

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM**

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO “*BEHAVIOR CHANGE PROTOCOL*”
PARA A LÍNGUA PORTUGUESA-BRASIL**

FERNANDA AZEREDO CHAVES

Belo Horizonte,

2014

FERNANDA AZEREDO CHAVES

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO “*BEHAVIOR CHANGE PROTOCOL*”
PARA A LÍNGUA PORTUGUESA-BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do programa de Pós- Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais- EEUFMG, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Educação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Heloísa de Carvalho Torres

Belo Horizonte,

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

C512t Chaves, Fernanda Azeredo.
Tradução e adaptação transcultural do “Behavior Change Protocol” para a língua portuguesa - Brasil [manuscrito]. / Fernanda Azeredo Chaves. -- Belo Horizonte: 2014.
110f.: il.
Orientador: Heloisa de Carvalho Torres.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Educação em Saúde. 2. Poder (Psicologia). 3. Estudos de Validação. 4. Diabetes Mellitus. 5. Pessoal da Saúde/educação. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Torres, Heloisa de Carvalho. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 590

ATA DE NÚMERO 441 (QUATROCENTOS E QUARENTA E UM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA FERNANDA AZEREDO CHAVES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 30 (trinta) dias do mês de abril de dois mil e quatorze, às 10:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO "BEHAVIOR CHANGE PROTOCOL" PARA A LÍNGUA PORTUGUESA - BRASIL*", da aluna **Fernanda Azeredo Chaves**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Educação em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Heloisa de Carvalho Torres (orientadora), Ana Emilia Pace e Adriana Silvina Pagano, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

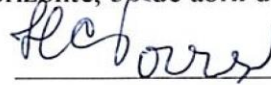
(x) APROVADA;

() APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Lucilene Batista Soares Braga, Secretária em exercício do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 30 de abril de 2014.

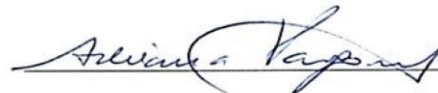
Profª. Drª. Heloisa de Carvalho Torres
 Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



Profª. Drª. Ana Emilia Pace
 (EERP/USP)



Profª. Drª. Adriana Silvina Pagano
 (LETRAS/UFMG)



Lucilene Batista Soares Braga
 Secretária em exercício do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG

Em 05/05/14

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
 Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
 ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

DEDICATÓRIA

*Aos profissionais da saúde e
aos que por eles são assistidos.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço *a Deus* invisível, mas real, meu refúgio e fortaleza de cada instante. Obrigada pela oportunidade de aprender e pela esperança de que os frutos deste trabalho contribuam para ajudar outras pessoas.

À minha querida orientadora *Heloísa* por me mostrar um mundo novo, repleto de conhecimentos e sabedoria. A você meu especial respeito e agradecimento pela disponibilidade e confiança e por ser responsável pelo meu crescimento pessoal e profissional. MUITÍSSIMO obrigada por partilhar momentos significativos de minha vida e por permitir a visualização de novas oportunidades.

Às professoras *Adriana Pagano e Ilka Afonso* pelas contribuições na realização deste estudo, pela gentileza, receptividade e orientações.

Aos meus pais, *Francisco e Adriana*, que me ensinaram com muito amor a vencer obstáculos e a acreditar que a vida é a mais bela oportunidade concedida por Deus. A vocês devo o que sou e o que sei. Minha eterna gratidão pelo amor que sempre recebi. Amo vocês!

Aos meus irmãos, *Filipe e Elma*, muito obrigada pelo amor, incentivo e apoio que sempre demonstraram e por estarem torcendo por mim em todos os momentos.

À *Samara* e ao *Cassiano* pela paciência e pelas palavras sábias sempre nos momentos certos.

Aos meus *familiares e amigos* pela compreensão dos momentos ausentes e principalmente pela força e apoio nos momentos mais importantes da minha vida.

Ao *corpo docente* da Escola de Enfermagem da UFMG pela ajuda em minha trajetória acadêmica e pela contribuição no meu crescimento pessoal e profissional.

Às *colegas e amigas* do Núcleo de Gestão, Educação e Avaliação em Saúde (NUGEAS) e *colegas de mestrado* pela companhia, apoio e ajuda ao longo dessa caminhada.

Às bolsistas de iniciação científica (*Célia e Elisângela*), de apoio técnico do NUGEAS (*Cristiane*) e à bolsista de iniciação científica da FALE (*Júlia*) pela valiosa contribuição na coleta dos dados, transcrição das falas e consolidação do banco de dados. Sem vocês este trabalho não poderia ser realizado.

A *todos os participantes do comitê de juízes* pelas discussões construtivas e pela cooperação durante a coleta dos dados.

Aos *profissionais* que trabalham na Estratégia de Saúde da Família do município de Belo Horizonte - Distrito Leste, profundos agradecimentos.

Aos *meus colegas de trabalho* do Centro de Saúde Alto Vera Cruz, às gerentes da unidade (*Suely e Michele*) pela compreensão e apoio neste momento importante da minha caminhada profissional. E a minha sincera gratidão à *Ana Carolina e à Rousemeir* pelas contribuições realizadas neste trabalho.

A *CAPES* – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior por ter me agraciado com uma bolsa de pesquisa.

“Onde quer que haja mulheres e homens, há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender” (Paulo Freire).

EPÍGRAFE

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que compartilha o que sabe e aprende o que ensina”.

(Cora Coralina)

RESUMO

CHAVES, Fernanda Azeredo. **Tradução e adaptação cultural do “*Behavior Change Protocol*” para a língua portuguesa- Brasil.** 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

Este trabalho tem como objetivo realizar a tradução e a validação semântica, idiomática, cultural e conceitual do “*Behavior Change Protocol*” para o português brasileiro. O instrumento originalmente desenvolvido na língua inglesa americana tem por finalidade orientar e oferecer estratégias baseadas em evidências científicas para que os profissionais de saúde realizem ações educativas em Diabetes *Mellitus* pautadas na abordagem “*empowerment*”. Essa abordagem é baseada nos pressupostos teóricos de Freire (1987) e requer práticas educativas diretivas, formais, pautadas no diálogo, na escuta qualificada e na redefinição de papéis por parte dos profissionais e dos usuários. Na abordagem “*empowerment*”, considera-se que 98% dos cuidados exigidos para o tratamento do diabetes são de responsabilidade do próprio usuário. O profissional de saúde é considerado experiente em saberes relativos ao diabetes, mas são os usuários os sujeitos responsáveis pelo gerenciamento de suas escolhas e necessidades diárias. Neste contexto, o profissional da saúde atua como facilitador do processo de autonomia do sujeito, auxiliando o indivíduo a avaliar suas necessidades e a desenvolver um plano de cuidados de acordo com as suas necessidades diárias. A tradução e adaptação cultural do instrumento foram realizadas conforme procedimentos recomendados internacionalmente por Beaton *et al.* (2000), compreendendo quatro das cinco etapas preconizadas: 1- Tradução inicial; 2- Síntese da tradução; 3- Retrotradução ou tradução para a volta ao idioma original (back-translation) ; 4- Avaliação pelo Comitê de juízes. A tradução do protocolo foi realizada de forma independente por tradutores especialistas em linguística e tradução avançada originando duas traduções (T1) e (T2) que foram consolidadas na versão (T1-2). Essa versão foi submetida a um terceiro tradutor doutor na área de linguística e tradução inglesa. A versão (T1-2) foi revisada 12 vezes até um consenso que gerou a versão síntese final (T12). Esta versão foi submetida a etapa de retrotradução realizada por dois tradutores independentes e vinculados a um programa de Pós-Graduação em estudos linguísticos. As versões (BT1) e (BT2) foram comparadas e geraram a versão síntese (T13). A comparação da versão-síntese (T13) com a versão original ocorreu durante a fase de avaliação pelo Comitê de Juízes que objetivou realizar a validação semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento. A colaboração dos tradutores especialistas na área de linguística foi de fundamental importância, a promoção do diálogo interdisciplinar permitiu a elaboração de uma versão final qualificada e criteriosa, permitindo a construção de conhecimentos elaborados e críticos pelos profissionais envolvidos nas discussões. Constatou-se equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual entre a versão final em português e a versão original em inglês. O processo de tradução e validação semântica é o primeiro passo para que um protocolo de qualidade esteja disponível para aplicação em outro contexto cultural. Salienta-se a importância de análises futuras da aceitabilidade do instrumento e da avaliação das suas propriedades psicométricas para que o “*Behavior Change Protocol*” seja considerado apto para uso em amostras brasileiras.

Descritores: poder (psicologia); educação em saúde; promoção da saúde; estudos de validação; diabetes mellitus.

ABSTRACT

CHAVES, Fernanda Azeredo. **Translation, cultural adaptation of “*Behavior Change Protocol*” to portuguese language - Brazil.** 2014. 110 f. Dissertation (Master Degree in Nursing)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, BeloHorizonte, 2014.

This study aims to realise the translation and semantic, idiomatic, cultural and conceptual validation of the "Behavior Change Protocol" for Brazilian Portuguese. The instrument originally developed in the American English language has purpose to guide and provide evidence-based strategies for that health professionals can to conduct educational activities in Diabetes Mellitus guided in the "empowerment" approach. This approach is based on the theoretical principles of Freire (1987) and required formal educational practices based on dialogue, qualified listening and in redefining roles by professionals and users. In empowerment approach, it is considered that 98% of cares required for the treatment of diabetes are the responsibility of the patient. The health professional is considered expert in knowledge relating to diabetes, but patients are responsible to manage their daily choices and needs. In this context, the health professional acts as facilitator of the autonomy of the patient, helping the individual to assess their needs and develop a plan of care according to their daily needs. The translation and cultural adaptation of the instrument were performed according to internationally recommended by Beaton et al procedures. (2000), comprising four of the five recommended steps: 1 - Initial translation; 2 - Summary of translation; 3 - back translation or translation back to the original (back-translation) language; 4 - Evaluation of the Judges Committee. The translation of the protocol was performed independently by experts in advanced translation and linguistics. It was performed two translations (T1) and (T2) that were consolidated in version (T1-2). This version was submitted to third expert translator in the field of linguistics and English translation. The version (T1-2) was revised 12 times until that established a consensus that generated the final synthesis version (T12). This version was submitted to the back-translation by two independent translators that were inserted to a program of Graduate studies in linguistic. Versions (BT1) and (BT2) were generated and compared to synthetic version (T13). The comparison of the synthesis version (T13) with the original version took place during the Judges Committee that had as aim to realize semantic, idiomatic, cultural and conceptual validation of the instrument. The collaboration of experts in translation and linguistic had fundamental importance to promote interdisciplinary dialogue, that allowed the development a qualified and judicious final version, allowing the construction of elaborate knowledge and critical by the professionals involved in discussion. It was found semantic, idiomatic, cultural and conceptual equivalence between final version in Portuguese and the original English version. The process of translation and semantic validation is the first step for that a quality instrument can be available in another cultural context. Stresses the importance of further analysis of the acceptability of the instrument and of the evaluation of its psychometric properties for that "Behavior Change Protocol" will be considered suitable to use in Brazilian samples.

Key words: power (psychology); health education; health promotion; validation studies; diabetes mellitus.

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1-** Comparação entre a abordagem educativa “*empowerment*” e a abordagem educativa tradicional para o DM.....23
- QUADRO 2-** Comportamentos de autocuidado e padrões nacionais para o DSME.....25
- QUADRO 3-** Situações em que a tradução e a adaptação cultural de instrumentos/escalas são necessárias.....37
- QUADRO 4-** Conceitos e principais estratégias para a avaliação da equivalência cultural.....40
- QUADRO 5-** Apresentação das duas versões traduzidas (T1 e T2) e da versão-síntese das duas traduções (T13). Belo Horizonte - MG, 2014.....47
- QUADRO 6-** Apresentação da versão original e das duas versões retrotraduzidas do “*Behavior Change Protocol*” (BT1 e BT2). Belo Horizonte - MG, 2014.....51
- QUADRO 7-** Apresentação dos itens modificados da versão-síntese das traduções (T13) na avaliação do Comitê de juízes para a obtenção da primeira versão consensual denominada neste estudo por versão final. Belo Horizonte- MG, 2014.....56
- QUADRO 8-** Apresentação do tipo de problema observado/ ações realizadas e comentários por item do protocolo, após avaliação do comitê de juízes, Belo Horizonte- MG, 2014.....60

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1:** Avaliação contínua de resultado do DSME. Belo Horizonte, 2014.....27
- FIGURA 2:** Esquematização do processo de adaptação e tradução cultural. Belo Horizonte, 2014.....42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AADE	American Association of Diabetes Educators
ADA	American Diabetes Association
APS	Atenção Primária à Saúde
DCCT	Diabetes Control and Complication
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DSME	Self-Management Diabetes Education
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FALE	Faculdade de Letras
IDF	International Diabetes Fundation
MG	Minas Gerais
NUGEAS	Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Português Brasileiro
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UKPDS	UK prospective Diabetes Study
USA	United States of American
WHO	World Healthy Organization

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	13
1.1. Objetivos	16
<i>1.1.1. Objetivo Geral.....</i>	<i>16</i>
<i>1.1.2. Objetivo específico.....</i>	<i>16</i>
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 Diabetes Mellitus: aspectos gerais	17
2.2 Educação em Saúde e o Diabetes Mellitus	18
2.3 Abordagem “Empowerment” e a educação em saúde: aspectos gerais.....	20
2.3.1 Abordagem Educativa “Empowerment” e o Diabetes Mellitus.....	22
2.4 Educação para o gerenciamento do autocuidado em diabetes mellitus	24
<i>2.4.1 “Behavior Change Protocol” estratégia para o gerenciamento do autocuidado em Diabetes Mellitus</i>	<i>28</i>
<i>2.4.1.1 Definição do problema.</i>	<i>28</i>
<i>2.4.1.2 Identificação e abordagem dos sentimentos.....</i>	<i>30</i>
<i>2.4.1.3 Definição de metas.....</i>	<i>31</i>
<i>2.4.1.4 Elaboração do plano de cuidados para conquista da(s) meta(s) – Meu Plano Inteligente.....</i>	<i>33</i>
<i>2.4.1.5 Avaliação e experiência do usuário sobre o plano de cuidados.....</i>	<i>34</i>
3. MÉTODO.....	35
3.1 Referencial teórico- metodológico.....	35
3.2 Tradução e adaptação cultural do “Behavior Change protocol” para a língua portuguesa- Brasil	42
<i>3.2.1 Tradução inicial.....</i>	<i>43</i>
<i>3.2.2 Síntese da Tradução</i>	<i>43</i>
<i>3.2.3 Retrotradução ou back-translation</i>	<i>44</i>
<i>3.2.4 Avaliação do Comitê de Juízes</i>	<i>44</i>

4. RESULTADOS	45
4.1 Resultados relacionados às etapas de tradução e de adaptação do “<i>Behavior Change Protocol</i>” para a língua portuguesa- Brasil	46
4.1.1 Tradução e síntese das traduções independentes	46
4.1.2 Retrotradução ou back-translation	51
4.1.3 Avaliação pelo Comitê de Juízes	55
5. DISCUSSÃO	81
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
APÊNDICES	95
ANEXOS	100

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crônica não transmissível e um importante problema para a saúde pública. Suas complicações apresentam-se como uma barreira ao desenvolvimento humano por causar incapacidades, perda da qualidade de vida, aposentadorias e óbitos precoce (SCHIMIDT *et al.*, 2011). De acordo com a *International Diabetes Foundation* em 2013, o Brasil obteve a quarta colocação no *ranking* mundial em número de pessoas com a doença entre a faixa etária de 20-79 anos, apresentando um número de 11,9 milhões de indivíduos. Em 2035, estima-se um crescimento de 60%, resultando um número de 19,6 milhões de indivíduos com a doença, o que o mantém entre os países com os maiores números de casos no mundo (IDF, 2013).

A redução das taxas de incidência e prevalência do DM representa um desafio para a sociedade, sendo fundamental o investimento no desenvolvimento de novas tecnologias capazes de atuarem sobre o controle da doença. Os profissionais de saúde inseridos na Atenção Primária à Saúde têm se organizado e procurado reorientar as ações de saúde por meio de modelos de cuidados pautados na prevenção, no controle da doença, na educação em saúde, na mudança do estilo de vida e na corresponsabilidade do usuário por seu autocuidado. Entretanto, a responsabilização do usuário pela falta de cuidado com sua saúde e pelos problemas que apresenta ainda é frequente (ALVES, 2005; ACIOLI, 2008; ALVES; AERTS, 2011).

A prestação de assistência ao usuário constitui-se um desafio para os profissionais da área da saúde que estão habitualmente acostumados a serem prescritivos e impositivos em suas práticas diárias. Dessa forma, educar para que as mudanças de comportamento ocorram e permaneçam ao longo da vida do usuário requer um processo contínuo de reflexão sobre a prática profissional e implica, muitas vezes, em mudanças filosóficas e processuais para a construção do cuidado e da autonomia juntamente com o usuário (GROSSI, 2009; ANDERSON; FUNNELL, 2010).

Pesquisas na área de avaliação de programas em saúde têm demonstrado que por mais que os estudos clínicos e epidemiológicos comprovem a eficácia dos tratamentos prescritos para o controle glicêmico, ele não possui resolutividade, se os usuários não os incorporam de maneira adequada ao longo da vida (DIABETES CONTROL AND COMPLICATION-DCCT, 1993; UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY- UKPDS, 1998). Assim, conhecer as variáveis que possam interferir na mudança de comportamento para o cuidado é condição essencial dos programas educativos (COOPER; BOOTH; GILL, 2003; DALY *et al.*, 2009;

GODERIS *et al.*, 2009; CHOI; RUSH; HENRY; 2013).

A abordagem educativa “*empowerment*”, desenvolvida pela Universidade de Michigan (USA) ao longo dos últimos 20 anos de pesquisas na área de educação em diabetes, é considerada inovadora por trabalhar com sentimentos, crenças, superação das barreiras e o desenvolvimento de metas para o gerenciamento dos cuidados. Essa abordagem é baseada nos pressupostos teóricos de Freire e requer práticas educativas formais pautadas no diálogo, na escuta qualificada e na redefinição de papéis por parte dos profissionais e dos usuários (FUNNELL; TANG; ANDERSON, 2007; FREIRE, 2010).

Na abordagem “*empowerment*”, considera-se que 98% dos cuidados exigidos para o tratamento do DM são de responsabilidade do próprio usuário. O profissional de saúde atua como facilitador do processo de autonomia do sujeito, auxiliando o indivíduo a avaliar suas necessidades e a desenvolver um plano de cuidados de acordo com as suas demandas diárias. Assim, o profissional é considerado experiente em saberes relativos ao DM, mas é do usuário a responsabilidade pelo gerenciamento de forma contínua e permanente do cuidado (ANDERSON; FUNNELL, 2010).

A partir desse contexto e com a finalidade de oferecer estratégias baseadas em evidências científicas para que os profissionais de saúde possam nortear suas práticas, a Universidade de Michigan (USA) desenvolveu o “*Behavior Change Protocol*”. Ele foi elaborado por um comitê de profissionais treinados e experientes na abordagem “*empowerment*” e o instrumento foi construído a partir de discussões sobre resultados de pesquisas qualitativas e quantitativas realizadas pelo grupo de pesquisa em programas sistematizados de educação (FUNNELL; ANDERSON, 2004; ANDERSON; FUNNELL, 2002; 2005).

O objetivo do “*Behavior Change Protocol*” foi estimular a reflexão dos indivíduos por meio de uma sequência lógica de questões não estruturadas que foram distribuídas em cinco passos visando a mudança do comportamento: 1- definição do problema; 2- identificação e abordagem dos sentimentos; 3- definição de metas; 4- elaboração do plano de cuidados para conquista da(s) meta(s) (Meu Plano Inteligente); 5- Avaliação e experiência do paciente sobre o plano de cuidados (FUNNELL; ANDERSON, 2004; ANDERSON; FUNNELL, 2005; TANG *et al.*, 2011).

A identificação de problemas relacionados ao viver e ao cuidar do DM está diretamente relacionada aos sentimentos e crenças que os indivíduos possuem sobre a doença. Portanto, a necessidade de mudança surge da motivação e da reflexão sobre o cuidado diário. Neste sentido, a construção e a avaliação do plano de cuidados baseados em metas são

importantes para a superação de barreiras e para o desenvolvimento da autonomia do usuário em tomar decisões informadas (ANDERSON; FUNNELL, 2005; CHEN et al, 2011).

O interesse pela realização deste estudo emergiu da participação em um Programa Educativo Sistematizado em Diabetes na Atenção Primária à Saúde (APS), realizado em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte- MG. O programa tem suas ações fundamentadas na abordagem educativa “*empowerment*” e utiliza como estratégias a visita domiciliar, a intervenção telefônica e a educação em grupo para realização da interação profissional-usuário.

No Brasil existe uma carência de instrumentos de avaliação e de diretrizes que conduzam as práticas com abordagem “*empowerment*” sistematizadas que sejam adaptadas a nossa realidade, além de os profissionais da saúde nem sempre estarem conscientizados e mobilizados sobre a importância desse tipo abordagem educacional. Dessa forma, faz-se necessário à busca por instrumentos que permitam incentivar e nortear os profissionais de forma sistemática no processo de construção da educação e da autonomia dos usuários.

A preferência pela tradução do “*Behavior Change Protocol*”, ao invés da elaboração de um novo instrumento, se dá pela economia de tempo, de recursos pessoais, de dinheiro e pela possibilidade de permitir a comparação dos resultados em diferentes culturas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Entretanto, quando escalas, questionários, diretrizes e protocolos são utilizados em países diferentes daqueles de seu desenvolvimento, é necessária mais do que uma simples tradução literal. Neste caso, além da tradução, devem-se realizar adaptações que envolvem a transformação linguística e cultural do instrumento original a ser empregado em outros países ou regiões de culturas e línguas diferentes, sem perder as suas propriedades originais (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2000).

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo Geral

Realizar a tradução e a validação semântica, idiomática, cultural e conceitual do “*Behavior Change Protocol*” para o português brasileiro.

1.1.2. Objetivo específico

Promover parcerias e o diálogo interdisciplinar entre diferentes áreas do conhecimento.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Diabetes *Mellitus*: aspectos gerais

O Diabetes *Mellitus* (DM) destaca-se pelas suas elevadas taxas de prevalência e de morbidade, bem como pelas suas repercussões sociais e econômicas, traduzidas em mortes prematuras, absenteísmo, incapacidade para o trabalho, bem como pelos custos associados ao controle, tratamento e complicações (BARRETO; CARMO, 2007; SCHMIDT *et. al.*, 2011; MALTA; NETO; JUNIOR, 2011).

De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (IDF), em 2013, o número de pessoas com DM no mundo foi de aproximadamente 382 milhões e estima-se que, até 2035, este número possa aumentar para 592 milhões de pessoas, caracterizando um aumento em proporções epidêmicas de 55%. O número de óbitos em 2013 foi de 5,1 milhões de pessoas, isto é, uma morte a cada seis segundos. Além disso, os gastos para controle e prevenção da doença foram elevados, apresentando valores em torno de 548 bilhões de dólares em 2013, ou seja, 11% do total de gastos mundial com a saúde (IDF, 2013).

O Brasil, em 2013, obteve a quarta colocação no *ranking* mundial em número de pessoas com a doença entre a faixa etária de 20-79 anos, apresentando um número de 11,9 milhões de brasileiros com a doença, ficando atrás da China (98,4 milhões de pessoas), da Índia (65,1 milhões de pessoas) e dos Estados Unidos da América (24,4 milhões de pessoas). Em 2035, estima-se um crescimento de 60%, resultando um número de 19,6 milhões de indivíduos com a doença, o que mantém o Brasil entre os países com os maiores números de casos de DM no mundo (IDF, 2013).

Essa proporção epidêmica no Brasil e na maioria dos países, ocorre conseqüente ao crescimento e ao envelhecimento da população, à maior urbanização, à crescente prevalência de obesos e sedentários e à maior sobrevivência das pessoas com DM. Além disso, está relacionada a fatores genéticos, culturais, emocionais, socioeconômicos e ambientais (COSTA *et. al.*, 2011; CHOI; RUSH; HENRY, 2013). Estudos demonstram que 80% da carga da doença DM estão relacionadas, especialmente, aos países de baixa e média renda. (BARRETO; CARMO, 2007; SCHMIDT *et. al.*, 2011; WHO, 2011; IDF, 2013).

A redução da epidemia da DM representa um desafio para a sociedade. A articulação das políticas de saúde com outras políticas públicas adquire relevância ímpar, sem a qual serão mantidas as desigualdades nos padrões epidemiológicos atuais. As ações necessitam ser multissetoriais e planejadas com enfoque nos determinantes das doenças, visando o

enfrentamento da complexidade de sua produção e a melhoria nas condições de vida da população (BARRETO; CARMO, 2007; SCHMIDT *et. al.*, 2011).

Estudos randomizados (DIABETES CONTROL AND COMPLICATION-DCCT, 1993; UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY- UKPDS, 1998) demonstram que níveis glicêmicos próximos da normalidade diminuem drasticamente ou até previnem as complicações decorrentes do DM, quando a pessoa é submetida ao controle adequado dos níveis de glicose. Além disso, evidenciam que a redução de 1% na hemoglobina glicosilada reduz a ocorrência das complicações crônicas como a retinopatia, a neuropatia, a cardiopatia e a amputação dos membros inferiores.

