidades (assinale):**

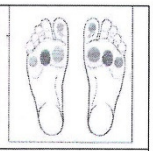



Formulário confeccionado com base no Termo de Cooperação Técnico-Científico assinado entre a SRO-DF e a SES-DF, em 21 de junho de 2012.

**Perda da Sensibilidade Protetora (PSP)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Monofilamento (qualquer área de teste insensível) | Áreas de teste 1º, 3º e 5º metatarsos e | |
| | Sensibilidade Vibratória diminuída ou ausente | | |
| | Sensibilidade dolorosa diminuída ou ausente | | |

9

| | | |
|---|---|---|
| Sensibilidade ao frio diminuída ou ausente | halux bilateralmente |  |
| Reflexos aquileus diminuídos ou ausentes | | |
| PSP= monofilamento alterado + 1 ou mais teste anormal | **PSP: 1-Sim 2- Não** | |

| **Doença Arterial Periférica (DAP): Palpação de Pulsos e Tomada do Índice Tornozelo Braço (ITB)*** | | |
|---|---|---|
| **Palpação de pulsos** | | |
| | **Pé Direito** | **Pé Esquerdo** |
| Pulso Arterial pedioso diminuído ou ausente | 1-Sim 2- Não | 1-Sim 2- Não |
| Pulso arterial tibial posterior diminuído ou ausente | 1-Sim 2- Não | 1-Sim 2- Não |
| **ITB: Pressão Sistólica Máxima da Perna / Pressão Sistólica Braquial Máxima (normal de 0,9 a 1,3)** | | |
| | **Direita** | **Esquerda** |
| Pressão Sistólica Artéria tibial posterior | | |
| Pressão Sistólica Artéria Pediosa | | |
| Pressão Sistólica Artéria Braquial | | |
| | | |
| MMII / MMSS = Resultado | | |
| DAP= ITB < 0,9 | **DAP: 1-Sim 2- Não** | |
| **Amputação:** | | |
| **Pé Direito** 1-Sim 2- Não | **Pé Esquerdo** 1-Sim 2- Não | |
| Amputação maior (acima do tornozelo) 1-Sim 2- Não | Amputação menor (abaixo do tornozelo ) 1-Sim 2- Não | |
| **Úlcera Prévia** | | |
| **Pé Direito** 1-Sim 2- Não | **Pé Esquerdo**1-Sim 2- Não | |
| **Úlcera Ativa** | | |
| **Pé Direito**1-Sim 2- Não | **Pé Esquerdo**1-Sim 2- Não | |
| **Classificação da úlcera** | | |
| Neuropática (PSP +- deformidades) | Isquêmica (DAP presente) | Neuroisquêmica |

Formulário elaborado com base no termo de cooperação técnico científico assinado entre SBD-DF e SES-DF em junho de 2012
Fonte: Neuropatias e Pé diabético , Pedrosa , Vilar e Boulton, 2014; Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015

## FICHA RESUMO

| **Principais Diagnósticos do Usuário** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Diabetes Tipo 1 | 1- Sim | 2- Não | Obesidade | 1- Sim | 2- Não |
| Diabetes Tipo 2 | 1- Sim | 2- Não | Tabagismo | 1- Sim | 2- Não |
| Hipertensão? | 1- Sim | 2- Não | Sedentarismo | 1- Sim | 2- Não |
| Dislipidemia? | 1- Sim | 2- Não | Outras doenças? | 1- Sim | 2- Não |
| | | | | | |
| | | | | | |

| **Orientações e encaminhamentos:** | | | |
|---|---|---|---|
| Orientações/Metas e Encaminhamento | Nome Profissional | Conselho | Data |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# APÊNDICE B – Questionário para Avaliação do Cuidado de Pacientes com Doença Crônica

## Questionário para Avaliação do Cuidado de Pacientes com Doença Crônica

### Cuidados com a sua doença crônica

Manter-se saudável pode ser difícil quando você tem uma doença crônica. Nós gostaríamos de saber sobre a ajuda que você recebe da equipe de saúde com relação à sua condição. Esta ajuda pode incluir o seu médico, seu enfermeiro ou outros profissionais de saúde que tratam da sua doença. Suas respostas serão mantidas em sigilo e não serão reveladas a ninguém.