Entretanto, por mais que estudos experimentais comprovem a eficácia dos tratamentos prescritos, eles não surtiram efeito caso os usuários não os incorporem maneira adequada na vida diária. O seguimento ao regime terapêutico exige comprometimento e responsabilidade com o gerenciamento do autocuidado de forma contínua e permanente. Nesse sentido, Anderson e Funnell (2010) afirmam que 98% dos cuidados exigidos para o tratamento do DM são de responsabilidade do próprio indivíduo.

Nesta perspectiva, a educação para o autocuidado precisar ser centrada na disponibilização do conhecimento e no fortalecimento de atitude ativa frente à doença, possibilitando ao usuário conviver melhor com a sua condição, o que pode contribuir para a prevenção de suas complicações a partir da adesão ao tratamento da doença (RODRIGUES *et al.*, 2009).

2.2 Educação em Saúde e o Diabetes *Mellitus*

A educação em saúde voltada para a DM constitui-se como um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção e controle da doença. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais da área, atinge a vida cotidiana dos usuários a partir da troca de experiências e vivências permeadas pelo diálogo (ALVES, 2005).

A educação em saúde é reconhecida como parte fundamental no tratamento do DM uma vez que valoriza os saberes dos usuários de forma a fazer uma leitura das diferentes realidades além de possibilitar o acesso a ferramentas para o desenvolvimento de habilidades em relação ao gerenciamento do autocuidado e alcance do controle metabólico (TORRES; FRANCO; STRADIOTO, *et.al.*, 2009; PIMOUGUET; GOFF; THIEBAUT, *et.al.*, 2011; CHAGAS *et.al.*, 2013).

A aquisição dessas habilidades é considerada importante para aumentar o nível de conhecimento em relação à doença, prevenir suas consequências, bem como fortalecer a motivação necessária ao seguimento de um plano terapêutico adequado. Além disso, pode contribuir para a superação de barreiras relacionadas a fatores sociais, emocionais e psicológicos que podem afetar a qualidade de vida dos usuários (RODRIGUES *et al.*, 2009; OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

A prestação de assistência ao DM constitui-se um desafio para os profissionais da área. A prática adotada na atenção primária à saúde são atividades educacionais baseadas em palestras ou em grupos tradicionais operados com base em atitudes informacionais e prescritivas, cujo estímulo para o usuário é a troca de receitas e a consulta rápida. Esse modelo de atenção à saúde mostra-se ineficiente, não sendo capaz de suprir as reais necessidades dos usuários (PEREIRA, 2003; MENDES, 2012).

Estudos randomizados na área de avaliação e educação em saúde demonstram a importância do desenvolvimento de programas educativos sistematizados no aumento do conhecimento sobre DM, no desenvolvimento de habilidades para tomada de decisões informadas e na mudança de comportamento para hábitos saudáveis de vida (PIMOUGUET *et al.*, 2011; SALINERO-FORT *et al.*, 2011; FARIAS *et al.*, 2013). As práticas educativas destes programas são pautadas nos pressupostos teóricos do educador Paulo Freire, para quem a educação permite o desenvolvimento da autonomia e a transformação da realidade.

Esta concepção de educação em saúde baseia-se em um enfoque crítico, envolvendo o reconhecimento e respeito ao universo cultural dos participantes e, principalmente, a ideia de saberes populares e científicos pensados de forma dinâmica e dialógica entre os profissionais de saúde e os usuários com DM (ACIOLI, 2008; GOMES, 2011).

Neste aspecto, Freire (2011) destaca que, o diálogo é uma espécie de postura necessária na medida em que os seres humanos se transformam, cada vez mais, em seres criticamente comunicativos, sendo este, o momento em que as pessoas se encontram para refletir sobre sua realidade tal como a fazem e a re-fazem. Assim, o diálogo permite selar o relacionamento entre os sujeitos cognitivos, contribuindo para uma atuação crítica que pode proporcionar mudanças positivas de comportamentos para hábitos de vida saudáveis (ACIOLI, 2008; GOMES, 2011; FREIRE, 2011).

O processo contínuo de interação e abertura ao saber do outro permite a construção compartilhada do conhecimento. Nesse sentido, Freire (2010; 2011; 2013), expõe que não existe ruptura entre os saberes populares e os saberes científicos, mas existe uma superação entre ambos. Esta superação dá-se quando a curiosidade ingênua do usuário com o DM,

aquela associada ao senso comum, ao ser refletida se transforma em curiosidade epistemológica.

A curiosidade epistemológica pode ser definida como uma inquietação indagadora, uma inclinação ao desvelamento de algo bem como uma procura de esclarecimento. Logo, a educação nesse processo é a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao usuário com DM, daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada (FREIRE, 2010, 2011, 2013).

As práticas educativas em diabetes, pautadas nos pressupostos de Freire (2010), possui maior possibilidade de sucesso em colaborar com a melhoria da saúde do usuário. A sistematização dos serviços educacionais para o DM e as intervenções de apoio pelos profissionais de saúde são formas de aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de saúde em gerenciar seus problemas de saúde. O desenvolvimento da autonomia é fundamental para a mudança de comportamento, para o controle da doença e para a melhoria dos serviços de saúde (FREIRE, 2010; ALVES; AERTS, 2011; MENDES, 2012).

A metodologia centrada na problematização do cotidiano e na valorização das experiências individuais e sociais são os pontos chave da abordagem “*empowerment*” na educação em saúde.

2.3 Abordagem “*Empowerment*” e a educação em saúde: aspectos gerais

Os pressupostos teóricos que fundamentam a abordagem “*empowerment*” é alvo de inúmeras discussões no campo da saúde e das ciências sociais. Os pressupostos são baseados em ideias cujas raízes estão nas lutas pelos direitos civis e na ideologia da “ação social”, recebendo influências de movimentos que buscam afirmar o direito à cidadania sobre distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico (CARVALHO, 2004; AYRES *et al.*, 2012).

O conceito “*empowerment*” é complexo e toma emprestadas noções de distintos campos do conhecimento. A sua definição está sujeita a múltiplas interpretações, o que demanda pensamentos críticos para a sua utilização no campo da saúde. Dentre as distintas noções conceituais existentes, destacam-se duas principais: a psicológica e a comunitária (CARVALHO, 2004).

Na perspectiva psicológica, a abordagem “*empowerment*” pode ser definida como

sentimentos de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam por meio do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade das pessoas participem de políticas coletivas. Essa perspectiva filosófica individualista pode ser influenciada por uma visão fragmentada da condição humana no momento em que desconecta, artificialmente, o comportamento dos homens do contexto sociopolítico em que se encontram inseridos. Assim, a falta de discussões sobre as raízes dos problemas da sociedade durante o processo pode conduzir a manutenção das iniquidades sociais (BECKER *et al.*, 2004; CARVALHO, 2004; FREIRE, 2011; BUSS, 2012).

Já a abordagem comunitária, o “*empowerment*” possui seus conceitos influenciados por teóricos e profissionais da saúde comprometidos com a mudança social e com o fortalecimento de práticas cidadãs questionadoras. Assim, é definido como processo e resultado de ações que afetam a distribuição do poder levando a um acúmulo ou desacúmulo de poder. Nesta abordagem, encontram-se inscritos elementos que caracterizam patamares elevados de “*empowerment*” psicológico, a participação ativa na ação política e a conquista de recurso materiais ou de poder por parte de indivíduos e coletivos (LAVERACK; LABONTE, 2000; BECKER *et al.*, 2004).

Para Freire (2011), um dos teóricos que influenciou o conceito da perspectiva comunitária, o “*empowerment*” psicológico, caracterizado pelo desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais, constitui-se como parte fundamental para as transformações políticas necessárias à sociedade. Entretanto, não é suficiente para efetuar, por si só, uma transformação da realidade (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Assim, destaca que a perspectiva comunitária precisa envolver a luta de classe social, que abrange a questão de como a classe trabalhadora, por meio de suas próprias experiências, sua própria construção de cultura, se empenha na obtenção do poder político. Isto faz do “*empowerment*” mais do que um invento individual ou psicológico, ele indica um processo político das classes dominadas que buscam a própria liberdade da dominação, um longo processo histórico de que a educação é frente de luta (FREIRE, 2011).

A carta de Ottawa (1986, p. 1), na perspectiva do “*empowerment*” comunitário, define a promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Desta forma, os indivíduos e as comunidades devem ter a oportunidade de conhecer e de controlar a sua saúde a partir de ações que garantam a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área (BUSS, 2012).

Os ambientes favoráveis à saúde, o acesso à informação, e as habilidades para viver melhor, bem como as oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes para o “*empowerment*”. Por esta razão, o enfoque educacional é tão fundamental nos processos de prevenção, controle da doença e promoção da saúde (BUSS, 2012).

A educação construtivista é aquela que melhor concorre para que as pessoas possam de fato buscar e se apropriar de informações que façam sentido para elas, se mobilizar autenticamente e encontrar as alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam (FREIRE, 2002; AYRES *et.al.*, 2012).

2.3.1 Abordagem Educativa “*Empowerment*” e o Diabetes Mellitus

A abordagem educativa “*empowerment*”, desenvolvida pela Universidade de Michigan (USA) ao longo dos últimos 20 anos de pesquisas na área de educação em DM, é considerada inovadora por considerar sentimentos, crenças, superação das barreiras, desenvolvimento e avaliação de metas para o gerenciamento do autocuidado. A abordagem é baseada nos pressupostos teóricos de Freire (2010) requer práticas educativas diretivas, formais pautadas no diálogo, na escuta qualificada e na redefinição de papéis por parte dos profissionais e dos usuários (FUNNELL; TANG; ANDERSON, 2007; FREIRE, 2010).

Para Anderson *et al.* (2002) esse tipo de prática educativa tem como principal objetivo apoiar os usuários para que se tornem agentes produtores sociais de sua saúde, atuando sobre as diversas causas do adoecimento. O processo permite que as pessoas sejam capazes de expressar suas necessidades, apresentar suas preocupações e traçar estratégias para se envolverem na tomada de decisões, sabendo estabelecer uma relação entre suas escolhas e os resultados delas em suas vidas.

A abordagem “*empowerment*” no contexto da educação em DM pode ser definida como sendo as descobertas e a utilização das habilidades inatas do paciente em se tornar responsável por sua própria vida e pelos cuidados necessários ao tratamento do DM. Assim, o “*empowerment*” pode ser considerado ao mesmo tempo processo e resultado. Com relação ao “*empowerment*” ser considerado processo, tem-se que o mesmo propõe intervenções educacionais cuja finalidade é aumentar as habilidades dos usuários em pensar criticamente e agir autonomamente. Já como resultado, ele melhora o gerenciamento do autocuidado e a motivação para mudança de comportamento (FUNNELL *et al.* 2004; ANDERSON;

FUNNELL, 2010).

Anderson (2002) destaca que uma pessoa é considerada “empoderada ou empowered” quando possui, dentre as quais: conhecimentos suficientes para a tomada de decisões informadas; controle suficiente sobre suas decisões; recursos suficientes para implementar suas decisões; experiência suficiente para avaliar a efetividade de suas ações.

Segundo Anderson (2010), a abordagem “*empowerment*” rompe com paradigmas educacionais tradicionais, caracterizados como métodos que produzem conhecimentos inertes, definidos pela dificuldade em usar o saber para solucionar problemas, bem como são armazenados como um conjunto de conceitos organizados na forma como foram aprendidos e não na forma como deveriam ser vivenciados. Neste tipo de abordagem educacional, o conhecimento é temporário e quando não usado continuamente corre o risco de ser esquecido. O Quadro 1 demonstra as principais diferenças existentes entre a abordagem educacional tradicional e a abordagem educacional “*empowerment*”.

Quadro 1: Comparação entre a abordagem educativa “*empowerment*” e a abordagem educativa tradicional para o DM, Belo Horizonte, 2014.

(continua)

ABORDAGEM TRADICIONAL	ABORDAGEM “EMPOWERMENT”
O diabetes é considerado como uma doença física.	O diabetes é considerado como uma doença biopsicossocial.
A relação do profissional da saúde com o paciente é autoritária e baseada na transmissão do conhecimento.	A relação do profissional da saúde com o paciente é democrática e baseada no compartilhamento do conhecimento.
O profissional da saúde define quais são as necessidades e os problemas apresentados pelo paciente.	Os problemas e as necessidades do paciente são identificados pelo próprio paciente com auxílio do profissional da saúde.

(conclusão)

O profissional da saúde é responsável pelo cuidado com o paciente e pela resolução dos problemas de saúde que possam ocorrer. As ações de saúde estão centradas no diagnóstico e em um plano de cuidados prescrito pelos profissionais aos usuários.	O paciente é responsável pelo próprio cuidado e pela superação das barreiras identificadas ao longo dos cuidados diários. O profissional da saúde tem como papel ajudá-los a desenvolver um plano de gerenciamento do autocuidado e a fornecer recursos necessários a isso.
O objetivo é a mudança de comportamento. As estratégias comportamentais são usadas para aumentar a adesão ao tratamento prescrito. A falta de adesão ao tratamento é percebida como uma falha do paciente e do profissional que o acompanha.	O objetivo é capacitar os usuários para tomar decisões informadas. As estratégias comportamentais são usadas para ajudar os usuários a avaliar as consequências de suas escolhas em relação ao tratamento. As mudanças comportamentais não realizadas são vistas como aprendizagem que podem contribuir com a construção de futuros planos de cuidados e metas, não como falhas.
As mudanças de comportamento são externamente motivadas.	As mudanças de comportamento são internamente motivadas.
O profissional da saúde é considerado importante para o tratamento da doença	O paciente e o profissional da saúde são importantes para o tratamento da doença.

Fonte: adaptado de Anderson (2005)

De acordo com o modelo de gerenciamento do autocuidado em DM proposto pela American Association of Diabetes Educators (AADE) (2007) a capacidade de autocuidado somada ao conhecimento sobre a doença, ao desenvolvimento de habilidades, às mudanças de comportamento, ao apoio social e à motivação levam ao gerenciamento do autocuidado resultando no melhor controle metabólico.

2.4 Educação para o gerenciamento do autocuidado em diabetes mellitus

A educação para o gerenciamento do autocuidado em diabetes - Diabetes Self Management Education (DSME) - é um elemento chave para os cuidados de todos os usuários com DM, sendo necessário para melhorar o prognóstico da doença (PEEPLES *et al.*, 2007).

O DSME é um programa sistematizado de educação em saúde desenvolvido nos EUA com a finalidade de padronizar a linguagem em educação em DM e a forma de avaliação de seus resultados. Ele utiliza como pressupostos teóricos a abordagem educativa “*empowerment*”, partindo da premissa de que o desenvolvimento dos sete comportamentos de autocuidado pode contribuir de forma decisiva na melhora da condição clínica e do estado de saúde dos usuários envolvidos, conforme demonstrado no Quadro 2 (PEEPLES *et al.*, 2007; PARKIN *et al.*, 2007).

Quadro 2: Comportamentos de autocuidado e padrões nacionais para o DSME, Belo Horizonte, 2014

(continua)

AAE7 Comportamentos de autocuidado e Padrões Nacionais para o DSME (AAE7 Self-Care BehaviorsTM and National Standards for DSME)		
AAE7 Self-Care Behaviors	AAE7- Comportamentos de autocuidado	DSME
Being active	Atividade	Incorporação de atividade física no estilo de vida.
Healthy eating	Alimentação saudável	Incorporação do gerenciamento nutricional no estilo de vida.
Monitoring	Monitorização	Monitorar e interpretar a glicemia e outros parâmetros e usar os resultados na tomada de decisões.
Taking medication	Medicação	Usar a medicação com segurança de forma a atingir a máxima efetividade terapêutica.
Problem Solving	Resolução de problemas	Prevenir, detectar e tratar complicações agudas.

(conclusão)

Healthy coping	Enfrentamento Saudável	Desenvolver estratégias para conduzir problemas psicossociais.
Reducing risk	Redução de riscos	Prevenir, detectar e tratar complicações crônicas.

Fonte: adaptado de Peeples *et al.* (2007)

O principal objetivo dessa abordagem é oferecer apoio, com base em informações confiáveis que possam ajudar os usuários na tomada de decisões e na mudança de comportamentos, condições necessárias ao autocuidado, melhorando os resultados clínicos, o status de saúde e a qualidade de vida (PARKIN *et al.*, 2007).

A partir da participação do usuário no programa DSME espera-se que ele desenvolva habilidades, tais como: compartilhar com a equipe a responsabilidade por sua saúde; atuar pró-ativamente; ser assertivo; partilhar sua queixa e sua história; elaborar conjuntamente com a equipe de saúde o plano de cuidado de acordo com suas necessidades, seus valores e suas preferências; decidir o que fazer em conjunto com a equipe de saúde; buscar apoio e orientação para resolver seu problema; se autoinformar e aprender sobre sua condição crônica; compartilhar a evolução de sua condição crônica; monitorar sua condição clínica nos períodos entre os contatos com os profissionais; tornar-se corresponsável pelo tratamento medicamentoso e procurar o sistema de atenção à saúde quando sentir necessidade (PEEPLES *et al.*, 2007; PARKIN *et al.*, 2007).

O programa DSME está pautado em evidências científicas e parte dos princípios orientadores cuja educação em diabetes é efetiva em melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida dos usuários, não existindo o “melhor” programa ou abordagem educacional. Porém, os programas que incorporam estratégias comportamentais e psicossociais oferecem melhores resultados por oferecer apoio contínuo essencial para sustentar o progresso dos participantes durante o programa (PARKIN *et al.*, 2007).

A avaliação clínica regular e contínua poderia demonstrar a interrelação entre o DSME e a mudança de comportamento dos indivíduos com o DM, conforme descrito na Figura 1. O uso desses resultados tem a finalidade de direcionar as intervenções e melhorar as práticas educativas.

Figura1: Avaliação contínua de resultado do DSME, Belo Horizonte, 2014.



Fonte: Peeples et.al (2007)

Estudos realizados tanto nos EUA como em outros países (TANG *et al.*, 2011; WANG; SIMINERIO, 2013; OLMEN *et al.*, 2013; SULLIVAN *et al.*, 2013; SIMINERIO; RUPPERT; GABBAY, 2013) demonstram resultados positivos e estatisticamente significativos para a interrelação entre a utilização do DSME, as mudanças de comportamento e o controle metabólico no DM. Os comportamentos de autocuidado e padrões nacionais para o DSME foram apresentados no Quadro 2.

O DSME utiliza vários instrumentos capazes de contribuir para a avaliação das práticas educativas, mudança de comportamento e controle metabólico dos usuários, dentre os quais se destaca o “*Behavior Change Protocol*” por suas características tanto avaliativas como condutoras do processo de reflexão para a mudança de comportamento (PEEPLES *et al.*, 2007; ANDERSON, 2005; TANG *et al.*, 2011).

2.4.1 “Behavior Change Protocol” estratégia para o gerenciamento do autocuidado em Diabetes Mellitus

O “*Behavior Change Protocol*” foi desenvolvido pela Universidade de Michigan (USA) com a finalidade de oferecer estratégias baseadas em evidências científicas para que os profissionais da saúde possam nortear suas práticas. Ele foi elaborado por um comitê de profissionais treinados e experientes na abordagem “*empowerment*” e, o instrumento foi construído a partir de discussões acerca dos resultados de pesquisas qualitativas e quantitativas realizadas pelo grupo de pesquisa em programas sistematizados de educação (FUNNELL; ANDERSON, 2004; ANDERSON; FUNNELL, 2002; 2005a).

O objetivo foi estimular a reflexão dos usuários por meio de uma sequência lógica de questões não estruturadas que estão distribuídas em cinco passos para a mudança do comportamento: 1- definição do problema; 2- identificação e abordagem dos sentimentos; 3- definição de metas; 4- elaboração do plano de cuidados para conquista da(s) meta(s) (Meu Plano Inteligente); 5- Avaliação e experiência do paciente sobre o plano de cuidados (FUNNELL; ANDERSON, 2004; ANDERSON; FUNNELL, 2005a; TANG *et al.*, 2011).

O instrumento é utilizado por diversos estudos que trabalham com a abordagem “*empowerment*” para conduzir as práticas educativas em usuários com DM. Estes estudos demonstram resultados positivos para o gerenciamento do autocuidado e controle metabólico dos usuários com DM (FUNNEL *et al.*, 2005^a; 2005^b; ANDERSON *et al.*, 2009; TANG *et al.*, 2011).

Segundo Anderson (2002), o “*Behavior Change Protocol*” deve ser aplicado dentro do seguimento de um programa educativo sistematizado de educação em DM. Além disso, os profissionais da saúde precisam conhecer e estarem treinados tanto nos fundamentos da abordagem educacional “*empowement*” para o DM, bem como nas fundamentações teóricas de cada etapa do protocolo e sua aplicação (ANDERSON; FUNNELL, 2002; 2005a).

2.4.1.1 Definição do problema

Para Anderson (2005a) o primeiro passo do “*Behavior Change Protocol*” é a identificação dos problemas relacionados ao gerenciamento do autocuidado em DM. Perguntar ao usuário “qual é a sua maior dificuldade para controlar a doença?”, é pedi-lo para contar a sua história e descrever os sentimentos envolvidos nela. Ao escutá-lo de forma atenta

e cuidadosa, o profissional de saúde pode contribuir com o processo de reflexão do usuário sobre as preocupações e as dificuldades diárias vivenciadas durante o cuidado com o DM. Assim, ao ganhar discernimento sobre o significado daquele problema, o usuário poderá identificar soluções e decidir sobre a melhor opção ou escolha a ser tomada.

Para tanto, faz-se necessária à compreensão dos problemas em sua raiz. A falha na exploração do problema identificado pode conduzir a sentimentos de frustração tanto por parte do usuário, que não consegue seguir o tratamento prescrito, como por parte do profissional de saúde, que não percebe resultados positivos em relação ao tratamento da doença (FUNNELL; ANDERSON, 2010; 2012).

Ressalta-se que é comum o profissional de saúde querer solucionar os problemas para os usuários com DM. Entretanto, na maioria das vezes, a solução sugerida pode ser completamente diferente da solução que o usuário gostaria de sugerir para solucionar o seu próprio problema. Assim, o usuário tende a apresentar resistência aos conselhos e dicas fornecidas pelos profissionais (FUNNELL; ANDERSON, 2010; 2012; TANG *et al.*, 2011).

Neste contexto, é preciso compreender o problema identificado a partir da realidade e do ponto de vista do usuário. A identificação de soluções para o próprio problema aumenta as chances do usuário se empenhar para fazer as mudanças de comportamento ou trabalhar para que isso seja possível. Esse tipo de abordagem é capaz de estimular a consciência e a motivação dos indivíduos de que eles são capazes de resolver seus próprios problemas relacionados ao DM (FUNNELL; TANG; ANDERSON, 2007).

Por outro lado, é preciso considerar que o usuário pode não estar pronto ou disposto a mudar. Neste caso, é preciso verificar se a situação descrita é realmente um problema. Se o paciente não se sente mal com uma determinada situação, é porque talvez ela não seja percebida como um problema por ele. Neste caso, é necessário prepará-lo para a mudança, trabalhando as crenças e os sentimentos envolvidos neste processo (ANDERSON; FUNNELL, 2005a; 2005b).

Vale destacar que, verdadeiras mudanças só ocorrem por meio da motivação do usuário em querer mudar. O desenvolvimento de competências por parte do profissional, tais como: empatia, saber escutar, não expressar julgamentos de valores, ser curioso, saber perguntar e, conduzir o diálogo de forma dinâmica e interativa é fundamental para chegar ao ponto chave do problema e para conduzir o usuário ao processo de mudança comportamental por meio da motivação (ANDERSON; FUNNELL, 2005a).

Além disso, Queiroz *et al.* (2009) destaca a importância que o conhecimento da fisiopatologia e das complicações crônicas possui para motivar a mudança de comportamento

dos usuários. Para a autora, muitas vezes o usuário não reconhece um problema de saúde porque ele simplesmente não sente fisicamente o problema ou não compreende a dimensão do problema para a sua saúde. E destaca que é muito comum na prática profissional ouvir frases do tipo: “a doutor, eu ouvi dizer que o diabetes poderia dar um probleminha nos rins, mas se alguém tivesse explicado que este probleminha teria como consequência a hemodiálise para o resto da vida, eu teria me cuidado melhor antes”.

Assim, o profissional da saúde precisa verificar se o paciente realmente compreende o que esta sendo explicado e dialogado. É preciso desmitificar a crença de que o paciente ao participar de um programa educativo sistematizado ou ao passar por consultas médicas passa a compreender todo o conhecimento e termos médicos utilizados para a doença. O processo educativo sobre a doença deve permear todas as etapas do protocolo (QUEIROZ; SANTOS; PACE, 2009).

2.4.1.2 Identificação e abordagem dos sentimentos

O segundo passo do “*Behavior Change Protocol*” consiste em ajudar o usuário a identificar como se sentem em relação a ser portador do DM, o que se constitui como um ponto crítico da aplicação do instrumento. Os profissionais de saúde sentem-se desconfortáveis em lidar com emoções negativas intensas, o que os conduzem a abordagem superficial e rápida dos sentimentos identificados pelos usuários, sendo comum, eles mudarem o foco do diálogo para áreas que se sentem mais competentes. Assim, os sentimentos deixam de ser explorados em prol do fornecimento de informações acerca do tratamento da doença. Essa estratégia é usada como fuga para o desconforto que os profissionais sentem ao lidar com as emoções negativas (FUNNELL; ANDERSON, 2004; 2010).

Muitos profissionais acreditam que precisam ajudar os usuários à se sentirem melhores. Entretanto, Anderson (2005a) aponta tal crença como um erro de concepção da abordagem “*empowerment*”. Segundo o pesquisador, as emoções não são problemas que podem ser resolvidos, mas sim explorados. O profissional de saúde não tem poder para fazer com que os usuários com DM se sentam melhor, mas pode ajudá-los a usar os pensamentos e os sentimentos negativos como forma de motivação para a mudança de comportamento.

Neste sentido, o incentivo a expressão dos sentimentos, a valorização das experiências e das emoções são fundamentais para conduzir os usuários à raiz dos problemas identificados. O profissional de saúde deve demonstrar interesse pelo o que está sendo dito e demonstrar

empatia pelo que o usuário está sentindo naquele momento. A escuta e a interação deve permitir o processo de reflexão que conduz à mudança. É preciso conduzir o usuário a pensar os motivos pelos quais se sente daquele jeito e não, desvalorizar suas experiências tentando tranquilizá-lo com frase conforme o exemplo: “Não se preocupe tanto, isso não é tão ruim assim” (ANDERSON; FUNNELL, 2005a).

Nesse processo, os sentimentos são os melhores guias para a chave do problema. Logo, abordá-los torna-se elemento essencial para que o processo de mudança de comportamento seja realizado com sucesso. As discussões sobre o tratamento e o plano de cuidados para o gerenciamento da doença somente é importante após o desvelamento de todo esse processo (ANDERSON; FUNNELL, 2005b).

2.4.1.3 Definição de metas

No terceiro passo do “*Behavior Change Protocol*”, os profissionais da saúde começam a estabelecer uma relação de parceria com os usuários. A definição das metas que conduzirão o plano para o gerenciamento do autocuidado em DM depende das histórias que os usuários descreveram, dos sentimentos e dos problemas que vivenciaram. As metas precisam emergir do desejo em solucionar o problema identificado e devem ser estabelecidas pelo usuário com o apoio do profissional da área (ANDERSON *et al.*, 2009; TANG *et al.*, 2011).

Neste ponto, o profissional de saúde passa por um processo desafiador, uma vez que precisa ajudar a estabelecer metas pessoais significativas e possíveis para o contexto de vida do usuário. O usuário, muitas vezes, quer estabelecer metas ambiciosas ou metas que não são compatíveis com o que está estabelecido pela literatura. Neste caso, a função do profissional é garantir o poder de escolha do usuário, conduzindo-o a pensar a respeito das vantagens e desvantagens de cada escolha que realiza (FUNNELL; ANDERSON, 2004; 2010).

É importante que durante as escolhas das metas, o profissional de saúde ofereça reforço positivo para os usuários com DM. Entretanto, a compensação pelo alcance da meta não pode estar vinculada a satisfação do profissional, uma vez que se o usuário conseguir alcançar a sua meta ele irá ficar feliz e continuará com o tratamento ou, caso contrário, sentirá medo de desapontar o profissional e não mais retornará ao tratamento (ANDERSON; FUNNELL, 2005a).

O ideal é que o profissional valorize e respeite a escolhas do usuário, independente do

seu comportamento, estimulando-o a dizer como se sente a respeito do que aconteceu, apoiando os esforços realizados e incentivando o trabalho para que consiga atingir os resultados desejados. A relação de confiança entre o profissional de saúde e o usuário irá possibilitar a motivação e a continuação do plano de cuidados estabelecido (FUNNELL; ANDERSON, 2004; 2010).

Destacam-se algumas vantagens e desvantagens relacionadas à identificação de metas pelo usuário com o DM. A respeito das desvantagens, pode-se apontar o tempo despendido em educá-los para fazer as melhores escolhas e a perda de poder do profissional em controlar o tratamento. A partir do momento em que o profissional transfere o poder de escolha para que o usuário estabeleça suas próprias metas, o profissional cede o direito do mesmo dizer “não” para determinado tipo meta que poderia ser adequada do ponto de vista clínico (ANDERSON; FUNNELL, 2005a).

Já como vantagens, pode-se destacar a diminuição do tempo gasto pelos profissionais de saúde tentando motivar o usuário a fazer mudanças que são consideradas importantes para o ponto de vista do profissional, mas não para o ponto de vista do usuário, bem como o aumento da probabilidade da mudança de comportamento pelo usuário de maneira positiva, o que contribui para que o profissional se sinta efetivo e necessário para a condução deste processo (ANDERSON; FUNNELL, 2005a).

A abordagem educativa “*empowerment*” e a identificação de metas contribuem para que o usuário perceba que as mudanças são possíveis e que a parceria com os profissionais de saúde é fundamental para que consigam mudar suas histórias de vida. Entretanto, alguns aspectos precisam ser elucidados (ANDERSON; FUNNELL, 2005a).

Para que o usuário realize escolhas alcançáveis, o profissional de saúde precisa ajudá-lo a estabelecer uma ou duas metas de maior prioridade, como por exemplo, a redução de peso. Essas metas são denominadas de “*long-term goal*” ou metas de longo prazo. Posteriormente, o profissional pode ajudá-lo a identificar mudanças de comportamentos que possam contribuir para o alcance da meta principal. Essas mudanças são denominadas de “*short-term-goals*” ou metas à curto prazo, como exemplo, pode-se citar a realização de caminhada, três vezes na semana entre às sete e oito horas da manhã (ANDERSON *et al.*, 2009; TANG *et al.*, 2011).

O usuário pode ter dificuldades sobre como escolher e identificar suas metas, principalmente porque não estão acostumados a pensar sobre o seu cuidado diário com a saúde. Neste caso, solicite ao usuário que identifique qual é a sua maior preocupação ou fonte de estresse ao cuidar do DM. Ao identificar o problema ele terá condições de começar a

refletir sobre as soluções (FUNNELL; ANDERSON, 2004).

2.4.1.4 Elaboração do plano de cuidados para conquista da(s) meta(s) – Meu Plano Inteligente

O quarto passo do “*Behavior Change Protocol*”, tem como objetivo estimular o usuário a desenvolver um plano de cuidados para o DM. Anderson (2005a) destaca que identificar metas de longo prazo - “*long-term goal*” - normalmente, é um processo fácil para o usuário, entretanto, alcançar estas metas, geralmente, é um processo difícil. Por isso, a necessidade de construir um plano de cuidado com metas de curto prazo - “*short-term-goals*” - que identifique ações, estratégias e/ou mudanças de comportamento que possam conduzir o alcance da meta. A título de exemplo, o usuário estabelece como meta perder dez quilos até o próximo ano, mas não determina ações/mudanças que o conduza a isso.

Desta forma, identificar uma meta não é estabelecer um plano de cuidados. O alcance das metas é o resultado em longo prazo de determinadas ações, enquanto o plano de cuidado são as ações, as estratégias, as mudanças necessárias para que a meta seja alcançada (ANDERSON; FUNNELL, 2005a).

Para realizar o desenvolvimento do plano de cuidados, os profissionais de saúde podem solicitar aos usuários que preencham uma lista de ações que poderiam executar para conseguirem alcançar a meta identificada. Uma vez realizada a lista, podem pedir aos usuários que retirem da lista aquelas ações que não possuem a intenção de fazer e, priorizar aquelas que consideram que irão realizar. Posteriormente, podem escolher uma destas ações para especificá-la em relação ao tempo, frequência, lugar e duração (ANDERSON *et al.*, 2009).

Neste contexto, o “*I-SMART*” ou o “Meu plano inteligente” é um instrumento de coleta de dados capaz de facilitar para os profissionais de saúde o desenvolvimento do plano de cuidados e da mudança de comportamento dos usuários. Além disso, estimula o autorrelato dos usuários com o DM, contribuindo para desvelar os sentimentos envolvidos e as ações consideradas mais importantes por eles (CHARRON-PROCHOWNIK, *et al.* 2007; FAIN, 2007; PEYROT, *et al.*, 2007; ZGIBOR, *et al.* 2007).

O instrumento faz parte do quarto passo do “*Behavior Change Protocol*” e pode ser aplicado antes e após sessões educativas. Ele possui como finalidade avaliar os resultados relacionados ao conhecimento, confiança, gerenciamento do autocuidado e superação de barreiras apontadas pelos usuários com DM. Ainda, as mudanças de comportamento são quantificadas como resultado do processo educativo e organizadas conforme os sete

comportamentos de autocuidado padronizados pela AADE7. Assim, realizar o preenchimento do instrumento consiste em ajudar o usuário a escolher o que é importante para ele, dividindo as metas maiores em pequenas ações que são realmente alcançáveis (CHARRON-PROCHOWNIK, *et al.* 2007; FAIN, 2007; PEYROT, *et al.*, 2007; ZGIBOR, *et al.* 2007; TANG, *et al.*, 2011).

É importante encorajar o usuário a elaborar um plano que o mantenha no controle de suas ações. Para tanto, a meta escolhida deve ser simples e clara para ele, deve ser algo que ele realmente consiga fazer, deve ser importante e, deverá ter um tempo de realização, com começo e fim para que possa ser avaliada (FUNNELL; ANDERSON, 2004).

2.4.1.5 Avaliação e experiência do usuário sobre o plano de cuidados

A identificação de problemas relacionados ao viver e cuidar do DM está diretamente relacionada aos sentimentos e crenças que os usuários possuem sobre a doença. A necessidade de mudança surge da motivação e da reflexão sobre o cuidado diário. Neste sentido, a construção e a avaliação do plano de cuidados baseado em metas são importantes para a superação de barreiras e para o desenvolvimento da autonomia do usuário em tomar decisões informadas (ANDERSON; FUNNELL, 2005a).

A avaliação é o início e o fim para o processo de mudança de comportamento, constituindo-se no quinto passo do protocolo. O profissional da saúde possui importante papel para ajudar os usuários a monitorar e avaliar a efetividade das estratégias escolhidas. Os resultados a respeito do progresso que os usuários estão conquistando durante o programa são fundamentais para determinar se estão fazendo as escolhas certas ou se deveriam reescrever suas histórias (FUNNELL; ANDERSON, 2004).

Desta forma, na abordagem educativa “*empowerment*” a mudança de comportamento é contínua, não existindo erro ou acerto, mas sim um processo constante de aprendizado. Assim, os passos para a mudança do comportamento descritos no “*Behavior Change Protocol*” devem ser seguidos de forma cíclica, uma vez que a mudança deve ser avaliada e refletida diariamente (ANDERSON; FUNNELL, 2005a).

3. MÉTODO

O processo de tradução e adaptação cultural do “*Behavior Change Protocol*” para a língua portuguesa brasileira seguiu o referencial metodológico das etapas propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) utilizado recentemente em inúmeros estudos brasileiros de adaptação na área do diabetes (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005; NOVATO; GROSSI; KIMURA, 2008; QUEIROZ; SANTOS; PACE, 2009; MICHELS *et al.*, 2010; CURCIO *et al.*, 2012).

A apresentação da etapa metodológica foi dividida em duas fases principais: referencial teórico- metodológico e tradução e adaptação cultural do “*Behavior Change Protocol*” para a língua portuguesa- Brasil.

3.1 Referencial teórico- metodológico

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) existem várias formas diferentes de coletar informações sobre fenômenos de interesse. Cada método de coleta de dados possui propósitos específicos, bem como prós e contras inerentes ao seu uso. A escolha do método precisa ser adequada ao problema de pesquisa, ao modelo teórico empregado, ao cenário e à população a ser estudada. Assim, faz-se necessária uma revisão extensa da literatura para indicar ao pesquisador se realmente existem ou não instrumentos satisfatórios para captar o objeto em pauta (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Quando não são localizados instrumentos ou métodos com confiabilidade e validade aceitáveis para medir a variável de interesse, ou captar o objeto de estudo é preciso criar a ferramenta. O processo de construção de um instrumento é complexo e envolve o desenvolvimento de sistemas padronizados de linguagens, denominados de construtos. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os construtos são abstrações ou construções teóricas que objetivam organizar e atribuir significados ao nosso ambiente. Eles não podem ser diretamente observados, mas podem ser mensurados pelos atributos ou indicadores que os compõem (PASQUALI, 1998). Assim, pode-se elencar, dentre alguns construtos: a capacidade para o autocuidado; a qualidade de vida; a esperança; o apoio social; a depressão; a dor; a ansiedade; o estado de saúde percebido, entre outros (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para a construção dos instrumentos de medida é de extrema importância compreender

duas conceituações que envolvem o desenvolvimento dos construtos, a saber: as definições constitutivas e as definições operacionais (PASQUALI, 1998).

As definições constitutivas situam o construto exata e precisamente dentro da teoria desse construto, dando, portanto, as balizas e os limites que ele possui. Já as definições operacionais, viabilizam a passagem do terreno abstrato para o concreto. Assim, os construtos passam a ser definidos não apenas por conceitos, mas também por operações concretas, isto é, por comportamentos físicos através dos quais o construto se expressa, passando a ser, portanto, expressos em ações que podem ser mensuradas (PASQUALI, 1998).

Neste contexto, a psicometria surge como o ramo da estatística que estuda fenômenos psicológicos e atribui valores ou atributos a um objeto, seguindo regras que asseguram a validade e a confiabilidade dos resultados de medida (BRAGA; CRUZ, 2006).

Para Polit, Beck e Hungler (2004), a validade de um instrumento é a demonstração de que a medição reflete, verdadeiramente, o conceito/construto que deve ser medido e, a confiabilidade é a verificação se a medida produzida pelo o instrumento produz os mesmos resultados quando submetido às medidas repetidas.

Por outro lado, para o caso de serem identificados instrumentos já desenvolvidos e consolidados fora da cultura em questão, é importante investigar se já passaram por um processo formal de adaptação cultural para não incorrer ao erro de utilizar instrumentos que não são válidos e confiáveis no cenário da saúde (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

A adaptação cultural é um processo que envolve a transformação linguística e cultural do instrumento original para ser empregado em outros países ou regiões de culturas e línguas diferentes, sem perder as suas propriedades psicométricas originais (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2000).

Assim, o termo “adaptação cultural” pressupõe a combinação de duas etapas interligadas, sendo: (a) tradução do instrumento e a sua adaptação cultural e (b) verificação das propriedades psicométricas do novo instrumento e do estabelecimento de valores normativos para a nova versão em populações relevantes. O objetivo desse processo é assegurar a consistência entre a versão original e a traduzida do instrumento (BEATON *et al.*, 2000).

Visto o exposto, a preferência pela adaptação cultural, ao invés da elaboração de um novo instrumento, ocorre por vantagens como a economia de tempo, de recursos pessoais e de dinheiro, além da possibilidade de permitir a realização de comparações dos resultados nas diferentes culturas em que tais instrumentos foram aplicados (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A importância da adaptação de instrumentos não se restringe apenas às situações que envolvem países e/ou idiomas distintos. Ajustes locais e regionais também requerem atenção. Em países com raízes culturais heterogêneas como o Brasil, a proposição de termos coloquiais típicos, facilmente aceitos e compreendidos em uma região ou estado do país pode não ser adequada em outro. Destaca-se também, que as adaptações culturais não se restringem ao espaço, uma vez que mudanças linguísticas acontecem em uma mesma população ao longo de anos e, logo, adaptações temporais são possíveis e, geralmente, necessárias (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Segundo Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) em regiões com diferentes idiomas e culturas é preciso ir além da simples tradução. Há necessidade de se ajustarem as palavras aos contextos culturais, por vezes, transformando completamente algum item para capturar um mesmo conceito. Entretanto, nem sempre todas as etapas do processo de tradução e de adaptação cultural de instrumentos serão necessárias, ou seja, dependerá de alguns pré-requisitos descritos no Quadro 3.

Quadro 3: Situações em que a tradução e a adaptação cultural de instrumentos/escalas são necessárias, Belo Horizonte, 2014.

(continua)

Exemplos		Características			Adaptações Necessárias	
		Cultura	Língua	País	Tradução	Adaptação Cultural
A	População do país de origem do instrumento	Semelhante	Semelhante	Semelhante	Não	Não
B	Imigrantes residentes no país de origem do instrumento	Diferente	Semelhante	Semelhante	Não	Sim

(conclusão)

C	População de outro país que possui a mesma língua do país de origem do instrumento	Diferente	Semelhante	Diferente	Não	Sim
D	Imigrantes que não falam a mesma língua do país original do instrumento	Diferente	Diferente	Semelhante	Sim	Sim
E	População de outros países e em outra língua	Diferente	Diferente	Diferente	Sim	Sim

Fonte: Guillemin, Bombardier e Beaton (1993).

A preocupação em estabelecer padronizações para o processo de tradução e adaptação cultural de instrumentos na área da saúde ocorreu devido à grande variação na qualidade dos processos utilizados, faltando consenso quanto às normas a serem seguidas no processo metodológico. Já as traduções realizadas variavam de simples a elaboradas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Nessa perspectiva, com o intuito de obter diretrizes para o processo de tradução baseado em evidências científicas, os autores Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) realizaram uma revisão integrativa da literatura a partir das metodologias apresentadas pela literatura médica, da sociologia e da psicologia. As análises dos estudos permitiram o desenvolvimento de uma nova proposta para conduzir o processo de tradução e adaptação cultural, mais tarde, reelaboradas por Beaton *et al.* (2000).

Dessa forma, seguindo as etapas propostas por Beaton *et al.* (2000), o primeiro estágio consiste na *tradução* do instrumento de origem para a língua alvo. Essa tradução deverá ser realizada por dois tradutores independentes (T1 e T2) com perfis e formações diferentes. As versões traduzidas serão comparadas a fim de identificar as discrepâncias ou dificuldades de tradução. Um dos tradutores deve ter conhecimento sobre os conceitos investigados pelo instrumento, para que ele produza uma tradução equivalente do ponto de vista clínico.

Enquanto o outro, não deverá ter conhecimento sobre os conceitos do estudo, de modo que sua tradução reflita a linguagem utilizada usualmente pela população. Cada tradutor elabora um relatório de sua tradução, esclarecendo quais itens continham expressões difíceis de traduzir, suas dúvidas e as escolhas realizadas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2000).

No segundo estágio, *a síntese da tradução*, os tradutores e um observador se reúnem para elaborar uma síntese das traduções (T3). Esse processo de síntese é relatado por escrito, sendo registradas as divergências e a forma como elas foram resolvidas (BEATON *et al.*, 2000). Essa etapa não é descrita por Guillermin, Bombardier e Beaton (1993), pois eles recomendam que logo em seguida da tradução seja realizada a retrotradução das duas traduções independentes feitas anteriormente.

O terceiro estágio consiste na *retrotradução (back-translation)* da T3. Da mesma forma, participam do processo pelo menos dois tradutores independentes, de preferência nativos do idioma de origem do instrumento e não informados com relação aos conceitos do estudo. Essa etapa gera duas retrotraduções (BT1 e BT2) e tem como objetivo avaliar a versão traduzida (T3) em relação a sua pertinência. Por meio da retrotradução, é possível identificar erros conceituais e/ou outras imperfeições, reduzir vieses de informação e explicitar significados inesperados da tradução.

A seguir, o estágio quatro consiste na *avaliação por Comitê de Juízes*, também chamado de *comitê de especialistas*, o qual é formado por um grupo composto de metodólogos, profissionais de saúde, especialistas na doença explorada e na área de línguas e traduções. Os participantes são convidados a revisar todas as versões elaboradas (T1, T2, T3, BT1 e BT2), registrar as discussões e as decisões tomadas com a finalidade de garantir as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento, além do cuidado específico com as instruções de preenchimento e aparência do protocolo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2000). A síntese do processo de avaliação dos tipos de equivalências está destacada no Quadro 4.

Quadro 4: Conceitos e principais estratégias para a avaliação da equivalência cultural, Belo Horizonte, 2014.

Tipos de Equivalências	Estratégias para avaliação
<p>Semântica (gramática e vocabulário): refere-se à avaliação da equivalência dos significados das palavras da língua-origem e da língua-alvo do instrumento. São consideradas também as alterações gramaticais, geralmente necessárias para construção das sentenças na língua-alvo.</p>	<p>Traduções; retrotraduções; avaliação da equivalência semântica entre as retrotraduções e o original; discussão com a população-alvo e com especialistas nas áreas de tradução, linguística e saúde.</p>
<p>Idiomática: refere-se à avaliação dos coloquialismos e das expressões de difíceis traduções do inglês para o português (Brasil). Consiste na substituição de expressões ou itens não encontrados em português e que precisam ser modificados para gerarem sentido para essa população-alvo.</p>	<p>Traduções; retrotraduções; avaliação da equivalência semântica entre as retrotraduções e o original; discussão com a população-alvo e com especialistas nas áreas de tradução, linguística e saúde.</p>
<p>Cultural: refere-se à avaliação das equivalências de significados das palavras e expressões a partir das experiências vivenciadas dentro do contexto cultural da sociedade na qual o instrumento será adaptado.</p>	<p>Avaliação pelo comitê de juízes e pesquisadores quanto à pertinência e adequação do instrumento ao cenário e modo de aplicação, levando em consideração o contexto de vida dos sujeitos envolvidos.</p>
<p>Conceitual: refere-se à avaliação da coerência do item com os pressupostos teóricos do instrumento original. Neste tipo de equivalência deve-se considerar que uma palavra ou expressão com equivalência semântica pode não ter o mesmo conceito/significado para culturas diferentes.</p>	<p>Revisão bibliográfica envolvendo publicações da cultura do instrumento original e da população-alvo; discussão com especialistas.</p>

Fonte: Guillermin, Bombadier e Beaton (1993; 1998) e Beaton *et al.* (2000).

Durante essas avaliações, não havendo consenso entre os juízes, pode ser necessária uma revisão do processo de tradução e da retrotradução para melhor entendimento de alguma expressão ou palavra. No momento em que todos os juízes tenham conhecimento da língua-alvo, a revisão poderá ser realizada, imediatamente, pelos próprios membros do comitê. O

objetivo dessa quarta fase é garantir a replicabilidade da medida, incluindo itens ou excluindo aqueles irrelevantes, impróprios ou ambíguos, adequando-os à população-alvo para alcançar um consenso (BEATON *et al.*, 2000).

Pasquali (1998) descreve uma técnica que tem se mostrado eficaz na avaliação da compreensão dos itens. A técnica consiste na entrevista individual ou a pequenos grupos (três ou quatro integrantes), na qual é solicitada a descrição do significado de cada item, e se a descrição não for a esperada, o entrevistador sugere aos entrevistados a melhor maneira para descrevê-la.

Explica ainda que, para verificar a compreensibilidade do instrumento, ele deverá ser compreensível à população com o menor nível de instrução e não ter uma linguagem deslegante à amostra mais sofisticada da população-alvo do instrumento (validade de face ou aparente). Por essas razões, as pessoas entrevistadas nessa fase deverão compor uma amostra heterogênea, pelo menos, quanto à escolaridade (PASQUALI, 1998).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) citam outra técnica para checar a equivalência e a validade de face da versão adaptada que é a submissão do instrumento às pessoas leigas bilíngues, ao invés de uma amostra da população-alvo. Nesse estágio, denominado de *pré-teste*, os sujeitos, além de responderem ao instrumento, são indagados sobre a sua percepção acerca do significado dos itens e das opções de resposta, com a finalidade de esclarecer e refinar a redação dos itens e medir a duração do tempo de aplicação do instrumento.

Posteriormente, o estágio cinco, o último, é a submissão e avaliação dos relatórios pelos autores do instrumento ou por um Comitê de juízes. A finalidade dessa fase é verificar se todas as etapas do processo foram cumpridas, não cabendo aqui fazer modificações na versão adaptada, uma vez que, acredita-se que a versão adequada tenha sido obtida. Nessa fase, espera-se, também, que o instrumento de coleta de dados seja submetido à apreciação dos autores do instrumento original e que possa ser compreendido por uma criança de 12 anos de idade (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2000).