**Para responder a todas as questões deste questionário, você deverá pensar na ajuda do cuidado recebido para a sua doença crônica nos últimos 6 meses e assinalar uma resposta para cada questão:**

| | Nunca | Quase Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** Perguntaram a minha opinião, quando foi feita a proposta de tratamento. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **2.** Deram opções de tratamento, para que eu pensasse a respeito. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **3.** Perguntaram se tenho algum problema com os medicamentos que tomo ou com os seus efeitos. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **4.** Deram uma lista por escrito de coisas que eu deveria fazer para melhorar a minha saúde. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **5.** Fiquei satisfeito com a organização dos cuidados prestados. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **6.** Mostraram que a maneira como eu me cuidava poderia melhorar ou piorar a minha doença. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **7.** Perguntaram quais os meus objetivos no tratamento da doença. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **8.** Ajudaram a estabelecer objetivos específicos, para melhorar meus hábitos alimentares ou atividade física. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **9.** Deram uma cópia da minha proposta de tratamento. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **10.** Estimularam a participar de grupos ou aulas específicas para aprender a conviver com a minha doença crônica. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **11.** Perguntaram, diretamente ou por meio de questionário, sobre meus hábitos de saúde. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |

**Para responder todas as questões desse questionário, você deverá pensar na ajuda do cuidado recebido para a sua doença crônica <u>nos últimos 6 meses</u> e assinalar uma resposta para cada questão:**

| | Nunca | Quase Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
|---|---|---|---|---|---|
| **12.** Tive certeza de que o meu médico ou enfermeiro respeitava meus valores e costumes, quando eles recomendavam tratamentos para mim. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **13.** Ajudaram a fazer uma proposta de tratamento que eu pudesse pôr em prática no meu dia a dia. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **14.** Ajudaram a planejar com antecedência o cuidado da minha doença, mesmo nos momentos difíceis. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **15.** Perguntaram como minha doença crônica afeta minha vida. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **16.** Entraram em contato comigo, depois de uma consulta, para verificar como estava o controle da minha doença. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **17.** Estimularam a participar de programas na comunidade que poderiam me ajudar. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **18.** Fui encaminhado para um nutricionista e/ou outro profissional de saúde. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **19.** Falaram como as consultas com outros especialistas, como, por exemplo, oftalmologista ou cirurgião ajudavam no meu tratamento. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **20.** Perguntaram como as minhas consultas com outros médicos estavam indo. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |

<u>Pontuação das Escalas PACIC:</u>

| | |
|---|---|
| Participação Ativa do Paciente no Tratamento | Média dos Itens 1-3 |
| Modelo do Sistema de Cuidado / Modelo para a Prática | Média dos Itens 4-6 |
| Estabelecimento de Metas / Adaptação | Média dos Itens 7-11 |
| Resolução de Problemas / Contexto | Média dos Itens 12-15 |
| Seguimento / Coordenação | Média dos Itens 16-20 |

# *ANEXO*

# ANEXO 1 - ARTIGO 1

04/01/2018 E-mail de Universidade de São Paulo - [TEMPUS] Decisão editorial

**Carla Regina de Souza Teixeira <carlarst@eerp.usp.br>**

## [TEMPUS] Decisão editorial

**Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça (Editora Executiva)** 25 de março de 2017
<juliocesar.unb@gmail.com> 09:58
Responder a: "Profa. Ieda Maria Ávila Vargas Dias" <vargasdias@hotmail.com>
Para: sra carla regina de souza teixeira <carlarst@eerp.usp.br>

Sra Carla Regina de Souza TTeixeira:

Foi tomada uma decisão sobre o artigo submetido à Tempus Actas de Saúde Coletiva, "Validação do roteiro de atendimento multiprofissional à pessoa com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial".

A decisão é que seu artigo foi aprovado para publicação no próximo numero (março -2017) para tanto é necessário que as sugestões contidas nos pareceres (disponíveis na plataforma) sejam atendidas e a ultima versão do manuscrito devolvida até o dia 27-03. Parabenizamos os autores e ficamos no aguardo.

Profa. Ieda Maria Ávila Vargas Dias
Faculdade de Ciências da Saúde UNB
vargasdias@hotmail.com
UNB

---

Tempus Actas de Saúde Coletiva
http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus
er

# ANEXO 2 - ARTIGO 2

## [TEMPUS] DECISÃO EDITORIAL

**Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça (Editora Executiva)** <juliocesar.unb@gmail.com>
Responder a: Darlinton Jones <darlintonjones2@gmail.com>
Para: sra carla regina de souza teixeira <carlarst@eerp.usp.br>

Sra. Carla Regina de Souza Teixeira, o artigo denominado "Validação do Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) em diabéticos brasileiros" foi aprovado com algumas alterações.

Segundo nossos pareceristas:
"O trabalho apresenta potencial inovador e de contribuições para o campo da saúde coletiva e assistência a pessoa com diabetes mellitus. Entretanto, algumas alterações no modo de escrita do artigo precisam ser revisados para maior compreensão pelo leitor.".

Seguindo com a submissão, segue anexo o documento com as orientações para as correções. Favor, anexar a correção do artigo na plataforma até o dia 10/01/2018, com as correções que irão ser feitas em destaque para seguirmos com o próximo passo.

Revista Eletrônica
Tempus Actas de Saúde Coletiva

---

Tempus Actas de Saúde Coletiva
http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus

**2400-7294-1-RV.docx**
78K