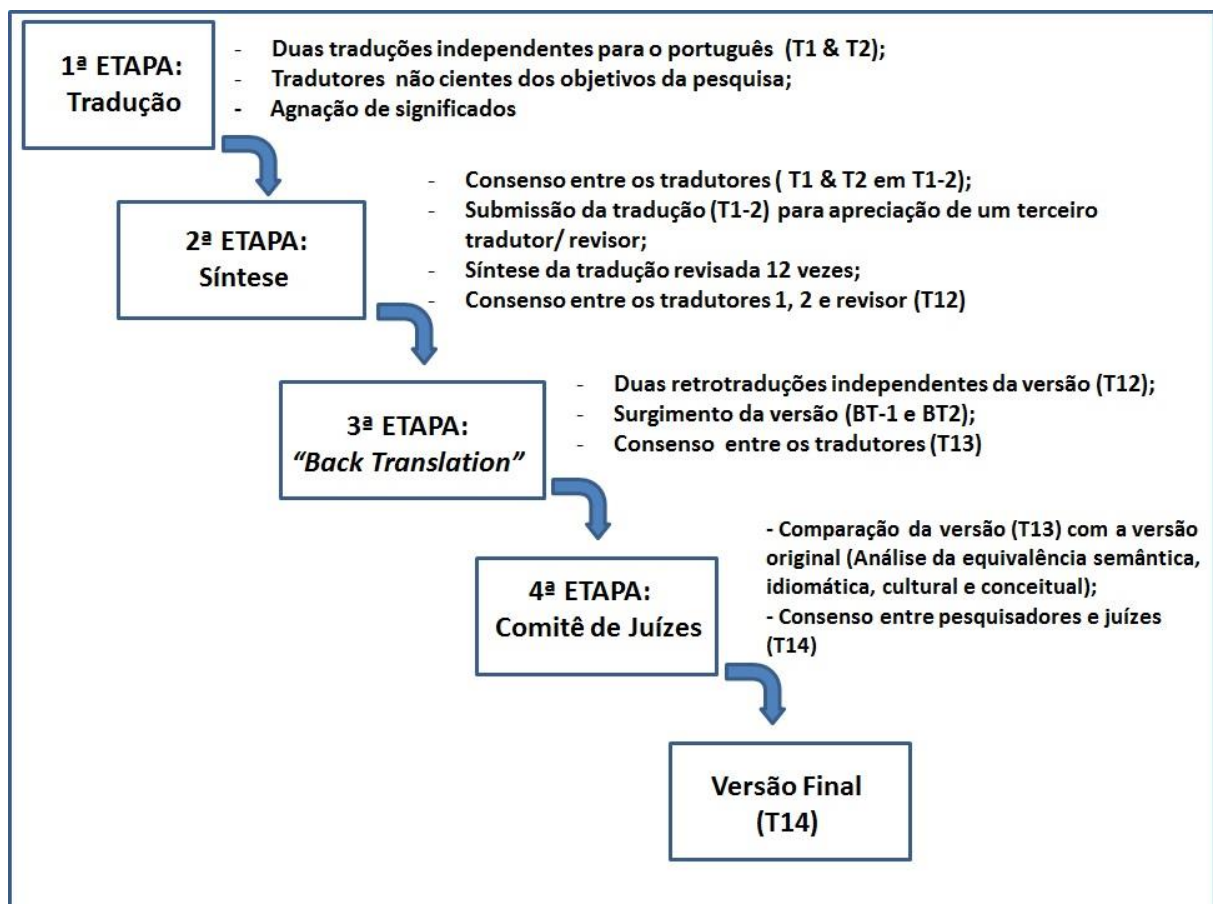
O processo de validação do instrumento ocorre somente após o processo de adaptação cultural. Beaton *et al.* (1998; 2000) apontam a necessidade de avaliação das propriedades psicométricas do mesmo, para verificar se ele retém as características do instrumento original. Esta etapa, entretanto, não será aprofundada neste estudo, uma vez que o objetivo principal será estudar a fase de tradução e a adaptação cultural do “Behavior Change Protocol”, que compreende a validação semântica, cultural, conceitual e idiomática do instrumento. Posteriormente, pretendem-se, dar continuidade as demais etapas do processo a partir da continuação da pesquisa.

3.2 Tradução e adaptação cultural do “*Behavior Change protocol*” para a língua portuguesa- Brasil

A tradução e adaptação do “*Behavior Change Protocol*” para a língua portuguesa foi realizado pelo Núcleo de gestão, educação e avaliação em saúde (NUGEAS) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com o Laboratório Experimental de Tradução da Faculdade de Letras (FALE)/UFMG.

O processo foi autorizado pelos autores principais do instrumento, Anderson e Funnell e seguiu os procedimentos recomendados internacionalmente por Guillemin, Bombardier, Beaton (1993) e Beaton *et al.* (2000) para a tradução e adaptação cultural de instrumentos de pesquisa na área da saúde, compreendendo as 4 etapas das cinco propostas: 1- Tradução inicial; 2- Síntese da tradução; 3- Retrotradução ou tradução para a volta ao idioma original (back-translation); 4- Avaliação pelo Comitê de juízes, conforme apresentado pela Figura 2.

Figura2: Esquemática do processo de adaptação e tradução cultural. Belo Horizonte, 2014.



Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

3.2.1 Tradução inicial

As traduções individuais do questionário foram realizadas por duas estudantes do Bacharelado em Língua Inglesa com ênfase em Tradução da FALE-UFMG, não cientes dos objetivos da pesquisa. Antes de se iniciar as traduções, as alunas rescreveram/parafrazearam os itens do questionário original, de forma a poder verificar possíveis significados implícitos no inglês que precisariam ser explicitados em língua portuguesa.

Em seguida, a tradução do “*Behavior Change Protocol*” foi realizada de forma independente pelas tradutoras, originando as traduções 1 e 2 (T1 e T2). O objetivo foi alcançar um texto em português que construísse significados análogos aos do inglês e que pudesse apresentar linguagem espontânea e acessível para a interação entre profissionais da saúde e usuários, respeitando o contexto cultural.

Para realizar o trabalho de tradução, as estudantes apoiaram-se na teoria Sistêmico-Funcional, de M. A. K. Halliday (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 1999), objeto de estudo de disciplinas cursadas no referido curso de Bacharelado, sobretudo no que diz respeito ao conceito de agnação de significados. A agnação de significados envolve buscar realizações léxico-gramaticais análogas a algumas realizações de trechos dos textos fonte, de forma a explorar significados implícitos que pudessem ser relevantes na formulação desses significados na língua meta.

Assim, a partir de uma dada unidade de tradução, como por exemplo, “De 1-10, você está confiante de que vai conseguir seu objetivo?” foram geradas realizações análogas tais como: “De 1-10, você está confiante de que vai conquistar seu objetivo?”; “De 1-10, quanto confiante você se sente de que vai conquistar seu objetivo?”; “De 1-10, que número representa a sua certeza de que vai conseguir conquistar seus objetivos?”; “Numa escala de 1-10, como você avalia sua certeza de que vai conseguir conquistar seus objetivos?”; até a versão final repassada para a retrotradução: “Numa escala 0 a 10, como você avalia a sua confiança de que você vai conseguir chegar ao final deste plano?”.

3.2.2 Síntese da Tradução

Na segunda etapa, as duas traduções independentes (T1 e T2) foram consolidadas em (T1-2). A síntese da tradução teve como principal encontrar um consenso quanto à tradução dos trechos em que houve divergência nas escolhas. Ressalta-se que não houve preocupação

em buscar o refinamento da tradução de trechos em que as escolhas coincidiram. Durante este processo, foi montada uma tabela na qual foram registradas a versão original, as opções individuais de tradução e a opção escolhida como definitiva para cada um dos itens.

A versão (T1-2) foi submetida à apreciação de um terceiro tradutor doutor na área de linguística e tradução em Língua Inglesa. O principal foco dessa revisão foi o refinamento linguístico da síntese das traduções, tendo sido sugeridas alterações na formulação de algumas perguntas e trocas de alguns termos, com exceção da terminologia técnica. As mudanças sugeridas foram analisadas pelos três tradutores e implementadas quando comprovada a necessidade de alteração. A síntese da tradução foi revisada doze vezes até um consenso que gerou a versão-síntese final (T13) (APÊNDICE D).

3.2.3 Retrotradução ou back-translation

A retrotradução ou *back-translation* (BT) foi realizada por dois alunos do Programa de Pós- Graduação em Estudos Linguísticos da FALE-UFMG, vinculados à linha de pesquisa Estudos da Tradução, os quais estavam cientes do objetivo da pesquisa. Os mesmos não tiveram contato com o texto na língua fonte e fizeram a retrotradução da versão (T12) em português, de forma independente, originando as versões BT1 e BT2 em inglês.

As duas versões retrotraduzidas foram comparadas, para verificar a existência de alguma disparidade semântica entre ambas, o que revelaria a necessidade de reformular a tradução de alguns trechos, gerando uma nova versão síntese (T13).

3.2.4 Avaliação do Comitê de Juízes

O Comitê de Juízes ocorreu a partir da parceria interdisciplinar entre a faculdade de letras e a faculdade de enfermagem da UFMG. Os participantes eram profissionais e acadêmicos inseridos em projetos de pesquisas das duas faculdades. O comitê foi composto por 11 profissionais, com domínio da língua inglesa, que atuam nas áreas de programas educativos sistematizados para o Diabetes e que possuem conhecimentos sobre os pressupostos teóricos da abordagem “*empowerment*” (6 enfermeiras, 1 nutricionista e 1 fisioterapeuta) e por profissionais da área da linguística aplicada (3 bacharéis em tradução).

Previamente à reunião, todos os participantes receberam uma carta-convite contendo orientações detalhadas sobre os objetivos do estudo e a finalidade da sua participação

(APÊNDICE A), juntamente com as cópias da versão (T13) e a original. Posteriormente, foi solicitada aos juízes a avaliação das equivalências semântica, cultural, idiomática e a conceitual, além do cuidado específico com as instruções de preenchimento e aparência do protocolo.

A reunião foi coordenada pelas pesquisadoras, ao iniciá-la, reiterou-se sobre a sua finalidade e condução, bem como sobre os objetivos do estudo e do instrumento a ser validado. As versões foram disponibilizadas juntamente com um instrumento de avaliação, que questionava aos juízes sobre o entendimento de cada item em relação aos passos do protocolo. O objetivo foi avaliar a clareza e a compreensão do instrumento traduzido.

O desdobramento cognitivo incluiu: “Você acha que essa pergunta ou afirmação é relevante para o protocolo?”; “Você tem dificuldade para entender essa questão?”; “As potenciais respostas podem ser claras e de fácil entendimento?”; “Como você falaria/expressaria isso, caso tenha dúvidas?”; “Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?”, conforme (APÊNDICE B).

Para tal, foi estabelecido um tempo de 90 minutos para que os juízes comparassem a versão original à versão T13 e fizessem as considerações e sugestões que achassem pertinentes. Ao final do tempo proposto, abriu-se para a discussão sobre a pertinência ou não da tradução.

No momento em que houve discordância da tradução de alguma palavra ou termo, foram realizadas discussões até a obtenção de um consenso sobre a tradução, elegendo a opção mais apropriada e a que conservava o significado expresso no instrumento original, sem comprometer a compreensão pela população a que se destinava.

As modificações realizadas e as suas justificativas foram gravadas e transcritas pelas pesquisadoras e, como resultado dessa etapa, obteve-se a primeira versão consensual na língua portuguesa do Brasil, a qual se denominou de versão final. Essa etapa resultou na validade semântica e de face do protocolo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer nº 284605/2013 (ANEXO B). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

4. RESULTADOS

O processo de tradução e validação do instrumento seguiu a metodologia proposta na

literatura (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2000). Para atingir equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual alguns itens precisaram ser reformulados com o objetivo de melhorar a clareza e interpretação para os profissionais da saúde que aplicarão o instrumento na população.

4.1 Resultados relacionados às etapas de tradução e de adaptação do “*Behavior Change Protocol*” para a língua portuguesa- Brasil.

4.1.1 Tradução e síntese das traduções independentes

As duas versões traduzidas do “*Behavior Change Protocol*” original, oriundas de tradutores distintos e licenciados, apresentaram algumas diferenças na linguagem. A versão 1 gerou uma tradução literal, enquanto a versão 2 gerou uma versão direcionada ao contexto do DM e ao conhecimento do público-alvo. Destaca-se que tanto a tradutora da versão 1 como a tradutora da versão 2 estavam informadas quanto aos objetivos da pesquisa, mas não possuíam experiência na área da saúde.

De posse das duas versões traduzidas (T1 e T2), foi gerada uma versão-síntese (T13) das duas versões traduzidas para a língua portuguesa do Brasil, denominada de “Protocolo de Mudança de Comportamento - 5 passos para a mudança de comportamento e conquista de objetivos”.

O processo de desenvolvimento desta versão foi realizado por meio de várias discussões e correções. Para tal, participaram as tradutoras 1 e 2, bem como uma terceira tradutora com doutorado na área de tradução avançada em inglês e linguística. Foram necessárias 12 versões até o estabelecimento de um consenso entre as tradutoras para a elaboração final da versão-síntese (T13). O processo de desenvolvimento desta versão está demonstrado no ANEXO A.

Durante as discussões, as tradutoras procuraram manter a versão que mais se aproximava da original, porém utilizando palavras ou termos do contexto da cultura brasileira, conforme demonstrado no Quadro 5.

Quadro 5 - Apresentação das duas versões traduzidas (T1 e T2) e da versão-síntese das duas traduções (T13). Belo Horizonte, , 2014.

(continua)

ITEM	VERSÃO 1 (T1)	VERSÃO 2 (T2)	VERSÃO-SÍNTESE (T13)
1	"Protocolo de mudança de comportamento" - Cinco passos para o processo comportamental de definição de metas	Protocolo/Questionário de mudanças de comportamento – 5 passos para conseguir o controle da diabetes – montando um plano	Protocolo de Mudança de Comportamento – 5 Passos para a Mudança de Comportamento e Conquista de Objetivos
2	Primeiro passo: defina o problema	1º passo: Fale sobre os problemas que a diabetes trouxe pra sua vida	1º Passo: Defina o problema
3	Na sua opinião, o que é mais difícil em relação ao cuidado com a diabetes?	Qual é a maior dificuldade que você tem por causa da diabetes?	Qual é a maior dificuldade que você tem para manter o diabetes controlado?
4	Por favor, fale mais sobre isto.	Fale mais sobre essa(s) dificuldade(s) no seu dia-a-dia.	Fale mais sobre essa dificuldade no seu dia-a-dia.
5	Você tem algum exemplo específico que possa compartilhar?	Conte algum caso que aconteceu com você por causa dessa(s) dificuldade(s).	Dê algum exemplo de uma situação que aconteceu com você por causa dessa dificuldade.
6	Segundo passo: reconheça seus sentimentos	2º passo: Fale sobre seus sentimentos	2º Passo: Detalhe o que você sente
7	Você se sente como em relação a sua diabetes?	Você passa maior parte do tempo pensando sobre esta dificuldade?	Como é que você se sente tendo diabetes?
8	Você se sente (insira sentimento) porque (insira significado)	Você se sente (insira sentimento) porque (insira significado)	Você se sente... [preenchido pelo aplicador] porque... [preenchido pelo aplicador].
9	Terceiro passo: defina uma meta	3º passo: Qual é o seu objetivo?	3º Passo: Defina seus objetivos
10	Você pretende fazer o que para conseguir lidar com sua diabetes e seus sentimentos?	O que você pode fazer para controlar a sua diabetes?	O que você quer fazer para controlar o diabetes?
11	O que deve mudar para que você se sinta melhor sobre esta situação?	Você acha que alguma coisa tem que melhorar na sua vida para você se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	Como você poderia mudar alguma coisa na sua vida para se sentir melhor mesmo tendo diabetes?

(continua)

12	Em relação a isto, você quer estar onde em (tempo específico. Exemplo: 1 mês, 3 meses, 1 ano)?	Você acha que vai gastar quanto tempo para controlar a sua diabetes?	Em relação ao diabetes, como você pretende que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?
13	Você pode fazer o que para conseguir alcançar esta meta?	Você já pensou em alguma maneira que pode te ajudar a controlar a sua diabetes?	Quais são as escolhas que você pode fazer para ajudar você alcançar o seu objetivo?
14	E o que seria um problema?	Você tem dificuldade de seguir o tratamento para controlar a sua diabetes?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar?
15	Quem pode te ajudar?	Quem pode te ajudar?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a alcançar o seu objetivo?
16	Os custos e benefícios das suas escolhas são quais?	Os custos e benefícios das suas escolhas são quais?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do Diabetes. Quais são as coisas boas e as coisas ruins dessas escolhas?
17	Se você não fizesse nada, o que iria acontecer?	Você acha que se você não fizer nada para melhorar a sua diabetes você vai sofrer consequências?	O que pode acontecer se você não fizer nada para controlar o diabetes?
18	Vamos fazer um plano.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar sua diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.
19	Quarto passo: faça um plano (plano IMPACTE) para alcançar seu objetivo	4º passo: Montar um plano adequado para ajudar você a controlar a diabetes.	4º Passo: Elabore um plano personalizado para alcançar o seu objetivo
20	Você está disposto a fazer o que tem que ser feito para resolver os problemas?	Você está disposto a fazer o que for necessário para controlar sua diabetes?	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?
21	Diga o quanto superar os problemas é importante para você em uma escala de 1-10.	De 1 a 10, qual é a importância de controlar a diabetes pra você?	Numa escala de 1 a 10, para você, qual é a importância de superar as dificuldades que o Diabetes trouxe para sua vida?
22	Você está confiante de que vai alcançar seu objetivo? Use uma escala de 1-10.	De 1 a 10, você está confiante que pode controlar a sua diabetes?	Numa escala de 1 a 10, como você avalia sua certeza de vai conseguir alcançar o seu objetivo?

(continua)

23	Você pode dar quais passos para te ajudar a alcançar este objetivo?	Quais passos você pode seguir para te ajudar a controlar a sua diabetes?	Quais passos você pode dar para alcançar o seu objetivo?
24	Você vai fazer o que para chegar a esta meta?	E o qual você vai fazer?	E o que de fato você vai fazer para alcançar o seu objetivo?
25	Quando você vai começar?	Que dia você vai começar?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para alcançar o seu objetivo?
26	Quinto passo: experiencie e avalie o plano	5º passo: experiência e opinião dos paciente sobre o plano montado para eles	5º passo: Diga como foi a sua experiência e qual é a sua opinião sobre o plano
27	Como foi colocar o plano em prática?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele te ajudou a controlar a sua diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?
28	Você aprendeu o que?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano/tratamento?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?
29	Você encontrou quais problemas?	Você teve dificuldades? Quais?	Que dificuldades você teve?
30	Você faria algo diferente na próxima vez?	Na próxima vez, você vai fazer alguma coisa diferente?	Você faria alguma coisa diferente da próxima vez?
31	Você vai fazer o que quando sair daqui hoje?	Você vai continuar seguindo o plano/tratamento?	Agora que você terminou, você vai continuar seguindo este mesmo plano?
32	Meu IMPACTE	My I-Smart	Plano Personalizado - METAS-S
33	Plano de Ação de diabetes	Plano de ação para controlar a diabetes	Plano de ação para controlar o Diabetes
34	Inspirador Mensurável Particular Alcançável Considerável Tempo-Específico	Motivação Limite Quantidade Enfrentando as dificuldades Importância do plano Tempo de duração	Motivação Esforço Tempo Alcance Singularidades Significado
35	Inspirador	Motivação	Motivação
36	Na sua opinião, o que deve ser mais trabalhado em um plano de ação de diabetes?	O que você acha que pode melhorar para controlar a sua diabetes da forma mais adequada?	O que você acha que é mais importante para você controlar o diabetes?
37	Este plano é importante para você? Use uma escala de 1-10.	De 0 a 10 qual a importância dessa mudança para você?	Numa escala 0 a 10, qual é a importância disso para você?

(conclusão)

38	Particular	Limite	Singularidades
39	Você vai fazer o que para colocar este plano em ação?	O que você vai fazer para ter uma vida melhor mesmo tendo diabetes?	Você vai fazer o que para controlar o seu diabetes?
40	Você vai colocar este plano em prática onde?	Você faz acompanhamento em qual centro de saúde?	Onde você vai fazer este plano?
41	Quando você vai começar o plano?	Com qual frequência você vai ao centro de saúde para tratar da sua diabetes?	Quando você vai fazer este plano?
42	Mensurável	Quantidade	Esforço
43	Você vai fazer de tudo para alcançar seus objetivos?	Você vai se empenhar para controlar a sua diabetes?	Quanto você vai se esforçar para alcançar o seu objetivo?
44	Você vai seguir o plano com qual frequência?	Durante a semana quantas horas você gasta para fazer alguma coisa que vai te ajudar a controlar a diabetes?	Quantas vezes na semana você vai fazer alguma coisa para conquistar seus objetivos?
45	Alcançável	Enfrentando as dificuldades	Alcance e Viabilidade
46	Quais problemas você acha que vai enfrentar? Você vai conseguir superar eles?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar a sua diabetes? Se sim, como você vai lidar com essa(s) dificuldade(s)?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?
47	Você é confiante de que vai conseguir completar este plano? Use uma escala de 0-10.	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	Numa escala 0 a 10, como você avalia a sua confiança de que você vai conseguir chegar ao final deste plano?
48	Considerável	Importância do plano	Significado
49	Como este passo vai te ajudar a alcançar seu objetivo geral?	Você acha que esse plano vai te ajudar a controlar a diabetes?	Como você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?
50	Tempo-Específico	Tempo de duração	Tempo
51	Você vai fazer este experimento por quanto tempo?	Você acha que com esse plano você vai conseguir controlar seu diabetes mais rápido?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

4.1.2 Retrotradução ou *back-translation*

A retrotradução ou *back-translation* (BT) foi realizada por dois alunos do Programa de Pós- Graduação em Estudos Linguísticos da FALE-UFMG, vinculados à linha de pesquisa Estudos da Tradução, os quais estavam cientes do objetivo da pesquisa. Os mesmos não tiveram contato com o texto na língua fonte e fizeram a retrotradução da versão (T12) em português, de forma independente, originando as versões BT1 e BT2 em inglês.

As duas versões retrotraduzidas foram comparadas para verificar a existência de alguma disparidade semântica entre ambas, o que revelaria a necessidade de reformular a tradução de alguns trechos. Foram encontrados pontos de divergência e falta de analogia de significados com o texto original. As divergências foram discutidas e resolvidas dando origem à versão- síntese em português (T13) descrita no Quadro 5 acima e que foi submetida ao Comitê de Juízes para a comparação. O Quadro 6 apresenta a versão original e as duas retrotraduções (BT1 e BT2).

Quadro 6- Apresentação da versão original e das duas versões retrotraduzidas do “Behavior Change Protocol” (BT1 e BT2). Belo Horizonte,2014.

(continua)

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	BACK-TRANSLATION 1 (BT1)	BACK-TRANSLATION 2 (BT2)
1	"Behavior Change Protocol" - 5-step behavioral goal-setting process	Protocol of Changes in Conduct – 5 Steps to Change Conduct and Achieve Goals	Behavior change protocol - 5 steps to change behavior and achieve objectives
2	Step one: define the problem	Step 1: Define the problem	Step 1: Define the problem
3	What is the hardest thing about caring for diabetes for you?	What is your major difficulty in keeping diabetes under control?	What is your biggest difficulty to keep diabetes under control?
4	Please tell me more about that	Comment on this difficulty in your routine.	Tell me more about this difficulty in your everyday life.
5	Are there some specific examples you can give me	Exemplify a situation that happened to you because of this difficulty.	Give an example of a situation you faced because of this difficulty.

(continua)

6	Step two: recognize your feelings	Step two: recognize your feelings	Step 2: Detail what you feel
7	What are your thoughts about this?	How do you feel about having diabetes?	How do you feel about having diabetes?
8	Are you feeling (insert feeling) because (insert meaning)	You feel [filled in by applicator] because [filled in by applicator]	You feel... [filled by the applicator] because... [filled by the applicator]
9	Step three: choose a goal	Step 3: Define your goals	Step 3: Define your objectives
10	What do you want?	What do you want to do to control diabetes?	What do you want to do to control diabetes?
11	How would this situation have to change for you to feel better about it?	How could you change something in your life to feel better even having diabetes?	How could you change something in your life to feel better despite having diabetes?
12	Where would you like to be regarding this situation in (specific time, e.g., 1 month, 3 month, 1 year)?	Regarding diabetes, how do you envision your health a month from now? 3 months from now? A year from now?	Regarding diabetes, how do you intend your health to be 1 month from now? 3 months from now? 1 year from now?
13	What are your options?	What choices can you make to help you achieve your goal?	What are the choices you can make to help you to achieve this objective?
14	What are barriers for you?	And do you think anything might interfere?	Do you think anything can hinder you?
15	Who could help you?	Is there anyone who could help you achieve your goal?	Is there anyone who can help you to achieve your objective?
16	What are the costs and benefits for each of your choices?	Think about the choices you have made throughout your life due to diabetes - what are the good and bad things about them?	Think about the choices you made in your life because of diabetes – what are the good sides and the bad sides in those choices?
17	What would happen if you do not do anything about it?	What might happen if you do not do anything to control diabetes?	What may happen if you do not do anything to control diabetes?

(continua)

18	Let's develop a plan	Let's design a plan to help you control diabetes.	Let's put a plan together to help you to control diabetes.
19	Step four: make a plan (I-SMART plan) to reach your goal	Step 4: Prepare a plan (Custom Plan) to help you achieve your goal.	Step 4: Elaborate a plan (personalized plan) to help you to achieve your objective
20	Are you willing to do what you need to do to solve this problem?	Are you willing to do whatever it takes to overcome the difficulties diabetes has brought into your life?	Are you willing to do whatever it takes to overcome the difficulties diabetes has brought to your life?
21	How important is it to you on a scale of 1-10?	In a 1 to 10 scale, how important to you is overcoming the difficulties diabetes has brought into your life?	For you, on a scale from 1 to 10, what's the importance of overcoming the difficulties diabetes has brought to your life?
22	How confident are you that you will be able to reach this goal on a scale of 1-10?	In a 1 to 10 scale, how do you assess your certainty of achieving your goals?	On a scale from 1 to 10, how would you evaluate your certainty that you will achieve your objectives?
23	What are some steps you could take to help you reach this goal?	What steps can you take to achieve your goal?	What steps can you take to achieve your ultimate objective?
24	What are you going to do?	And what will you indeed do to achieve your final goal?	And what will you indeed do to achieve your final goal?
25	When are you going to do it?	When do you think you might change your habits to achieve your goal?	When do you think you will be able to change your habits to achieve your objective?
26	Step five: experience and evaluate the plan	Step 5: Comment on your experience and opinion about the plan.	Step 5: Tell me about the plan, how your experience was and which is your opinion about it.
27	How did it go?	Was it good or bad to follow the plan? Did it help you control diabetes?	Following the plan was good or bad? Does it helped you to control diabetes?

(continua)

28	What did you learn?	Did you learn anything during the time you followed the plan?	Did you learn anything while following the plan?
29	What barriers did you encounter?	What difficulties did you have?	What were your difficulties?
30	What, if anything, would you do differently next time?	Will you do anything different next time?	Will you do anything different next time?
31	What will you do when you leave here today?	Now that you are done, will you keep on following the plan?	Now that you finished it, will you keep following this same plan?
32	My I-SMART	Custom Plan	Personalized Plan
33	Diabetes Action Plan	Action Plan to Control Diabetes - METASS	Plan of action to control diabetes – METASS
34	<u>I</u> nspiring- <u>S</u> pecific- <u>M</u> easurable- <u>A</u> chievable- <u>R</u> elevant- <u>T</u> ime- <u>S</u> pecific	-	-
35	Inspiring	Motivation	Motivation
36	What is most important to <u>YOU</u> to work on?	What do you think must be improved for you to control your diabetes?	What do you think has* to be improved to control your diabetes?
37	On a scale of 0-10, how important is this to you?	In a 0 to 10 scale, how important is it to you?	On a scale from 0 to 10, what's the importance of this for you?
38	Specific	Effort	Effort
39	What will you do?	How hard will you try to achieve your goal?	How much will you strive to achieve your objective?
40	Where will you do it?	How many times a week will you do something to achieve your goal?	How many times a week will you do something to achieve your objective?
41	When will you do it?	Time	Time
42	Measurable	How long will you follow this plan?	For how long will you follow this plan?
43	How much will you do?	Attainability and Feasibility	Reach and viability

(conclusão)

44	How often will you do it?	Do you think you might have difficulties to control diabetes? If so, how will you overcome such difficulties?	Do you think you will have any difficulty controlling diabetes? If so, how will you overcome such difficulty?
45	Achievable	In a 0 to 10 scale, how do you assess your confidence in reaching the end of this plan?	On a scale from 0 to 10, how would you evaluate your confidence that you will make it to the end of this plan?
46	What barriers, if any, do you expect to face? How will you overcome these barriers?	Singularities	Singularities
47	On a scale of 0-10, how confident are you that you can complete this specific plan?	What will you do to control diabetes?	What will you do to control diabetes?
48	Relevant	Where will you perform this plan?	Where will you make this plan?
49	How will this step help you achieve your overall goal?	When do you intend to perform this plan?	When do you intend to make this plan?
50	Time-specific	Significance	Meaning
51	How long will you do this experiment?	How do you think this plan might help you achieve your final goal?	How do you think this plan will help you to achieve your ultimate objective?

Fonte: Elaborado para fins deste estudo

4.1.3 Avaliação pelo Comitê de Juízes

A comparação da versão original do “*Behavior Change Protocol*” com a versão síntese das traduções (T13) foi fundamentada nas análises das equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural do instrumento. O processo resultou em alguns ajustes culturais e linguísticos que tiveram o intuito de garantir o melhor refinamento do instrumento

quanto à compreensibilidade e validade aparente. As alterações dos itens foram realizadas baseadas nas sugestões dos especialistas e pesquisadores a fim de melhorar a clareza e interpretação dos itens para os profissionais da saúde que aplicarão o instrumento.

As modificações sugeridas foram destacadas em negrito e objetivaram tornar as frases gramaticalmente adequadas e direcionadas ao público brasileiro. A versão original, síntese e final estão apresentados no Quadro 7 abaixo.

Quadro 7 - Apresentação dos itens modificados da versão-síntese das traduções (T13) na avaliação do Comitê de juízes para a obtenção da primeira versão consensual denominada neste estudo por versão final, Belo Horizonte, 2014.

(continua)

ITEM	VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO SÍNTESE	VERSÃO FINAL
1	"Behavior Change Protocol" - 5-step behavioral goal-setting process	Protocolo de Mudança de Comportamento – 5 Passos para a Mudança de Comportamento e Conquista de Objetivos	Protocolo de Mudança de Comportamento – 5 Passos para a Mudança de Comportamento e Conquista de Metas
2	Step one: define the problem	1º Passo: Defina o problema	1º Passo: Definição do problema
3	What is the hardest thing about caring for diabetes for you?	Qual é a maior dificuldade que você tem para manter o diabetes controlado?	Qual é a sua maior dificuldade para controlar o diabetes?
4	Please tell me more about that	Fale mais sobre essa dificuldade no seu dia-a-dia.	Fale mais sobre essa dificuldade no seu dia a dia.
5	Are there some specific examples you can give me	Dê algum exemplo de uma situação que aconteceu com você por causa dessa dificuldade.	Dê exemplo(s) de uma situação que aconteceu com você por causa dessa dificuldade.
6	Step two: recognize your feelings	2º Passo: Detalhe o que você sente	2º Passo: Identificação e abordagem dos sentimentos
7	What are your thoughts about this?	Como é que você se sente tendo diabetes?	O que você acha de ter diabetes?
8	Are you feeling (insert feeling) because (insert meaning)	Você se sente... [preenchido pelo aplicador] porque... [preenchido pelo aplicador].	Você se sente... [insira o(s) sentimento(s) identificado(s) pelo paciente] porque... [insira o(s) significado(s) desse(s) sentimento(s) para vida do paciente]...

(continua)

9	Step three: choose a goal	3º Passo: Defina seus objetivos	3º Passo: Definição de metas
10	What do you want?	O que você quer fazer para controlar o diabetes?	O que você quer fazer para melhorar a sua saúde?
11	How would this situation have to change for you to feel better about it?	Como você poderia mudar alguma coisa na sua vida para se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	Como você pode mudar alguma coisa na sua vida para se sentir melhor?
12	Where would you like to be regarding this situation in (specific time, e.g., 1 month, 3 month, 1 year)?	Em relação ao diabetes, como você pretende que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?	Como você espera que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?
13	What are your options?	Quais são as escolhas que você pode fazer para ajudar você alcançar o seu objetivo?	Que opções você tem para te ajudar a conquistar suas metas?
14	What are barriers for you?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar?	O que você acha que pode atrapalhar a conquista da(s) sua(s) meta(s)?
15	Who could help you?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a alcançar o seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa te ajudar?
16	What are the costs and benefits for each of your choices?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do Diabetes. Quais são as coisas boas e as coisas ruins dessas escolhas?	Pense nas escolhas que você faz para a sua saúde. Quais as vantagens e desvantagens de cada uma delas?
17	What would happen if you do not do anything about it?	O que pode acontecer se você não fizer nada para controlar o diabetes?	O que pode acontecer se você não se cuidar?
18	Let's develop a plan	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar o seu plano de cuidados.
19	Step four: make a plan (I- SMART plan) to reach your goal	4º Passo: Elabore um plano personalizado para alcançar o seu objetivo	4º Passo: Elaboração do plano de cuidados para conquista da(s) meta(s) (Meu Plano Inteligente)
20	Are you willing to do what you need to do to solve this problem?	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	Você está disposto a seguir o plano de cuidados para superar as dificuldades de que você falou?

(continua)

21	How important is it to you on a scale of 1-10?	Numa escala de 1 a 10, para você, qual é a importância de superar as dificuldades que o Diabetes trouxe para sua vida?	Dê uma nota de 1 a 10 para a importância de superar as dificuldades relacionadas a sua saúde?
22	How confident are you that you will be able to reach this goal on a scale of 1-10?	Numa escala de 1 a 10, como você avalia sua certeza de vai conseguir alcançar o seu objetivo?	Dê uma nota de 1 a 10 para a sua confiança em alcançar a sua meta?
23	What are some steps you could take to help you reach this goal?	Quais passos você pode dar para alcançar o seu objetivo?	Que passo(s) você pode dar para alcançar a sua meta?
24	What are you going to do?	E o que de fato você vai fazer para alcançar o seu objetivo?	E o que de fato você vai fazer para alcançar a sua meta?
25	When are you going to do it?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para alcançar o seu objetivo?	Quando você vai começar?
26	Step five: experience and evaluate the plan	5º passo: Diga como foi a sua experiência e qual é a sua opinião sobre o plano	5º passo: Avaliação e experiência do paciente sobre o plano de cuidados
27	How did it go?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Como foi seguir o plano?
28	What did you learn?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	O que você aprendeu com essa experiência?
29	What barriers did you encounter?	Que dificuldades você teve?	Que dificuldades você teve para seguir o plano?
30	What, if anything, would you do differently next time?	Você faria alguma coisa diferente da próxima vez?	O que você faria diferente da próxima vez?
31	What will you do when you leave here today?	Agora que você terminou, você vai continuar seguindo este mesmo plano?	Você terminou o plano, e agora, o que você vai fazer?
32	My I-SMART	Plano Personalizado - METAS-S	Meu Plano Inteligente

(continua)

33	Diabetes Action Plan	Plano de ação para controlar o Diabetes	Plano de cuidados e metas
34	<u>I</u> nspiring- <u>S</u> pecific- <u>M</u> easurable- <u>A</u> chievable- <u>R</u> elevant- <u>T</u> ime- <u>S</u> pecific	Motivação Esforço Tempo Alcance Singularidades Significado	Sem sugestões
35	Inspiring	Motivação	Motivação
36	What is most important to YOU to work on?	O que você acha que é mais importante para você controlar o diabetes?	O que é mais importante para você trabalhar primeiro?
37	On a scale of 0-10, how important is this to you?	Numa escala 0 a 10, qual é a importância disso para você?	De 0 a 10, quanto isso é importante para você?
38	Specific	Singularidades	Especificação
39	What will you do?	Você vai fazer o que para controlar o seu diabetes?	O que você vai fazer?
40	Where will you do it?	Onde você vai fazer este plano?	Onde você vai fazer?
41	When will you do it?	Quando você vai fazer este plano?	Quando você vai fazer?
42	Measurable	Esforço	Esforço
43	How much will you do?	Quanto você vai se esforçar para alcançar o seu objetivo?	Por quanto tempo você vai fazer?
44	How often will you do it?	Quantas vezes na semana você vai fazer alguma coisa para conquistar seus objetivos?	Com qual frequência você vai fazer isso?
45	Achievable	Alcance e Viabilidade	Alcance

(conclusão)

46	What barriers, if any, do you expect to face? How will you overcome these barriers?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Quais dificuldades você espera encontrar? Se sim, como você vai superar essas dificuldades?
47	On a scale of 0-10, how confident are you that you can complete this specific plan?	Numa escala 0 a 10, como você avalia a sua confiança de que você vai conseguir chegar ao final deste plano?	De 0 a 10, quanto você acha que está confiante de que pode completar este plano?
48	Relevant	Significado	Importância
49	How will this step help you achieve your overall goal?	Como você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Como esses passos vão te ajudar a alcançar a(s) sua(s) meta(s)?
50	Time-specific	Tempo	Tempo
51	How long will you do this experiment?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Por quanto tempo você vai seguir este plano?

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

O Quadro 8 apresenta as discussões realizadas por itens das mudanças realizadas da versão síntese (T13) para a versão final e teve como objetivo apresentar os resultados de forma mais didática e menos cansativa. O Apêndice C apresenta a tradução final do “*Behavior Change Protocol*” para a língua portuguesa brasileira.

Quadro 8 - Apresentação do tipo de problema observado/ ações realizadas e comentários por item do protocolo, após avaliação do comitê de juízes, Belo Horizonte, 2014.

(continua)

ITEM	TIPO DE PROBLEMA OBSERVADO/ AÇÕES REALIZADAS (APÓS AVALIAÇÃO DO COMITÊ DE JUÍZES)
1	<p><u>Ausência da equivalência cultural:</u></p> <p>O termo “objetivo” da versão-síntese foi substituído pelo termo “metas” na versão final, por ser mais frequente na área da saúde. Programas educativos abordam o termo em ações de saúde, sem que haja dificuldades de compreensão do significado pelos usuários com DM.</p>

(continua)

1	<p>No inglês a escrita do termo “<i>step one</i>” em extenso é mais comum do que a escrita em número ordinal. Já no PB, a escrita ordinal do termo é a mais frequente do que a escrita em extenso. Então, traduziu-se “<i>step one</i>” para “1º passo” tanto na versão-síntese como na versão final.</p>
2	<p><u>Ausência da equivalência semântica e conceitual:</u></p> <p>Nominalização do termo “defina” na versão-síntese para “definição” na versão final. A frase “<i>define the problem</i>” da versão original expressa ideia de título do 1º passo do protocolo, e não a ideia de ordem para realização de uma ação.</p>
3	<p><u>Ausência da equivalência semântica e conceitual:</u></p> <p>Foi difícil encontrar uma palavra que traduzisse adequadamente a expressão “<i>caring for</i>”, uma vez que a tradução poderia gerar problemas gramaticais e semânticos, como foi verificado no decorrer do processo.</p> <p>O verbo “manter” foi retirado da versão-síntese e substituído pela palavra “controlar” na versão final. A modificação justificou-se pelo fato de que o significado de “manter” para a pergunta gera uma ideia de que o paciente já está com o diabetes controlado, o que nem sempre é verdade.</p> <p>Já o significado de “controlar” gerou uma ideia de que o diabetes poderá ser controlado pelo paciente, caso ainda não esteja controlado.</p> <p>Além disso, o pronome possessivo “sua” foi acrescentado à versão final para corresponder ao “<i>for you</i>” da versão original. O objetivo da alteração foi reafirmar os conceitos do protocolo ao enfatizar que a dificuldade é do paciente.</p>

(continua)

4	<p><u>Ausência da equivalência semântica:</u></p> <p>Sugeriu-se a retirada do hífen, devido à nova regra de ortografia do PB.</p> <p><u>Ausência da equivalência cultural:</u></p> <p>- A expressão “<i>about that</i>” precisou ser especificada, tanto na versão-síntese, como na versão final. Assim, o contexto da questão anterior (item 3) foi retomado no item 4, com a finalidade de que o paciente pudesse compreender melhor o contexto da afirmativa.</p>
5	<p><u>Ausência da equivalência semântica e cultural:</u></p> <p>- A frase “<i>are there some specific examples you can give me</i>” no instrumento original está em forma de pergunta. Entretanto, no contexto brasileiro, quando se quer citar exemplos, geralmente, usa-se afirmativas, não perguntas. Além disso, foi acrescentada à versão final a opção de colocar a palavra “exemplo” no plural.</p>
6	<p><u>Ausência da equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>Foi difícil encontrar um termo frequente no PB que tivesse significado semelhante à expressão “<i>recognize your feelings</i>” da versão original.</p> <p>Após discussões entre os membros do comitê, optou-se por substituir a expressão “detalhe o que você sente” da versão-síntese pela expressão “identificação e abordagem dos sentimentos” na versão final.</p> <p>A mudança teve como finalidade garantir um sentido similar aos propósitos do instrumento original. De acordo com o protocolo, o segundo passo deve conduzir o paciente não somente a identificar sentimentos em relação ao diabetes, mas também conduzi-lo a refletir sobre como este sentimento interfere em sua vida cotidiana e no gerenciamento do autocuidado diário.</p>

(continua)

6	<p>A frase “<i>recognize your feelings</i>”, da versão original expressa ideia de título do 2º passo do protocolo e não a ideia de ordem para realização de uma ação. Assim, a nominalização do termo escolhido pelo comitê foi necessária e a frase da versão final iniciou com a palavra “identificação”.</p> <p>No inglês, a escrita do termo “<i>step two</i>” em extenso é mais comum do que a escrita em número ordinal. Já no PB, a escrita ordinal do termo é a mais frequente do que a escrita em extenso. Então, traduziu-se “<i>step two</i>” para “2º passo” tanto na versão-síntese como na versão final.</p>
7	<p><u>Ausência da equivalência semântica:</u></p> <p>A tradução da palavra “<i>thoughts</i>” na língua inglesa possui dois significados possíveis para o PB: o de “pensamento” e o de “opinião”. Então, a expressão “como é que você se sente tendo o diabetes” na versão-síntese foi modificada para “o que você acha de ter diabetes” na versão final.</p> <p>Os autores do instrumento destacam que ao pedir aos usuários que dissessem o que achavam de ter o DM, suas respostas geralmente revelavam como se sentiam. Então, a tradução mais adequada para “<i>thoughts</i>” seria “você acha”, no sentido do paciente poder expressar a sua opinião em ter a doença.</p>
8	<p><u>Ausência da equivalência semântica e conceitual:</u></p> <p>As modificações realizadas da versão síntese para a versão final dizem respeito às instruções apresentadas entre colchetes.</p>

(continua)

8	<p>A questão foi discutida pelos juízes e alguns sugeriram a junção da pergunta anterior (item 7) com a afirmativa deste item. Outros sugeriram deixar apenas a palavra "porque..." no item 8. Entretanto, após discussões e revisão dos preceitos teóricos do protocolo, observou-se que, na versão original, os autores destacam que alguns usuários sentem dificuldade para responder as perguntas sobre como se sentem, porque não estão acostumados a falar sobre seus sentimentos. Assim, descobriram que, ao pedir aos usuários que dissessem o que achavam de ter o DM, suas respostas geralmente revelavam como se sentiam.</p> <p>Desta forma, os juízes consideraram importante explicar o que significa as expressões "<i>insert feeling</i>" e "<i>insert meaning</i>" para o contexto da versão original. Então, as expressões: “preenchido pelo aplicador” da versão-síntese foram substituídas pelas expressões “insira o(s) sentimento(s) identificado(s) pelo paciente” e “insira o(s) significado(s) desse(s) sentimento(s) para vida do paciente”.</p> <p>Além disso, na pergunta do item 7, o paciente poderá identificar mais de um sentimento ao dizer o que acha de ter o DM e o item 8 poderá explorar melhor os sentimentos identificados ao retomá-los.</p>
9	<p><u>Ausência da equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>A nominalização do termo “defina” na versão-síntese para “definição” na versão final foi consenso entre os juízes. A frase “<i>choose a goal</i>”, da versão original expressa ideia de título do 3º passo do protocolo e não a ideia de ordem para realização de uma ação.</p> <p>O termo “objetivo” da versão-síntese foi substituído pelo termo “metas” na versão final por ser mais frequente na área da saúde. Programas educativos abordam o termo em ações de saúde, sem que haja dificuldades de compreensão do significado pelos usuários com DM.</p>

(continua)

9	<p>No inglês a escrita do termo “<i>step three</i>” em extenso é mais comum do que a escrita em número ordinal. Já no PB, a escrita ordinal do termo é mais frequente do que a escrita em extenso. Então, traduziu-se “<i>step three</i>” para “3º passo” tanto na versão-síntese como na versão final.</p>
10	<p><u>Ausência da equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>A questão “<i>what do you want</i>” da versão original foi especificada na versão-síntese pela expressão “controlar o DM”. Esta modificação foi necessária no contexto brasileiro por permitir que o paciente possa compreender melhor o que esta sendo perguntado.</p> <p>Entretanto, o comitê de juízes considerou pertinente a retirada da palavra “diabetes”, uma vez que a versão original a utiliza pouco e não restringe a expressão “o que você quer fazer” apenas ao DM.</p> <p>O consenso foi pela substituição do termo “controlar o DM” na versão-síntese para o termo “melhorar a sua saúde” na versão final, como forma de ampliar as possíveis respostas para a pergunta. Além disso, os pressupostos teóricos do protocolo enfatizam a importância de abordar o Diabetes com enfoque na saúde e não com enfoque na doença.</p>
11	<p><u>Ausência da equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>Foi consenso entre os juízes a substituição de “poderia” na versão-síntese para “pode” na versão final. Segundo os juízes especialistas em linguística, o verbo “poder” no futuro sugere ideia de possibilidade, não de certeza. Assim, uma frase, como por exemplo: “Eu poderei fazer caminhada”, não passa ideia de certeza da ação. Já uma frase do tipo “Eu posso fazer caminhada” enfatiza a ação e imprime uma ideia de motivação.</p>

(continua)

11	<p>Além disso, o termo "mesmo tendo diabetes" presente na versão-síntese foi retirado da versão final pelo fato de gerar sentido negativo sobre o fato do paciente ter DM. A utilização deste termo pode conduzir o paciente a pensar que ter a doença é uma situação muito ruim. Na abordagem “<i>empowerment</i>”, as crenças sobre o adoecimento possuem fortes influencia sobre o tratamento e o gerenciamento do autocuidado. Assim, os autores destacam a importância dos profissionais estimularem os usuários a pensarem de forma positiva em relação à doença e ao autocuidado.</p>
12	<p><u>Ausência da equivalência cultural e conceitual:</u></p> <p>Conforme sugerido pelos juízes, a palavra "pretende" na versão-síntese foi substituída pela palavra "espera" na versão final. A justificativa foi de que a compreensão da palavra tornar-se-ia mais fácil pelos os usuários.</p> <p>Além disso, consideraram pertinente a retirada da palavra “diabetes” da versão síntese, uma vez que a versão original a utiliza pouco e não restringe a pergunta à doença.</p>
13	<p><u>Ausência da equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>O termo “objetivo” da versão-síntese foi substituído pelo termo “metas” na versão final, por ser mais frequente na área da saúde. Programas educativos abordam o termo em ações de saúde, sem que haja dificuldades de compreensão do significado pelos usuários com DM.</p> <p>A palavra “escolha” da versão-síntese foi substituída pela palavra “opções” na versão final. Para os juízes, essas palavras possuem significados diferentes para as perguntas. A palavra “escolha” remete a algo desejado pelo paciente. Já a palavra “opções” remete às possibilidades reais, as quais os usuários podem utilizar como recurso positivo para o tratamento. Sendo assim, a palavra “opções” pode englobar mecanismos sociais, institucionais, familiares, entre outros. Além disso, os juízes especialistas na área de tradução e linguística afirmaram que a tradução mais adequada para “<i>options</i>” não é “escolhas”.</p>

(continua)

14	<p><u>Ausência da equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>Durante a consolidação da versão final do protocolo percebeu-se que a pergunta da versão síntese poderia gerar respostas curtas como “sim ou não”, o que não era objetivo do item na versão original. Assim, a expressão “e você acha” na versão-síntese foi substituída por “o que você acha” na versão final.</p> <p>A tradução da palavra “<i>barries</i>” na versão original para “atrapalhar” na versão-síntese e, na versão final foi considerada adequada pelos juízes por que a consideraram de fácil entendimento ao público alvo.</p> <p>Houve consenso quanto à necessidade de especificar que a pergunta relacionava-se à “conquista da(s) sua(s) meta(s)” por isso, a pergunta foi expandida.</p>
15	<p><u>Ausência da equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>A expressão “possa ajudar você” na versão síntese foi substituída pela expressão “possa te ajudar” na versão final, por ser mais utilizada no PB.</p> <p>No contexto brasileiro, as perguntas com pronomes interrogativos não são muito frequentes. O pronome “<i>who</i>” na versão original foi traduzido para “tem” na versão-síntese e na versão final para que houvesse a adaptação correta.</p> <p>Já a redução da pergunta objetivou uma compreensão eficaz e menos cansativa do item pelos os usuários.</p>
16	<p><u>Ausência na equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>A ideia de custo-benefício apresentada pelo instrumento original pode não ser compreendida na cultura alvo devido ao contexto sociocultural. No Brasil, parte considerável da população possui baixa escolaridade ou são classificados como analfabetos funcionais.</p>

(continua)

16	<p>Por outro lado, os juízes ponderaram que usar os termos “coisas boas” e “coisas ruins” na versão-síntese seria simplificar a linguagem. Por consenso, optou-se pela utilização dos termos “vantagens” e “desvantagens” na versão final. Segundo os especialistas da área da saúde, os usuários conseguem compreender bem o significado destas duas palavras, como constatado durante as experiências cotidianas a partir da relação paciente-profissional.</p> <p>Para que o paciente pudesse compreender melhor a pergunta percebeu-se a necessidade de contextualizá-la ao que o instrumento original objetivava. Assim, o termo “pense nas escolhas que você faz para a sua saúde” foi acrescentado à versão final do instrumento.</p> <p>Além disso, consideraram pertinente a retirada da palavra “diabetes” da versão síntese, uma vez que a versão original a utiliza pouco e não restringe a pergunta à doença.</p>
17	<p><u>Ausência na equivalência semântica e cultural e conceitual:</u></p> <p>O termo “controlar o diabetes” na versão síntese foi substituído pelo termo “se cuidar” na versão final. Essa mudança foi pertinente, principalmente, por causa da palavra “diabetes”. O instrumento original não restringe a pergunta à apenas essa doença.</p> <p>A objetivação da pergunta teve como finalidade possibilitar a compreensão do item e tornar o instrumento menos cansativo, tanto para quem aplica o instrumento, quanto para quem responde.</p> <p>A expressão “<i>would happen</i>” na versão original, foi traduzida para a expressão “pode acontecer” na versão síntese e na versão final. O verbo “poder” conjugado no presente, ao invés de conjugado no futuro do pretérito deixa a pergunta mais direta e precisa para o paciente.</p>

(continua)

18	<p><u>Ausência na equivalência semântica e cultural e conceitual:</u></p> <p>A objetivação da pergunta teve como finalidade possibilitar a compreensão do item e tornar o instrumento menos cansativo.</p> <p>A palavra “plano” na versão síntese foi especificada pela expressão “de cuidados” para que não fosse confundido por metas. De acordo com os preceitos do protocolo, o plano de cuidados é mais amplo e engloba várias metas escolhidas pelos usuários.</p> <p>Já o pronome possessivo “seu” acrescentado na versão final teve como objetivo dar ênfase para a responsabilização do paciente em relação à construção do seu plano de cuidados, juntamente com o apoio do profissional da saúde.</p>
19	<p><u>Ausência na equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual:</u></p> <p>A nominalização do termo “elabore” na versão-síntese para “elaboração” na versão final foi consenso entre os juízes. A frase “<i>make a plan</i>”, da versão original expressa ideia de título do 3º passo do protocolo e não a ideia de ordem para realização de uma ação.</p> <p>Foi ressaltado que no inglês o termo “<i>step four</i>”, escrito em extenso é mais comum do que o termo escrito em número ordinal. Já no PB, a escrita ordinal do termo é a mais frequente, então se traduziu: “<i>step four</i>” para “4º passo”.</p> <p>Em relação à tradução da expressão “<i>I-SMART</i>” presente na versão original, várias foram às sugestões, sendo as duas mais aceitas pelo comitê, “Meu plano esperto” e “meu plano inteligente”. Entretanto, houve consenso que a melhor tradução seria “Meu plano inteligente”, uma vez que a palavra “Esperto” poderia gerar ambiguidade para as ações de autocuidado. Isto é, o paciente poderia falar que está modificando os hábitos de vida, quando na verdade está sendo “esperto” e fazendo justamente o contrário.</p>

(continua)

19	<p>Acrescentou-se à palavra “plano” a expressão “de cuidados” na versão final, o objetivo foi contextualizar a frase “<i>make a plan</i>” da versão original.</p> <p>Já a palavra “personalizado” na versão síntese foi retirada da versão final por ser considerada pelos juízes uma palavra de difícil compreensão para os usuários.</p>
20	<p><u>Ausência na equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>O verbo “fazer” na versão síntese foi substituído pelo verbo “seguir” na versão final. O objetivo da mudança foi enfatizar a relação da pergunta com o plano de cuidados a ser elaborado no quarto passo do protocolo.</p> <p>Verificou-se a necessidade de deixar a pergunta mais objetiva. Considera-se pertinente a retirada da palavra “diabetes” da versão final, uma vez que não é objetivo do instrumento original restringir o item apenas as dificuldades da doença.</p> <p>Notou-se a necessidade de fazer mudanças para que o item tivesse equivalência cultural no contexto brasileiro. A expressão “de que você falou” acrescentada à versão final teve como objetivo contextualizar a pergunta 20 com o 1 passo do protocolo que trata da identificação dos problemas.</p> <p>O termo “<i>willing</i>” no PB apresenta um conceito diferente do que “<i>willing</i>” representa para o contexto do inglês, por isso ele foi traduzido como “disposto” na versão final.</p>
21	<p><u>Ausência na equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>Para o contexto brasileiro foi necessário o acréscimo da expressão “superar as dificuldades relacionadas à sua saúde” à versão síntese e à versão final. A mudança teve o propósito de dar significado ao “<i>it</i>” da versão original.</p>

(continua)

21	<p>A expressão “as dificuldades que o Diabetes trouxe para sua vida” na versão síntese foi substituída pela expressão “as dificuldades relacionadas à sua saúde” na versão final. A troca teve por objetivo não restringir o item apenas ao Diabetes.</p> <p>A expressão “numa escala de 1 a 10” da versão síntese foi substituída pela expressão “dê uma nota de 1 a 10” na versão final. A mudança pode ser explicada por uma questão cultural. No contexto brasileiro a forma de avaliação escolar utiliza o sistema de nota para realizar a avaliação dos alunos. Assim, entende-se que o termo é de fácil compreensão para os usuários.</p> <p>Retirou-se o pronome interrogativo “qual” que aparecia na versão síntese, por considerá-lo desnecessário a compreensão do item.</p>
22	<p><u>Ausência na equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>Durante o processo de consolidação da versão final verificou-se a necessidade de deixar a pergunta objetiva e simplificada para evitar que o paciente perca o significado da pergunta.</p> <p>A expressão “numa escala de 1 a 10” da versão síntese foi substituída pela expressão “dê uma nota de 1 a 10” na versão final. A mudança pode ser explicada por uma questão cultural. No contexto brasileiro a forma de avaliação escolar utiliza o sistema de nota para realizar a avaliação dos alunos. Assim, entende-se que o termo é de fácil compreensão para os usuários.</p> <p>No português brasileiro encontrou-se uma tradução para “<i>will be able</i>” que se adequa ao contexto do Brasil e que fosse uma tradução objetiva. Portanto, os juízes optaram substituir a palavra “certeza” por “confiança”, por questões conceituais do instrumento. O instrumento trabalha com a motivação e com a confiança do usuário.</p> <p>O termo “objetivo” da versão-síntese foi substituído pelo termo “metas” na versão final, por ser mais frequente na área da saúde. Programas educativos abordam o termo em ações de saúde, sem que haja dificuldades de compreensão do significado pelos usuários com DM.</p>

(continua)

23	<p><u>Ausência na equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>O pronome interrogativo “<i>what</i>” pode ser traduzido para o português como “quais” e mais frequentemente como “que”. Dessa forma, optou-se por substituir “quais” na versão síntese pelo “que” na versão final.</p> <p>Na versão final, optou-se por deixar “passo(s)”. O acréscimo do plural teve como finalidade ampliar as opções de escolha dos usuários.</p> <p>O termo “objetivo” da versão-síntese foi substituído pelo termo “metas” na versão final, por ser mais frequente na área da saúde. Programas educativos abordam o termo em ações de saúde, sem que haja dificuldades de compreensão do significado pelos usuários com DM.</p> <p>A ausência da “equivalência cultural” justifica-se porque, para o contexto brasileiro, não é comum o uso da expressão “para te ajudar”, que seria uma possível tradução para “<i>to help you</i>”. Entende-se que o usuário consegue compreender melhor quando se usa somente a primeira e terceira parte da pergunta, como por exemplo: “<i>What are some steps you could take to reach this goal?</i>”, traduzida como “Que passo(s) você pode dar para alcançar a sua meta?”.</p>
24	<p><u>Ausência na equivalência semântica e cultural:</u></p> <p>O termo “objetivo” da versão-síntese foi substituído pelo termo “metas” na versão final, por ser mais frequente na área da saúde. Programas educativos abordam o termo em ações de saúde, sem que haja dificuldades de compreensão do significado pelos usuários com DM.</p> <p>Considerou-se o termo “de fato” bastante pertinente, uma vez que o “<i>going to</i>” na língua inglesa tem sentido de certeza da ação futura quando comparado ao verbo “<i>will</i>” cuja ação futura não necessariamente precisa acontecer, gerando uma ideia de possibilidade.</p>

(continua)

25	<p><u>Ausência na equivalência cultural e conceitual:</u></p> <p>Durante o processo de consolidação da versão final verificou-se a necessidade de deixar a pergunta objetiva e simplificada para evitar que o paciente perca a compreensão sobre o que esta sendo perguntado. Além disso, as perguntas do quarto passo seguem uma sequência lógica e por isso não há a necessidade de retomada do contexto neste item.</p>
26	<p><u>Ausência na equivalência semântica e cultural:</u></p> <p>Durante o processo de consolidação da versão final verificou-se a necessidade de deixar a pergunta objetiva e simplificada para evitar que o paciente perca a compreensão sobre o item.</p> <p>O acréscimo dos termos “avaliação” e “experiência” na versão final foi consenso entre os juízes.</p> <p>Ressalta-se que no inglês o termo “<i>step five</i>”, escrito em extenso é mais comum do que o termo escrito em número ordinal. Já no PB, a escrita ordinal do termo é a mais frequente, então se traduziu “<i>step five</i>” para “5º passo”.</p> <p>Durante a consolidação da versão final optou-se por especificar a palavra “plano” na versão síntese, que para o protocolo se remete a “plano de cuidados” ou “<i>shorts-terms-goal</i>”.</p>
27	<p><u>Ausência na equivalência semântica e cultural:</u></p> <p>Durante a consolidação da versão final do protocolo percebeu-se que a pergunta da versão síntese poderia gerar respostas curtas como “bom ou ruim” e/ou “sim ou não”. Essa polaridade não é objetivo do item na versão original. Por isso, a tradução foi modificada. O objetivo do item é que o usuário relate como foi seguir o plano, procurando identificar as barreiras e os facilitadores para o gerenciamento do autocuidado. Grande parte das perguntas do protocolo é classificada como não estruturadas, o objetivo é estimular o processo reflexivo do usuário.</p>

(continua)

27	<p>A versão síntese ficou mais extensa e, portanto, foi consenso simplificá-la. Optou-se por desmembrar “it” da versão original em “plano” na versão síntese e na versão final. Essas mudanças foram feitas para facilitar a compreensão do usuário no contexto brasileiro.</p>
28	<p><u>Ausência na equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>Durante a consolidação da versão final do protocolo percebeu-se que a pergunta da versão síntese poderia gerar respostas curtas como “bom ou ruim” e/ou “sim ou não”. Essa polaridade não é objetivo do item na versão original. Por isso, a tradução foi modificada. O objetivo do item é que o usuário relate como foi seguir o plano, procurando identificar as barreiras e os facilitadores para o gerenciamento do autocuidado. Grande parte das perguntas do protocolo é classificada como não estruturadas, o objetivo é estimular o processo reflexivo do usuário.</p> <p>A versão síntese ficou mais extensa e, portanto, foi consenso simplificá-la. Entretanto, preferiu-se acrescentar a expressão “com essa experiência” a versão final para facilitar a compreensão do paciente a cerca do item.</p>
29	<p><u>Ausência na equivalência semântica e cultural:</u></p> <p>Optou-se por acrescentar a expressão “para seguir o plano” à versão final com o objetivo de facilitar a compreensão do paciente a cerca do item.</p>
30	<p><u>Ausência na equivalência semântica e conceitual:</u></p> <p>A pergunta da versão síntese poderia gerar respostas como “sim ou não”. Essa polaridade não é objetivo do item na versão original. Por isso, a tradução foi modificada. O termo “o que” foi usado para explorar quais as possibilidades visualizadas pelo paciente para melhorar a sua saúde.</p> <p>Considerou-se que a tradução do termo “<i>if anything</i>” seria desnecessária para a pergunta da versão final, uma vez que no contexto brasileiro não é frequente as perguntas com a expressão “se tiver alguma coisa”, por exemplo: “O que, se tiver alguma coisa você faria diferente da próxima vez?”.</p>

(continua)

31	<p><u>Ausência na equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>O objetivo desta pergunta na versão original tem como proposta explorar se o processo de autonomia do usuário foi construído durante a elaboração do plano de cuidados. Além disso, avalia também se o paciente pretende dar continuidade as práticas diárias de autocuidado a partir dos problemas que forem surgindo. Neste item, o paciente não precisa necessariamente seguir o mesmo plano de cuidados. Mas, precisa ter motivação para superar barreiras/dificuldades que surgirem ao longo de sua vida, a partir de decisões informadas. Pode, inclusive, criar e recriar outros planos de cuidados para si.</p>
32	<p><u>Ausência na equivalência idiomática, cultural e conceitual:</u></p> <p>Em relação à tradução da expressão “<i>I-SMART</i>”, várias foram às sugestões. Sendo as duas mais aceitas pelo comitê, “Meu plano esperto” e “meu plano inteligente”. Entretanto, houve um consenso que a melhor tradução seria “Meu plano inteligente”, uma vez que a palavra “Esperto” poderia gerar ambiguidade para as ações de autocuidado. Isto é, o paciente poderia falar que esta modificando os hábitos de vida, quando na verdade está sendo “esperto” e fazendo justamente o contrário.</p> <p>A palavra “personalizado” na versão síntese foi substituída por “inteligente” na versão final. A modificação ocorreu devido a palavra “personalizado” ser considerada pelos juízes uma palavra de difícil compreensão pelos os usuários.</p> <p>Adotar a sigla METAS-S, mudaria a sequência lógica das questões, o que prejudicaria a elaboração do plano de cuidados do “<i>I-SMART</i>”.</p>
33	<p><u>Ausência na equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual:</u></p> <p>A tradução final ficou distante da versão original para que houvesse a adaptação cultural correta. Assim, o significado de “<i>diabetes action plan</i>” não é totalmente semelhante ao “plano de cuidados e metas”.</p>

(continua)

34	<p><u>Ausência na equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual:</u></p> <p>No português brasileiro não foi possível formar uma sigla que correspondesse ao mesmo significado e a mesma ordem das letras ao “<i>I-SMART</i>”, já que se trata de uma palavra estrangeira.</p> <p>Adotar a sigla METAS-S mudaria a sequência lógica das questões, o que prejudicaria a elaboração do plano de cuidados.</p>
35	<p><u>Não foi encontrada ausência na equivalência:</u></p> <p>Sem modificações</p>
36	<p><u>Ausência na equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>Verificou-se a necessidade de deixar a pergunta objetiva e simplificada para evitar que o paciente perca a compreensão sobre o que esta sendo perguntado.</p> <p>Optou-se pela retirada do pronome “você” da versão final, repetido duas vezes na versão síntese.</p> <p>A expressão “controlar o diabetes” na versão síntese foi substituída por “trabalhar primeiro” na versão final. Esta modificação objetivou adequar melhor à tradução para que houvesse equivalência conceitual com o item original. A expressão “<i>work on</i>” ou “trabalhar primeiro” remete-se ao plano de cuidados e metas a ser construído.</p> <p>Optou-se por manter a palavra “você” destacada na versão final, a fim de enfatizar para o profissional de saúde que é o usuário o responsável por determinar o que quer fazer e o que vai trabalhar primeiro. Sublinhar a palavra “você” garante uma entonação enfática a fala do leitor. Entretanto, o pronome “você” na versão final, não foi colocado em caixa alta como realizado na língua inglesa. Este tipo de destaque não é comum no PB.</p>
37	<p><u>Ausência na equivalência semântica e cultural:</u></p> <p>Para alcançar a “equivalência semântica” seria interessante substituir o pronome “qual” na versão síntese por “quanto” na versão final, como tradução de “<i>how</i>”.</p>

(continua)

37	<p>A expressão “numa escala de 1 a 10” da versão síntese foi substituída pela expressão “de 0 a 10” na versão final. A mudança pode ser explicada por uma questão cultural. No contexto brasileiro a forma de avaliação escolar utiliza o sistema de nota para realizar a avaliação dos alunos. Assim, entende-se que o termo é de fácil compreensão para os usuários. A palavra “nota” neste item fica subentendida.</p> <p>A versão final do item traduzido foi sugerida pela maioria dos juízes do comitê. A justificativa foi uma melhor compreensão da pergunta por parte dos usuários.</p>
38	<p><u>Ausência na equivalência semântica:</u></p> <p>Modificou-se a tradução da palavra “singularidades” na versão síntese para “especificação” na versão final, por entender que seu significado aproximou-se mais do significado original de “<i>specific</i>”.</p>
39	<p><u>Ausência na equivalência semântica e cultural:</u></p> <p>Optou-se por deixar a pergunta na ordem direta: “O que você vai fazer?” ao invés de perguntar: “Você vai fazer o que...?”.</p> <p>A palavra “Diabetes” foi retirada da pergunta, uma vez que o item original refere-se à meta e não à doença.</p> <p>No português brasileiro, dificilmente encontra-se o verbo “fazer” sem um complemento, por isso a necessidade de acrescentar a expressão, “para conquistar a sua meta?” à versão final.</p>

(continua)

40	<p><u>Ausência na equivalência semântica e conceitual:</u></p> <p>Essa pergunta precisa de um prévio conhecimento dos pressupostos teóricos do protocolo. O pronome interrogativo “onde” dá ideia de espaço físico. A pergunta “<i>Where will you do it?</i>”, para ter sentido para o usuário, precisa ser contextualizada aos itens anteriores do “meu plano inteligente”, ou seja, o instrumento deve ser totalmente aplicado pelo profissional de saúde para que todos os itens tenham significado. O instrumento é formado por uma sequência lógica de perguntas interdependentes.</p> <p>Na versão original o “<i>it</i>” refere-se ao plano de cuidados ou “<i>shorts-terms-goals</i>”, ações de curto prazo. A pergunta tem o objetivo de conduzir o usuário a especificar suas ações no espaço físico. A pergunta “Onde você vai fazer?” determinará o local em que o usuário irá realizar a conquista da meta proposta no item 39.</p>
41	<p><u>Ausência na equivalência semântica e conceitual:</u></p> <p>Na versão original o “<i>it</i>” refere-se ao plano de cuidados ou “<i>shorts-terms-goals</i>”, ações de curto prazo. A pergunta tem o objetivo de conduzir o usuário a especificar suas ações em um período de tempo. A pergunta “Quando você vai fazer?” remete a conquista da meta proposta no item 39. A expressão “este plano” na versão síntese foi retirada da versão final, com intuito de deixar o instrumento menos cansativo.</p>
42	<p><u>Não foi encontrada ausência na equivalência:</u></p> <p>Sem modificações.</p> <p>Traduziu-se a palavra “<i>measurable</i>” como “esforço”, uma vez que para o item da versão original a palavra refere-se a “quantidade de esforço” a ser empreendida pelo usuário na conquista da meta. Além disso, entendeu-se que, para o contexto brasileiro, a utilização da palavra esforço seria melhor compreendida pelos usuários.</p>

(continua)

43	<p><u>Ausência na equivalência semântica e conceitual:</u></p> <p>Observa-se que a pergunta da versão final ficou diferente da original e também da versão síntese. Foi necessário interpretar a pergunta na versão original dentro dos preceitos da abordagem “<i>empowerment</i>” e do “<i>Behavior Change Protocol</i>” para adaptá-la ao contexto brasileiro.</p> <p>Neste item, os autores pretendem que o usuário continue especificando seu plano de cuidados, só que em relação à duração da realização da ação proposta pelo usuário.</p>
44	<p><u>Ausência na equivalência semântica e conceitual:</u></p> <p>Neste item, os autores pretendem que o usuário continue especificando seu plano de cuidados, só que em relação à frequência da realização da ação proposta por ele. A expressão “<i>how often</i>” primeiramente traduzida como “quantas vezes” na versão síntese foi substituída por “com qual frequência” na versão final.</p> <p>Optou-se por não especificar a frequência em semanas, meses, entre outros. Dessa forma, a pergunta ficou ampla para que o próprio usuário pudesse identificar sua própria frequência.</p>
45	<p><u>Ausência na equivalência semântica e cultural:</u></p> <p>Optou-se por retirar o termo “viabilidade”, presente na versão síntese, por considerá-la uma palavra de difícil compreensão para os usuários.</p>
46	<p><u>Ausência na equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>Durante a consolidação da versão final do protocolo percebeu-se que a pergunta da versão síntese poderia gerar respostas curtas como “sim ou não”. Essa polaridade não é objetivo do item na versão original. Por isso, a tradução foi modificada. Grande parte das perguntas do protocolo é classificada como não estruturadas, o objetivo é estimular o processo reflexivo do usuário.</p>

(continua)

46	O termo “ <i>barriers</i> ” na versão original foi traduzido para “dificuldade” tanto na versão síntese, como na versão final, como forma de facilitar o entendimento do usuário.
47	<p><u>Ausência na equivalência semântica e cultural:</u></p> <p>A expressão “numa escala de 1 a 10” da versão síntese foi substituída pela expressão “de 0 a 10” na versão final. A mudança pode ser explicada por uma questão cultural. No contexto brasileiro a forma de avaliação escolar utiliza o sistema de nota para realizar a avaliação dos alunos. Assim, entende-se que o termo é de fácil compreensão para os usuários. A palavra “nota” neste item fica subentendida.</p> <p>A expressão “como você avalia” na versão síntese é semelhante a “quanto você acha” na versão final. Além disso, pergunta da versão final ficou mais objetiva do que da versão síntese. As mudanças foram realizadas para facilitar a compreensão do item.</p> <p>No português brasileiro quando usamos o pronome “este/deste” não há necessidade acrescentar o termo “específico” já que o pronome já faz essa função.</p>
48	<p><u>Ausência na equivalência semântica e cultural:</u></p> <p>Durante a consolidação percebeu-se que a tradução “importância” seria mais fácil de ser compreendida pelos usuários quando comparado com as palavras “relevância” e “significado”.</p>
49	<p><u>Ausência na equivalência semântica e cultural:</u></p> <p>Optou-se por retirar o pronome “você” da versão síntese e, no lugar colocar o pronome “te” na versão final. A mudança teve o intuito de facilitar a compreensão dos usuários.</p> <p>Na versão final constatou-se a importância de usar opções no plural e no singular para a palavra “metas”. Assim, o usuário poderia ter autonomia para dizer um ou mais de um passo a ser realizado para o alcance de sua meta final. Observa-se que a versão final ficou mais parecida com a original.</p>

(conclusão)

49	Faz-se necessário esclarecer que a expressão em inglês “ <i>overall goal</i> ” remete a meta final do usuário, também denominada de meta à longo prazo ou “ <i>long- terms-goals</i> ”.
50	<p><u>Ausência na equivalência cultural:</u></p> <p>No contexto brasileiro, não é frequente o uso da expressão “tempo específico” para traduzir “<i>time-specific</i>”, mas somente “tempo”.</p>
51	<p><u>Ausência na equivalência semântica, cultural e conceitual:</u></p> <p>Foi sugerido pelos juízes que a pergunta fosse realizada na ordem direta (com o pronome interrogativo no início), devido a maior frequência na língua portuguesa.</p> <p>Para o contexto brasileiro foi necessário explicar que o termo “<i>experiment</i>” da versão original remete-se ao “plano de cuidados”. O intuito foi facilitar a compreensão do usuário sobre o que se tratava.</p>

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu desenvolver e analisar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do “*Behavior Change Protocol*” para a língua portuguesa brasileira seguindo as etapas propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e adaptadas por Beaton *et al.* (2000). O interesse pelo estudo justificou-se pela escassez de instrumentos brasileiros que conduzissem e avaliassem a mudança de comportamento do paciente com DM a partir da abordagem educativa “*empowerment*” e pela relevância acadêmica/social proporcionada pelo instrumento, tendo em vista seu impacto em políticas públicas de saúde relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis.

A interdisciplinaridade no processo de tradução e adaptação transcultural entre a faculdade de enfermagem e a faculdade de Letras da UFMG neste trabalho possibilitou vivenciar uma produção discursiva cooperativa, recíproca, comunicativa, horizontalizada e não hierarquizada, em termos metodológicos e teóricos dos distintos saberes. A fusão dos horizontes contribuiu para a construção de soluções concretas aos problemas observados ao longo dos encontros, permitindo a elaboração de uma versão- final qualificada e criteriosa.

Nesse processo, a colaboração dos tradutores e especialistas na área de linguística foi essencial, principalmente, durante a realização do comitê de juízes. Pois, os participantes da área eram responsáveis por esclarecer os possíveis usos das palavras e termos que poderiam ser utilizados sem que alterasse os pressupostos teóricos e práticos do instrumento. Além disso, puderam apontar os limites da língua inglesa em relação a sua adaptabilidade e correspondência para o português, facilitando as discussões com profissionais de saúde por meio da troca de conhecimentos e experiências.

Alves, Magalhães e Pagano (2000) destacam a importância da interdisciplinaridade para o processo de tradução. Segundo os autores, dialogar com outras ciências e/ou com outros conhecimentos é uma possibilidade de aprendizagem para ambas as áreas do conhecimento e não restringe o processo tradutório a um conjunto de aspectos isolados e pouco produtivos.

O processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos, especialmente, para área da saúde envolvem esforços por parte dos profissionais responsáveis pelo processo. No Brasil, particularmente, as diferenças regionais, sociais e culturais, o baixo índice de escolaridade e a alta prevalência de analfabetos funcionais são relevantes e fazem com que essa tarefa seja complexa. Assim, a linguagem precisa ser adaptada de forma a aproximá-la ao máximo da realidade da população de interesse (MICHELS *et al.*, 2010).

Estudos quantitativos (TORRES; PACE; STRADIOTO, 2010; RODRIGUES *et.al.*, 2012) na área do DM têm demonstrado a importância dos dados sócio demográficos e a sua relação com os conhecimentos gerais sobre a doença, as atitudes, o gerenciamento do autocuidado e o controle metabólico. Os resultados demonstram que o baixo nível educacional e a pobreza são fatores limitantes do gerenciamento das práticas de autocuidado em DM, uma vez que podem dificultar o acesso às informações e reduzir as possibilidades de aprendizagem. Desta forma, a tradução do “*Behavior Change Protocol*” deve estar de acordo com essas limitações vivenciadas pelos usuários no contexto brasileiro, apresentando-se como um instrumento de fácil compreensão.

Assim, o tradutor, ao entender o sentido construído culturalmente na língua meta, estará compreendendo significados especializados de um determinado grupo social e, com o estudo aprofundado e simultâneo da língua e da cultura tanto de origem como de destino, evitará conclusões ambíguas, obtendo um bom nível de compreensão pela população-alvo. Esse cuidado foi tomado durante o processo de tradução do “*Behavior Change Protocol*”, no qual os profissionais de saúde participantes do comitê de juízes, além de estarem treinados na abordagem educativa “*empowerment*”, já haviam vivenciado experiências educativas com grupos de baixo nível socioeconômicos (AGRA, 2007).

Lorsch (1994) aponta algumas limitações para traduções realizadas por indivíduos não profissionais em tradução, dentre as quais se destacam: a) a tradução ser meramente um reflexo da visão do tradutor, sendo considerada apenas um intercâmbio de palavras entre duas línguas; b) os tradutores não- profissionais tentam fazer traduções da forma mais econômica possível em termos de processamentos cognitivos e, ao invés de aprofundarem o processamento das traduções, que implica algo mais abstrato e de elevado nível, preferem a tradução menos complexa, com carga cognitiva menos pesada.

No percorrer das etapas de tradução e adaptação do “*Behavior Change Protocol*” pelos métodos propostos, foram observados alguns aspectos importantes que merecem ser discutidos. Dentre eles, destaca-se a busca pelo máximo de equivalência entre o instrumento original e sua versão traduzida para guiar todo o processo de tradução e adaptação transcultural. Beaton *et al.* (2000) afirmam que os tradutores devem esforçar-se ao máximo para tornar a tradução idêntica em estrutura e formato ao da versão original, com o intuito de não comprometer a equivalência e a aplicação do instrumento traduzido.

Para Giusti e Lopes (2008) a busca pela equivalência pode evitar formas sutis de distorção, dentre as quais se destacam as modificações quanto ao formato original, retirada ou acréscimo de algum item e nos critérios de pontuação ou mesmo na aplicação do instrumento.

As distorções podem limitar a confiabilidade da tradução e conduzir a necessidade do processo ser refeito, ocasionando gastos desnecessários e perda de tempo para as pesquisas e para as práticas clínicas.

Neste estudo a avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual foi realizada de forma sistemática e dialógica pelos integrantes do comitê de juízes. Quando se verificava a ausência da equivalência em algum item do protocolo, os juízes discutiam a tradução até chegar a um consenso e estabelecer a equivalência do item em questão. A classificação dos tipos de equivalência e dos tipos modificações que foram realizadas no intuito de obter a equivalência estão apresentadas conforme descrito no quadro 8 deste estudo.

Desta forma, foram necessárias alterações de algumas palavras e expressões na versão-síntese e na versão final com o intuito de garantir a compreensão do conteúdo expresso pelo protocolo original e zelar pela pertinência, adequação e aceitabilidade do estilo empregado em cada item analisado. A estrutura geral do protocolo foi preservada, com a manutenção de todos os itens que compõem o instrumento original, sendo as alterações realizadas conforme o que propõem Beaton *et al.* (2000). Para os autores, os itens devem ser avaliados, criticamente, a fim de identificar quais não podem ser traduzidos de forma literal, uma vez que é necessário considerar os aspectos culturais da população alvo e a preservação da intencionalidade do instrumento original.

Souza *et al.* (2005) salienta que, de uma maneira geral, as características dos tradutores são descritas em vários estudos de forma controversa, seja quanto à formação, ao perfil, ao número ou ao acesso às informações sobre o estudo.

Segundo Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton *et al.* (2000), perfis diferentes de tradutores são importantes, uma vez que o tradutor ciente sobre os conceitos investigados pelo instrumento produz traduções com maior equivalência do ponto de vista clínico, enquanto o tradutor não ciente destaca significados ambíguos no questionário original, produzindo traduções mais comuns à população envolvida.

Neste estudo, optou-se pela escolha de tradutores especialistas em linguística e tradução avançada da língua inglesa que não tinham conhecimentos sobre os pressupostos teóricos do “*Behavior Change Protocol*”, o que possibilitou uma tradução mais comum à população envolvida. Contudo, os problemas de equivalência do ponto de vista dos conceitos teóricos do instrumento criados foram resolvidos durante as discussões no comitê de juízes, cujos integrantes eram profissionais de saúde treinados na abordagem “*empowerment*”.

Sandoval *et al.* (1998) diferentemente Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton *et al.* (2000), comentam que os melhores resultados são os obtidos por tradutores que

não conhecem o propósito da tradução, pela maior possibilidade de escolher palavras que capturarão melhor o sentido original, ao invés de escolher palavras que serão bem traduzidas reversamente.

Durante a realização do comitê de juízes foi questionado por alguns membros a importância de deixar explícito para os profissionais de saúde as orientações sobre quando utilizar os passos do protocolo, como utilizá-los e quais seriam as competências necessárias aos profissionais para a condução da aplicação do instrumento em usuários com DM.

Segundo Anderson (2005a), o “*Behavior Change Protocol*” deve ser aplicado dentro do seguimento de um programa educativo sistematizado de educação em DM, no qual os profissionais da saúde precisam conhecer e estarem treinados tanto nos fundamentos da abordagem educacional “*empowerment*” para o DM, bem como nas fundamentações teóricas de cada etapa do protocolo e de sua aplicação.

Estudos realizados por Anderson e Funnell (2010), com profissionais que passaram pelo treinamento na abordagem educativa “*empowerment*”, enfatizam a importância da educação continuada e da reflexão diária sobre as práticas educativas. Segundo os autores muitos desses profissionais acreditam que realizam práticas educativas pautadas nesta abordagem, quando na verdade estão apenas reproduzindo as práticas educativas tradicionais e impositivas (ANDERSON; FUNNELL, 2010).

Outro estudo quantitativo realizado na Europa por Asimakopoulou *et al.* (2012), com profissionais que haviam sido treinados na abordagem “*empowerment*”, demonstrou que com o passar do tempo as práticas educativas começavam a apresentar erros de concepções e ações impositivas, o que reforçava a necessidade de um processo contínuo de treinamento (ASIMAKOPOULOU *et al.*, 2012).

A condução das práticas educativas pautadas no “*Behavior Change Protocol*” requer do profissional de saúde o desenvolvimento de habilidades para lidar com os usuários com DM. Estas habilidades são desenvolvidas por meio de um processo contínuo de treino e reflexão sobre as ações educativas que estão realizando diariamente. As habilidades desenvolvidas podem ser expressas com comportamentos tais como saber ouvir, aceitar opiniões diferentes, ter empatia e capacidade de construir o conhecimento de maneira conjunta (ANDERSON; FUNNELL, 2010).

Para Anderson (2005a) as primeiras habilidades necessárias aos profissionais para a utilização do “*Behavior Change Protocol*” são: saber perguntar, escutar e informar. A primeira habilidade “saber perguntar” é uma tarefa complexa na mudança de comportamento, uma vez que envolve fazer as perguntas certas, no momento certo. O protocolo, neste sentido,

contribuiu para dar este norte aos profissionais de saúde.

Durante a realização do comitê de juízes, foram levantados questionamentos sobre o tamanho e a quantidade de perguntas presentes no protocolo. Anderson (2005) e Funnell (2004) esclarecem estas questões afirmando que o “*Behavior Change Protocol*” é um instrumento flexível. Para os autores, os passos do protocolo devem ser abordados de acordo com a necessidade do usuário. Como exemplo, cita que muitas vezes o usuário precisa esgotar todos os sentimentos relacionados aos problemas identificados no primeiro passo, para depois desenvolver o plano de cuidados para a meta. Por tanto, para esse processo não existe um tempo determinado. O profissional pode permanecer em cada passo do protocolo o tempo que for necessário ao usuário.

A segunda habilidade é a “escuta”, capacidade extremamente importante a ser desenvolvida pelo profissional de saúde. Segundo Anderson (2005a,b) e Mendes (2012) a escuta qualificada permite ao profissional obter informações importantes, dar ênfase a temas mais significativos e mudar a direção do diálogo. Além disso, promove um relacionamento mais próximo com a pessoa; incentiva a pessoa a ser mais aberta e receptiva às orientações e a elaboração do plano de cuidados. Constitui, isoladamente, uma prática de incentivo a melhoria da saúde, uma vez que somente o ato de escutar já pode promover mudanças.

A terceira habilidade é a informação. Informar de forma apropriada envolve solidariedade, clareza e concisão. Algumas características essenciais de uma boa informação são: não sobrecarregar as pessoas, discutir as informações de forma simples e didática, evitando termos técnicos e verificando se a pessoa entendeu o que foi informado. Por isso, é mais adequado falar em troca de informações e conhecimentos do que em informar (ANDERSON, 2005a).

Assim, as três habilidades a ser desenvolvidas podem ser utilizadas em diferentes combinações: informando e perguntando, perguntando e escutando, escutando e informando. Essas combinações se unem para permitir um diálogo produtivo que permita orientar ao invés de ordenar, incentivar ao invés de constranger e negociar ao invés de prescrever (MENDES, 2012).

O “*Behavior Change Protocol*” poderá colaborar para a condução da abordagem educativa “*empowerment*” durante as práticas diárias dos profissionais de saúde. Vivenciar um novo modelo de educação na área da saúde constitui-se um desafio para os profissionais e exige um processo contínuo de treinamento. A sequência lógica das questões do instrumento poderá contribuir com o processo de reflexão, superação das barreiras, definição de metas e avaliação do gerenciamento do autocuidado dos usuários com DM. O controle metabólico e o

aumento da qualidade de vida resultam do desenvolvimento da autonomia e do constante processo de reflexão sobre os hábitos diários de vida, o que exige acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a descrever, minuciosamente, o processo de avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual de um instrumento traduzido, a exemplo de outros estudos que se preocuparam com a qualidade do processo de tradução e de adaptação cultural. Por meio de discussões entre equipes interdisciplinares das áreas de linguística, tradução e saúde, constatou-se equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual entre a versão original do “*Behavior Change Protocol*” e a versão final em português para o contexto brasileiro. A interdisciplinaridade foi considerada relevante para a elaboração de uma versão- final qualificada e criteriosa e permitiu a construção de conhecimentos elaborados e críticos pelos profissionais envolvidos nas discussões.

A colaboração dos tradutores e especialistas na área de linguística foi de fundamental importância e teve como objetivos esclarecer as possíveis palavras e termos em português brasileiro que poderiam ser utilizados sem alterar o contexto abordado pelo instrumento de origem. Além disso, apontou os limites da língua inglesa em relação a sua adaptabilidade e correspondência para o português.

Considera-se que o processo de tradução e avaliação das equivalências é o primeiro passo para que um protocolo de qualidade esteja disponível para aplicação em outro contexto cultural. Sendo assim, são necessárias análises futuras da aceitabilidade do instrumento e da avaliação das suas propriedades psicométricas (equivalência de mensuração) para que o “*Behavior Change Protocol*” seja considerado apto para uso em amostras brasileiras.

Neste processo, salienta-se a importância da crítica contínua por parte dos profissionais interessados no instrumento, como forma de contribuição para a construção de soluções concretas aos problemas que forem sendo observados ao longo de futuras aplicações e análises do instrumento

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n. 1, p. 117-121, 2008.

AGRA, K. L. de O. A integração da língua e da cultura no processo de tradução. (2007). **Biblioteca on-line de Ciências da Comunicação.** Disponível em: <www.bocc.ubi.pt/pag/agra-klondy-integracao-da-lingua.pdf> Data de acesso: 08/04/2014.

ALVES, F. Um modelo didático do processo tradutório: a integração de estratégias de tradução. In: ALVES, F., MAGALHÃES, C. PAGANO, A. **Traduzir com autonomia.** São Paulo: Contexto, 2000.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunic, saúde, educ.**, v.9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005.

American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in Diabetes- 2013. **Diabetes Care.**, v. 36, n.1, p. S11- S66, jan. 2013.

ANDERSON, R.M.; FUNNEL, M.M. Using the Empowerment approach to help patients change behavior. In: ANDERSON, B.J.; RUBIN, R.R. **Practical Psychology for Diabetes Clinicians.** 2nd. American Diabetes Association, 2002..

ANDERSON, R.M.; FUNNELL, M.M. **The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators.** 2nd Edition. American Diabetes Association, 2005a.

ANDERSON, R.M.; FUNNELL, M.M. The Empowerment Approach to behavior change in Diabetes Care. **Endocrin., Metab. And Diab.**, v. 37, n.1, p. 3-6, 2005b.

ANDERSON, R.M.; PATRIAS, R. Getting out ahead: the diabetes concerns assessment form. **Clinical Diabetes.**, v. 25, n.4, p. 141-3, 2007.

ANDERSON, R.M.; FUNNEL, M.M.; AIKENS, J.E.; *et al.* Evaluating the efficacy of an empowerment-based self-management consultant intervention: results of a two-year randomized controlled trial. **Ther Patient Educ.**, v. 1, n. 1, p. 3-11, 2009.

ANDERSON, R.M; FUNNELL, M.M. Patient Empowerment: myths and misconceptions. **Patient Educ Couns.**, v. 79, n. 3, p. 277-282, 2010.

ANDERSON, R.M.; FUNNELL, M.M. Negotiating behavior changes with patients who have diabetes: negotiation or coercion? **Diabetes Manage.**, v. 2, n.1, p. 41-46, 2012.

ASIMAKOPOULOU, K.; NEWTON, P.; SINCLAIR, A.J.; SCAMBLER. Health care professionals' understanding and day-to-day practice of patient empowerment in diabetes; time to pause to thought? **Diabetes Research and clinical practice.**, v. 95, p. 224-229, 2012.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.** v. 18, n. 2, p. 11-21, 2009.

BALAMINUT, T.; LANDIM, C.A.P.; BECKER, T.A.C *et al.* Adaptação cultural e confiabilidade para o Brasil do *Automated Telephone Disease Management*: resultados preliminares. **Acta Paul Enferm.**,v.25, n.5, p.795-801, 2012.

BARRETO, M. L.; CARMO, E.H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 12, n.1 p. 1779-1790, 2007.

BEATON, D.E; BOMBARDIER, C; GUILLERMIN, F; FERRAZ, M.B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report Measures. **Spine.**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BECKER, D.; EDMUNDO, K.; NUNES, N.R.N.; BONATTO, D.; SOUZA, R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciências e Saúde Coletiva.**, v. 9, n. 3, p. 655-667, 2004.

BERNARDO, E.B.R.; CATUNDA, H.L.O.; OLIVEIRA, M.F. Percurso metodológico para tradução e adaptação de escalas na área de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. 4, p. 592-598, 2013.

BOAS, L.C.G.V.; FOSS, M.C.; FREITAS, M.C.F. *et.al.* Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 272-279, 2011.

BRAGA, C.G.; CRUZ, D.A.L.M. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm USP.**, v. 40, n. 1, p. 98-104, 2006.

BRAGA, C.G.; SILVA, J.V. Teorias de Enfermagem. In: SILVA, J.V.; HADDAD, J.G.V.; PEREIRA, M.I. M.; LIMA, R.S. **Teorias de Enfermagem do déficit do autocuidado: Dorothea Orem.** Ed. Iátria, 2011.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção da saúde. **Cad Saúde Pública.**, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós- estruturalista. **Ciências e Saúde Coletiva.**, v. 13, n. 2, p. 2029-2040, 2008.

CHAGAS, I.A.; CAMILO, J.; SANTOS, M.A. *et.al.* Conhecimento de usuários com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. **Rev. Esc. Enferm USP.**, v. 45, n. 5, p. 1141-6, 2013.

CHARRON-PROCHOWNIK, D.; ZGIBOR, J.C.; PEYROT, M. *et al.* The Diabetes Self-management assessment report tool (D-SMART®): process evaluation and patient satisfaction. **The Diabetes Educator.**, v. 33, n.5, p. 833-838, 2007.

CHEN, H.; RUPPERT, K.; CHARRON-PROCHOWNIK, D. *et.al.* Effects of depression and antidepressant use on goal setting and barrier identification among patients with type 2 diabetes. **The Diabetes Educator.**, v. 37, n. 3, p. 370-380, 2011.

CHOI, S. E.; RUSH, E. B.; HENRY, S.L. Negative Emotions and Risk for Type 2 Diabetes among Korean Immigrants. **The Diabetes Educator.**, v. 39, n. 5, p. 679-687, 2013.

COSTA, J. A.; BALGA, M. S. M.; ALFENAS, R. C. G. *et. al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

COOPER, H.C.; BOOTH, K.; GILL, G. Patients' perspectives on diabetes health care education. **Health Education Research.**, v.18, n. 2, p.196-206, 2003.

CURCIO, R; ALEXANDRE, N.M.C.; TORRES, H.C.; LIMA, M.H.M. Tradução e adaptação do "Diabetes Distress Scale – DDS" na cultura brasileira. **Acta Paulista Enferm.** São Paulo, v.25, n.5, p.762-7, abr. 2012.

CYRINO, AP; SCHRAIBER, LB; TEIXEIRA, RR. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. **Interface comunicação saúde educação.**, v. 13, n. 30, p. 93-106, 2009.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. In: AYRES, J.R.C.M.; JUNIOR, I.V.; CALAZANS, G.J.; FILHO, H.C.S. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde:** novas perspectivas e desafios. Fiocruz, 2012.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. In: BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção à saúde.** Fiocruz, 2012.

DALY, J.M.; HARTZ, A.J.; XU, Y.; LEVY, B.T.; JAMES, P.A.; MERCHANT, M.L.; GARRETT, R.E. An assessment of attitudes, behaviors, and outcomes of patients with type 2 Diabetes. **JABFM.**, v. 22, n.3, p.280-290, 2009.

DCCT (Diabetes Control and Complications Trial Research Group). The Effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **N. Engl. J. Med.**, v. 329, n. 14, p. 977-986, 1993.

FAIN, J.A. Psychometric properties of the Spanish version of the Diabetes Self-management assessment report tool. **The Diabetes Educator.**, v. 33, n.5, p. 827-832, 2007.

FARIA, H.T.G.; VERAS, V.S.; XAVIER, A.T.F.; *et.al.* Qualidade de vida de usuários com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Rev. Esc. Enferm USP.**, v. 47, n. 2, p. 348-354, 2013.

FREIRE, P. **A pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 42ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

FREIRE, P.; SHOR, I.R.A. **Medo e ousadia:** o cotidiano do professor. 13ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **A pedagogia do oprimido: saberes necessários à prática educativa.** 54ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2013.

FUNNELL, M.M.; ANDERSON, R.M. Empowerment and Self- Management of Diabetes. **Clinical Diabetes.**, v. 22, n. 3, p. 123-127, 2004.

FUNNELL, M.M.; NWANKWO, R.; GILLARD, M.L.; et al. Evaluating a problem-based empowerment program from African americans with diabetes: results of a randomized controlled trial. **Ethnicity and Disease.**, v. 15, n.1, p. 671-678, 2005a.

FUNNELL, M.M.; NWANKWO, R.; GILLARD, M.L.; et al. Implementing an empowerment- based Diabetes Self- management education program. **The Diabetes Educator.**, v. 31, n.1, p. 53-61, 2005b.

FUNNELL, M.M.; TANG, T.S.; ANDERSON, R.M. From DSME to DSMS: developing Empowerment- Based Diabetes self-management support. **Diabetes Spectrum.**, v. 20, n. 4, p. 221-226, 2007.

FUNNELL, M. M.; ANDERSON, R.M. Patient Empowerment: from revolution to evolution. **Treatment Strategies- Diabetes.**, v. 3, n.1, p. 98-105, 2011.

GIUSTI, E.; BEFI-LOPES, D. M. Tradução e adaptação cultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pró-Fono Revista de Atualização Científica.**, v. 20, n.3, p.207-10, 2008.

GODERIS, G.; BORGEMANS, L.; MATHIEU, C.; *et. al.* Barriers and facilitators to evidence based care of type diabetes patients: experiences of general practitioners participating to a quality improvement program. **Implementation Science.**, v. 41, n.4, p. 1-11, jul. 2009.

GOMES, L.B.; MERHY, E.E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública.**, v. 27, n.1, p. 7-18, jan. 2011.

GROSSI, S.A.A.; PASCALI, P.M. Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus. In: GROSSI, S.A.A. **O manejo do diabetes mellitus sob a perspectiva da mudança comportamental.** Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross- cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol.**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

HALLIDAY, M.A.K.; MATTHIESSEN, C.M.I.M. **Construing experience through meaning: a language- based approach to cognition.** London; New York: Continuum, 1999.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Quality of Life Research.**, v. 6, p. 237-247, 1997.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of Equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research.**, v. 7, p. 323–335, 1998.

IDF (International Diabetes Federations). **IDF Diabetes Atlas**: sixth edition. International Diabetes Federations, 2013.

LORSCHER, W. Process-oriented research into translation and implication for translating teaching. In: **Letras 8**. Santa Maria/RS, 1994.

LUZ, M.T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas- análises sócio- histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc**, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

MALTA, D.C.; NETO, O.L.M.; JUNIOR, J.B.S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MANEESRIWONGUL, W.; DIXON, J.K. Instrument translation process: a methods review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 48, n. 2, p. 175-186, 2004.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: _____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MICHELS, M.J.; CORAL, M.H.C.; SAKAE, T.M.; DAMAS, T.B.; FURLANETTO, L.M. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**, Florianópolis, v. 54, n.7, p.644-51, ago. 2010.

NOVATO, T.S.; GROSSI, S.A.A.; KIMURA, M. Adaptação cultural e validação da medida “Diabetes Quality of Life for Youths” de Ingersoll e Marrero para a cultura brasileira. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.16, n.2, p. 111-19, mar./abr. 2008.

OLIVEIRA, K.C.S.; ZANETTI, M.L. Conhecimento e Atitude de usuários com Diabetes Mellitus em um Serviço de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Esc Enferm USP.**, v. 45, n.4, p.862- 868, 2011.

OLMEN, J.V.; KU, G.M.; PELT, M.V. *et al.* The effectiveness of text messages support for diabetes self-management: protocol of the TEXT4DSM study in the democratic Republic of Congo, Cambodia and the Philippines. **BMC Public Healthy.**, v. 13, p. 5-9, 2013.

OREM, D.E. **Nursing**: concepts of practice. 2.ed. New York: McGraw-Hill, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Health Promotion – **The Ottawa Charter**. Geneva, 1986.

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

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiq. Clin.** v. 25, n.5, p. 206-213, 1998.

PEEPLER, M.; TOMKY, D.; MULCAHY, K.; PEYROT, M.; SIMINERIO, L. Evolution of the American Association of Diabetes educators outcomes project. **Diabetes Educators.**, v. 33, n. 5, p. 794-817, 2007.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad Saúde Pública.**, v.19, n.5, p.1527-1534, 2003.

PEYROT, M.; PEEPLES, M.; TOMKY, D *et al.* Development of the American Association of Diabetes Educator's Diabetes Self-management assessment report tool. **The Diabetes Educator.**, v. 33, n.5, p. 818-826, 2007.

PIMOUGUET, C.; GOFF, M.L.; THIÉBAUT, R. *et al.* Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta – analysis. **Rev CMAJ.**, v.183, n.2, p. 115-127, fev. 2011..

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

QUEIROZ, F.A.; PACE, A.E.; SANTOS, C.B. Adaptação cultural e validação do instrumento diabetes - 39 (d-39): versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 - fase1. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 17, n.5, p. 111-119, 2009.

REICHENHEIM, M.E; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação cultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública.** v.41, n.4, p. 665-73, abr. 2007.

RODRIGUES, F.F.L. *et. al.* Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em Diabetes. **Rev. Latino- am Enfermagem.** v. 17, n. 4, p. 468-73, 2009.

RODRIGUES, F. F. L.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA C. R. S.; GONELA, J. T.; ZANETTI, M. L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes *mellitus*. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n.2, p. 284-290, 2012.

SALINERO-FORT, M.A.; PAU, E.C.S.; ARRIETA-BLANCO, F.J.; ABANADES-HERRANZ, J. C. *et.al.* Effectiveness of procede model for health education on changes and level of control of HbA1c, blood pressure, lipids, and body mass index in patients with type 2 diabetes mellitus. **BMC Public Healthy.**,v.11, n.267, p. 2-9, 2011.

SBD (Sociedade Brasileira de Diabetes). Algoritmo para o tratamento do Diabetes tipo 2. **Posicionamento oficial da SBD.**, n. 3, p. 1 – 31, 2011a.

SCHIMIDT, MI; DUNCAN, BB; SILVA, GA *et.al.* Chronic non- communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet.**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SEKINO, K. **Tradutor – Bilíngue, terminólogo e mediador: aquisição de conhecimento da área de especialidade.** 2007. 196f. Dissertação (Mestrado em Linguística) Universidade

de Brasília, Brasília.

SIMINERIO, L.; RUPPERT, K.M.; GABBAY, R.A. Who can provide diabetes self-management support in primary care?: findings from a randomized controlled trial. **The Diabetes Educator**, v.39, n. 5, p. 704-713, 2013.

SOUZA, V. D. Conceptual analysis of self-care agency. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.1, n.3, 2002.

SULLIVAN, S.D.; DALAL, M.R.; BURKE, J.P. The impact of Diabetes Counseling and Education: clinical and cost outcomes from a large population of US managed care patients with type 2 diabetes. **The Diabetes Educator**, v.39, n. 4, p. 522-531, 2013.

TANG, T.S.; FUNNELL, M. M.; GILLARD, M. *et al.* Training peers to provide ongoing diabetes self-management support (DSMS): results from a pilot study. **Patient Education and Counseling**, v. 85, n.5, p. 160-168, 2011.

TORRES, H. C.; PACE, A.E.; STRADIOTO, M. A. Análise sócio-demográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.1, p.48-54, 2010.

TORRES, H.C.; HORTALE, V.A.; SCHALL, V.T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n.6, p. 906-11-51, jul. 2005.

TORRES, H.C.; FRANCO, L.J.; STRADIOTO, M.A. *et.al.* Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 291-298, 2009.

UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study Group). Effect of intensive blood-glucose control with sulphonyureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. **The Lancet**, v. 352, p. 837- 853, 1998.

WANG, J.; SIMINERIO, L.M. Educators' insights in using chronicle Diabetes: a data management system for diabetes education. **The Diabetes Educators**, v. 39, n. 2, p. 247-254, 2013.

WHO (World Health Organization). Noncommunicable Diseases Country Profiles. **World Health Organization**, France, 2011.

ZGIBOR, J.C.; PEYROT, M. RUPPERT, K. *et al.* Using the American Association of Diabetes educators outcomes system to identify patient behavior change goals and diabetes educators responses. **The Diabetes Educator**, v. 33, n.5, p. 839-842, 2007.

APÊNDICES

Apêndice A- CARTA-CONVITE

Comitê de Juízes

Avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual da versão síntese do

BEHAVIOR CHANGE PROTOCOL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG

Programa de Pós-graduação em Educação e Saúde - Escola de Enfermagem

NUGEAS- Núcleo de pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação em Saúde

Programa de Pós-Graduação em Estudos Linguísticos- Faculdade de Letras

Laboratório Experimental de Tradução (LETRAS)

Prezado (a) colega,

Você foi convidado (a) a fazer parte desse Comitê de Especialistas cujo objetivo é desenvolver a avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual de um protocolo de mudança de comportamento para a avaliação e condução do gerenciamento do autocuidado em usuários com Diabetes Mellitus. Esse instrumento é chamado **BEHAVIOR CHANGE PROTOCOL**.

O “*Behavior Change Protocol*” foi desenvolvido pela Universidade de Michigan (USA) ao longo de 20 anos de pesquisas na área de educação em DM. Tem como finalidade orientar e oferecer estratégias baseadas em evidências científicas para que os profissionais da saúde consigam realizar ações pautadas na abordagem “*empowerment*”.

Esta abordagem requer práticas educativas formais pautadas no diálogo, na escuta qualificada e na redefinição de papéis por parte dos profissionais e dos usuários. O profissional da saúde é considerado experiente em saberes relativos ao DM, mas são os usuários os sujeitos responsáveis pelo gerenciamento de suas escolhas e necessidades diárias.

Assim, os usuários juntamente com o profissional da saúde discutem dúvidas relacionadas à doença, estabelecem e avaliam metas para superar barreiras relacionadas à manutenção do autocuidado e incentivam a mudança de comportamento para hábitos saudáveis de vida, a partir do gerenciamento do autocuidado diário do paciente.

Desse modo, a finalidade da adaptação desse instrumento para a língua portuguesa é disponibilizarmos aos profissionais que atuam junto às pessoas com diabetes e outras doenças crônicas o seu uso para a assistência e pesquisa. Diante das diferenças de idioma e da cultura dos dois países (EUA e Brasil), temos de seguir alguns passos para manter as propriedades do

instrumento original.

Solicitamos, assim, a sua colaboração para que tal avaliação se concretize e possamos avançar nesse processo de adaptação cultural do protocolo e instrumento de medida para a área da saúde e da linguística. Nesse sentido, você receberá uma cópia da síntese das duas versões traduzidas por tradutores independentes, feita pelas pesquisadoras envolvidas no projeto juntamente com os itens da versão original. Nossa proposta é lermos cada questão simultaneamente (original e traduzida) e fazermos, em conjunto, a análise quanto às equivalências solicitadas. As equivalências entre as versões do instrumento serão estabelecidas quando houver a concordância de, pelo menos, 80% dos avaliadores deste grupo. * conceitos:

- Equivalência semântica: relativa ao significado das palavras (o vocabulário e a gramática podem sofrer alterações na construção das sentenças);
- Equivalência idiomática: refere-se às expressões idiomáticas e coloquiais, que devem ser substituídas por expressões equivalentes na cultura-alvo;
- Equivalência cultural: refere-se às situações evocadas ou retratadas na versão original que devem corresponder às vivenciadas em nosso meio/ contexto cultural;
- Equivalência conceitual: representa a coerência do item com relação ao domínio que ele pretende medir.

Obrigada,

HELOÍSA DE CARVALHO TORRES

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Aplicada - EE/UFMG
Coordenadora do Núcleo de pesquisa em gestão, educação e avaliação em Saúde – NUGEAS- (31) 3409-9845 / 9846.

ADRIANA PAGANO

Professora Associado IV
Programa de pós-graduação em estudos linguísticos- escola de letras UFMG
Fone/phone: +55 (31) 3409 6013 fax: +55 (31) 3409 6004
<http://letra.letras.ufmg.br> apagano@ufmg.br pagano@netuno.lcc.ufmg.br
adriana.pagano@pq.cnpq.br

FERNANDA AZEREDO CHAVES

Mestranda em gestão, educação e avaliação em saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG.

Apêndice C

PROTOCOLO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO**5 passos para mudança de comportamento e conquista de metas****1º Passo: Definição do problema**

- Qual é a sua maior dificuldade para controlar o diabetes?
- Fale mais sobre essa dificuldade no seu dia a dia.
- Dê exemplo(s) de uma situação que aconteceu com você por causa dessa dificuldade.

2º Passo: Identificação e abordagem dos sentimentos

- O que você acha de ter diabetes?
- Você se sente [insira o(s) sentimento(s) identificado(s) pelo paciente] porque [insira o(s) significado(s) desse(s) sentimento(s) para vida do paciente]

3º Passo: Definição de metas

- O que você quer fazer para melhorar a sua saúde?
- Como você pode mudar alguma coisa na sua vida para se sentir melhor?
- Como você espera que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?
- Que opções você tem para te ajudar a conquistar suas metas?
- O que você acha que pode atrapalhar a conquista da(s) sua(s) meta(s)?
- Tem alguma pessoa que possa te ajudar?
- Pense nas escolhas que você faz para a sua saúde. Quais as vantagens e desvantagens de cada uma delas?
- O que pode acontecer se você não se cuidar?
- Vamos montar o seu plano de cuidados.

4º Passo: Elaboração do plano de cuidados para conquista da(s) meta(s) (Meu Plano Inteligente)

- Você está disposto a seguir o plano de cuidados para superar as dificuldades de que você falou?
- Dê uma nota de 1 a 10 para a importância de superar as dificuldades relacionadas a sua saúde?
- Dê uma nota de 1 a 10 para a sua confiança em alcançar a sua meta?

- Que passo(s) você pode dar para alcançar a sua meta?
- E o que de fato você vai fazer para alcançar a sua meta?
- Quando você vai começar?

5º passo: Avaliação e experiência do paciente sobre o plano de cuidados

- Como foi seguir o plano?
- O que você aprendeu com essa experiência?
- Que dificuldades você teve para seguir o plano?
- O que você faria diferente da próxima vez?
- Você terminou o plano, e agora, o que você vai fazer?

NOME: _____

DATA: _____

MEU PLANO INTELIGENTE PLANOS DE CUIDADOS E METAS

Motivação: O que é mais importante para você trabalhar primeiro?

De 0 a 10, quanto isso é importante para você?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Especificação: O que você vai fazer? Onde você vai fazer? Quando você vai fazer?

Esforço: Por quanto tempo você vai fazer? Com qual frequência você vai fazer isso?

Alcance: Quais dificuldades você espera encontrar? Se sim, como você vai superar essas dificuldades?

De 0 a 10, quanto você acha que está confiante de que pode completar este plano?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Importância: Como esses passos vão te ajudar a alcançar a(s) sua(s) meta(s)?

Tempo: Por quanto tempo você vai seguir este plano?

	this situation have to change for you to feel better about it?	have to change for you to feel better about having this disease?	mudar para que você se sinta melhor sobre esta situação?	alguma coisa tem que melhorar na sua vida para você se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	alguma coisa tem que mudar na sua vida para você se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	alguma coisa tem que mudar na sua vida para você se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	alguma coisa tem que mudar na sua vida para você se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	alguma coisa tem que mudar na sua vida para você se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	alguma coisa tem que mudar na sua vida para você se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	alguma coisa tem que mudar na sua vida para você se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	poderia mudar sua vida para se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	poderia mudar sua vida para se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	poderia mudar sua vida para se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	poderia mudar alguma coisa na sua vida para se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	poderia mudar alguma coisa na sua vida para se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	poderia mudar alguma coisa na sua vida para se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	poderia mudar alguma coisa na sua vida para se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	poderia mudar alguma coisa na sua vida para se sentir melhor mesmo tendo diabetes?	pode mudar alguma coisa na sua vida para se sentir melhor ?	
12	Where would you like to be regarding this situation in (specific time, e.g., 1 month, 3 months, 1 year)?	Considering your diabetes, how would you like to be in 1 month, 3 months, 1 year?	Em relação a isto, você quer estar onde em (tempo específico, ex: 1 mês, 3 meses, 1 ano)?	Você acha que vai gastar quanto tempo para controlar a sua diabetes?	Em relação ao controle da sua diabetes, o que você quer fazer em ...? (ex.: 1 mês, 3 meses, 1 ano).	Em relação ao controle do diabetes, o que você quer fazer em ...? (ex.: 1 mês, 3 meses, 1 ano).	Em relação ao controle do diabetes, o que você pretende fazer durante ...? (ex.: 1 mês, 3 meses, 1 ano).	Em relação ao controle do diabetes, o que você pretende fazer durante ...? (ex.: 1 mês, 3 meses, 1 ano).	Em relação ao controle do diabetes, o que você pretende fazer durante ...? (ex.: 1 mês, 3 meses, 1 ano).	Como você pretende estar em relação ao diabetes daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?	Em relação ao diabetes, como você pretende que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?	Em relação ao diabetes, como você pretende que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?	Em relação ao diabetes, como você pretende que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?	Em relação ao diabetes, como você pretende que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?	Em relação ao diabetes, como você pretende que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?	Em relação ao diabetes, como você pretende que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?	Em relação ao diabetes, como você pretende que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?	Em relação ao diabetes, como você pretende que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?	Em relação ao diabetes, como você pretende que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?	Como você espera que sua saúde esteja daqui a 1 mês? Daqui a 3 meses? Daqui a 1 ano?
13	What are your options?	Did you think about ways that you can use in (your daily life) to get your goal?	Você pode fazer o que para conseguir alcançar esta meta?	Você já pensou em alguma maneira que pode te ajudar a controlar a sua diabetes?	Você acredita que tem alguma maneira que possa te ajudar a alcançar seu objetivo?	Você acredita que tem alguma coisa que possa ajudar você a alcançar seu objetivo?	Você acredita que tem alguma coisa que possa ajudar você a alcançar o que você quer mudar?	Você acredita que tem alguma coisa que possa ajudar você a alcançar o que você quer mudar?	Você acredita que tem alguma coisa que possa ajudar você a alcançar o que você quer mudar?	Você acredita que tem alguma coisa que possa ajudar você a alcançar o que você quer mudar? O que quer conseguir?	Você acredita que tem alguma coisa que possa ajudar você a alcançar o que quer conseguir?	Você acredita que tem alguma coisa que possa ajudar você a alcançar o que quer conseguir?	Quais são as escolhas que você pode fazer para alcançar o seu objetivo?	Quais são as escolhas que você pode fazer para alcançar o seu objetivo?	Quais são as escolhas que você pode fazer para alcançar o seu objetivo?	Quais são as escolhas que você pode fazer para alcançar o seu objetivo?	Quais são as escolhas que você pode fazer para alcançar o seu objetivo?	Quais são as escolhas que você pode fazer para alcançar o seu objetivo?	Que opções você tem para te ajudar a conquistar suas metas?	
14	What are barriers for you?	What are the difficulties to get your goal?	E o que seria um problema?	Você tem dificuldade de seguir o tratamento para controlar a sua diabetes?	E você acha que alguma coisa pode te atrapalhar a conquistar seu objetivo?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar ?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar ?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar ?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar ?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar ?	E você acha que alguma coisa pode atrapalhar ?	O que você acha que pode atrapalhar a conquista da(s) sua(s) meta(s)?	
15	Who could help you?	Who is able to help you achieve your goal?	Quem pode te ajudar?		Tem alguma pessoa que possa te ajudar a alcançar seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a conseguir seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a conseguir seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a conseguir seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a conseguir seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a conseguir seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a conseguir seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a conseguir seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a conseguir seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a conseguir seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a conseguir seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a conseguir seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a conseguir seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa ajudar você a conseguir seu objetivo?	Tem alguma pessoa que possa te ajudar?	
16	What are the costs and benefits for each of your choices?	What are the good parts and the bad parts about the decisions you have to make due to your diabetes?	Os custos e benefícios das suas escolhas são quais?		Fale quais são os pontos positivos e negativos das escolhas que você tem que fazer por causa da diabetes?	Fale quais são os pontos positivos e negativos das escolhas que você tem que fazer por causa do diabetes?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do diabetes. Quais são as coisas boas e coisas ruins dessas escolhas?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do diabetes. Quais são as coisas boas e coisas ruins dessas escolhas?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do diabetes. Quais são as coisas boas e coisas ruins dessas escolhas?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do diabetes. Quais são as coisas boas e coisas ruins dessas escolhas?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do diabetes. Quais são as coisas boas e coisas ruins dessas escolhas?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do diabetes. Quais são as coisas boas e coisas ruins dessas escolhas?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do diabetes - quais são as coisas boas e coisas ruins dessas escolhas?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do diabetes - quais são as coisas boas e coisas ruins dessas escolhas?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do diabetes - quais são as coisas boas e coisas ruins dessas escolhas?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do diabetes - quais são as coisas boas e coisas ruins dessas escolhas?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do diabetes - quais são as coisas boas e coisas ruins dessas escolhas?	Pense nas escolhas que você faz na sua vida por causa do diabetes - quais são as coisas boas e coisas ruins dessas escolhas?	Pense nas escolhas que você faz para a sua saúde. Quais as vantagens e desvantagens de cada uma delas?	
17	What would happen if you do not do anything about it?	If you didn't make any decisions, or if you didn't take care of your diabetes, what would happen?	Se você não fizesse nada, o que iria acontecer?	Você acha que se você não fizer nada para melhorar a sua diabetes você vai sofrer consequências?	O que pode acontecer se você não fizer nada para melhorar a sua diabetes?	O que pode acontecer se você não fizer nada para melhorar o diabetes?	O que pode acontecer se você não fizer nada para melhorar o diabetes?	O que pode acontecer se você não fizer nada para controlar o diabetes?	O que pode acontecer se você não fizer nada para controlar o diabetes?	O que pode acontecer se você não fizer nada para melhorar sua situação?	O que pode acontecer se você não fizer nada para melhorar sua situação?	O que pode acontecer se você não fizer nada para melhorar sua situação?	O que pode acontecer se você não fizer nada para controlar o diabetes?	O que pode acontecer se você não fizer nada para controlar o diabetes?	O que pode acontecer se você não fizer nada para controlar o diabetes?	O que pode acontecer se você não fizer nada para controlar o diabetes?	O que pode acontecer se você não fizer nada para controlar o diabetes?	O que pode acontecer se você não fizer nada para controlar o diabetes?	O que pode acontecer se você não fizer nada para controlar o diabetes?	O que pode acontecer se você não se cuidar?
18	Let's develop a plan	Let's make a plan to help you achieve your goal.	Vamos fazer um plano.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar sua diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar sua diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar um plano para ajudar você a controlar o diabetes.	Vamos montar o seu plano de cuidados.	
19	Step four: make a plan (I-SMART plan) to reach your goal	Step four: help them make an I-SMART plan to help them achieve their goal.	Quarto passo: faça um plano (plano IMPACTE) para alcançar seu objetivo	4o passo: Montar um plano adequado para ajudar você a controlar a diabetes.	4º Passo: Elaborar um plano (Plano IMPACTE) para ajudar o paciente a conseguir seu objetivo.	4º Passo: Elaborar um plano (Plano IMPACTE) para ajudar o paciente a conquistar seu objetivo.	4º Passo: Elaborar um plano (Plano IMPACTE) para ajudar o paciente a alcançar seu objetivo.	4º Passo: Elaborar um plano (Plano IMPACTE) para ajudar o paciente a alcançar seu objetivo.	4º Passo: Elaborar um plano (Plano IMPACTE) para ajudar o paciente a alcançar seu objetivo.	4º Passo: Elaborar um plano (Plano I-SMART) para ajudar o paciente a alcançar seu objetivo.	4º Passo: Elabore um plano (Plano I-SMART) para ajudar a alcançar seu objetivo.	4º Passo: Elabore um plano (Plano I-SMART) para ajudar a alcançar seu objetivo.	4º Passo: Elabore um plano (Plano I-SMART) para ajudar o diabético(a) a alcançar seu objetivo.	4º Passo: Elabore um plano (Plano I-SMART) para ajudar o diabético(a) a alcançar seu objetivo.	4º Passo: Elabore um plano (Plano I-SMART) para ajudar o diabético(a) a alcançar seu objetivo.	4º Passo: Elabore um plano (Plano I-SMART) para ajudar o diabético(a) a alcançar seu objetivo.	4º Passo: Elabore um plano (Plano I-SMART) para ajudar o diabético(a) a alcançar seu objetivo.	4º Passo: Elabore um plano (Plano I-SMART) para ajudar o diabético(a) a alcançar seu objetivo.	4º Passo: Elaboração do plano de cuidados para conquista da(s) meta(s) (Meu Plano Inteligente)	
20	Are you willing to do what you need to do to solve this problem?	Would you really change some habits to get your goal? Would you do what you really need to do?	Você está disposto a fazer o que tem que ser feito para resolver os problemas?	Você está disposto a fazer o que for necessário para controlar sua diabetes?	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes	Você está disposto a fazer o que for necessário para superar as dificuldades que o diabetes	Você está disposto a seguir o plano de cuidados para superar as dificuldades de que você	

					aparecerem na sua vida por causa da diabetes?	aparecerem na sua vida por causa do diabetes?	trouxo para sua vida?	trouxo para sua vida?	trouxo para sua vida?	trouxo para sua vida?	trouxo para sua vida?	trouxo para sua vida?	trouxo para sua vida?	trouxo para sua vida?	trouxo para sua vida?	trouxo para sua vida?	trouxo para sua vida?	trouxo para sua vida?	trouxo para sua vida?	falou?	
21	How important is it to you on a scale of 1-10?	In a scale of 1-10, what is the importance of overcoming the difficulties brought by diabetes?	Diga o quanto superar os problemas é importante para você em uma escala de 1-10.	De 1 a 10, qual é a importância de controlar a diabetes pra você?	De 1 a 10, qual é a importância de solucionar as dificuldades que a diabetes trouxe para sua vida?	De 1 a 10, qual é a importância de solucionar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	De 1 a 10, qual é a importância de solucionar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	De 1 a 10, qual é a importância de superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	De 1 a 10, qual é a importância de superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	De 1 a 10, qual é a importância de superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	De 1 a 10, qual é a importância de superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	De 1 a 10, qual é a importância de superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	De 1 a 10, para você qual é a importância de superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	Numa escala de 1 a 10, para você qual é a importância de superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	Numa escala de 1 a 10, para você qual é a importância de superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	Numa escala de 1 a 10, para você qual é a importância de superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	Numa escala de 1 a 10, para você qual é a importância de superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	Numa escala de 1 a 10, para você qual é a importância de superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	Numa escala de 1 a 10, para você qual é a importância de superar as dificuldades que o diabetes trouxe para sua vida?	Dê uma nota de 1 a 10 para a importância de superar as dificuldades relacionadas a sua saúde?	
22	How confident are you that you will be able to reach this goal on a scale of 1-10?	In a scale of 1-10, which number represents your confidence in getting your goal?	Você está confiante de que vai alcançar seu objetivo? Use uma escala de 1-10.	De 1 -10, você está confiante que pode controlar a sua diabetes?	De 1 -10, você está confiante que vai conseguir seu objetivo?	De 1 -10, você está confiante que vai conquistar seu objetivo?	De 1 -10, você está confiante que vai conquistar seu objetivo?	De 1 -10, você está confiante que vai conquistar seu objetivo?	De 1 -10, você está confiante que vai conquistar seu objetivo?	De 1 -10, você está confiante que vai conquistar seu objetivo?	De 1 -10, quanto confiante você se sente de que vai conquistar seu objetivo?	De 1-10, que número representa a sua certeza de que vai conseguir conquistar seus objetivos?	De 1 -10, quanto confiante você se sente de que vai conquistar seu objetivo?	Numa escala de 1 -10, como você avalia sua certeza de que vai conseguir conquistar seus objetivos?	Numa escala de 1 -10, que número representa a como você avalia sua certeza de que vai conseguir conquistar seus objetivos?	Numa escala de 1 -10, como você avalia sua certeza de que vai conseguir conquistar seus objetivos?	Numa escala de 1 -10, como você avalia sua certeza de que vai conseguir conquistar seus objetivos?	Numa escala de 1 -10, como você avalia sua certeza de que vai conseguir conquistar seus objetivos?	Numa escala de 1 -10, como você avalia sua certeza de que vai conseguir conquistar seus objetivos?	Dê uma nota de 1 a 10 para a sua confiança em alcançar a sua meta?	
23	What are some steps you could take to help you reach this goal?	What do you think is important for you to do to get your goal?	Você pode dar quais passos para te ajudar a alcançar este objetivo?	Quais passos você pode seguir para te ajudar a controlar a sua diabetes?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Quais passos você pode dar para alcançar seu objetivo?	Que passo(s) você pode dar para alcançar a sua meta?
24	What are you going to do?	Which step(s) are you actually going to take?	Você vai fazer o que para chegar a esta meta?	E o qual você vai fazer?	E o que realmente você vai fazer para chegar ao seu objetivo final?	E o que realmente você vai fazer para chegar ao seu objetivo final?	E o que realmente você vai fazer para chegar ao seu objetivo final?	E o que realmente você vai fazer para chegar ao seu objetivo final?	E o que realmente você vai fazer para chegar ao seu objetivo final?	E o que realmente você vai fazer para chegar ao seu objetivo final?	E o que de fato você vai fazer para chegar ao seu objetivo final?	E o que de fato você vai fazer para chegar ao seu objetivo final?	E o que de fato você vai fazer para conquistar seu objetivo final?	E o que de fato você vai fazer para conquistar seu objetivo final?	E o que de fato você vai fazer para conquistar seu objetivo final?	E o que de fato você vai fazer para conquistar seu objetivo final?	E o que de fato você vai fazer para conquistar seu objetivo final?	E o que de fato você vai fazer para conquistar seu objetivo final?	E o que de fato você vai fazer para conquistar seu objetivo final?	E o que de fato você vai fazer para alcançar a sua meta ?	
25	When are you going to do it?	When are you going to start taking these steps?	Quando você vai começar?	Que dia você vai começar?	Que dia você vai mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você vai mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando é que você acha que vai conseguir mudar seus hábitos para conquistar seu objetivo?	Quando você vai começar?
26	Step five: experience and evaluate the plan	After patients followed the plan: their experiences and opinions about it.	Quinto passo: experiencie e avalie o plano	5 passo: experiência e opinião dos paciente sobre o plano montado para eles	5º Passo: experiência e opinião dos pacientes sobre o plano.	5º Passo: experiência e opinião dos pacientes sobre o plano.	5º Passo: experiência e opinião dos pacientes sobre o plano.	5º Passo: experiência e opinião dos pacientes sobre o plano.	5º Passo: experiência e opinião dos pacientes sobre o plano.	5º Passo: experiência e opinião dos pacientes sobre o plano.	5º Passo: Diga como foi a sua experiência e qual é a sua opinião sobre o plano.	5º Passo: Diga como foi a sua experiência e qual é a sua opinião sobre o plano.	5º Passo: Diga como foi a sua experiência e qual é a sua opinião sobre o plano.	5º Passo: Diga como foi a sua experiência e qual é a sua opinião sobre o plano.	5º Passo: Diga como foi a sua experiência e qual é a sua opinião sobre o plano.	5º Passo: Diga como foi a sua experiência e qual é a sua opinião sobre o plano.	5º Passo: Diga como foi a sua experiência e qual é a sua opinião sobre o plano.	5º Passo: Diga como foi a sua experiência e qual é a sua opinião sobre o plano.	5º Passo: Diga como foi a sua experiência e qual é a sua opinião sobre o plano.	5º passo: Avaliação e experiência do paciente sobre o plano de cuidados	
27	How did it go?	How was it following the plan? Were you able to do it?	Como foi colocar o plano em prática?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele te ajudou a controlar a sua diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele te ajudou a controlar a sua diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Seguir o plano foi bom ou ruim? Ele ajudou você a controlar o diabetes?	Como foi seguir o plano?
28	What did you learn?	What did you learn with this plan?	Você aprendeu o que?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano/tratamento?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	Você aprendeu alguma coisa durante o tempo que você seguiu o plano?	O que você aprendeu com essa experiência?
29	What barriers did you encounter?	What were the problems you faced while practicing this plan?	Você encontrou quais problemas?	Você teve dificuldades? Quais?	Você teve dificuldades? Quais?	Você teve dificuldades? Quais?	Você teve dificuldades? Quais?	Você teve dificuldades? Quais?	Você teve dificuldades? Quais?	Você teve dificuldades? Quais?	Você teve dificuldades? Quais?	Você teve dificuldades? Quais?	Que dificuldades você teve? Quais?	Que dificuldades você teve?	Que dificuldades você teve?	Que dificuldades você teve?	Que dificuldades você teve?	Que dificuldades você teve?	Que dificuldades você teve?	Que dificuldades você teve?	Que dificuldades você teve para seguir o plano?
30	What, if anything, would you do differently next time?	What would you like to change before following this plan again?	Você faria algo diferente na próxima vez?	Na próxima vez, você vai fazer alguma coisa diferente?	Você vai fazer algo diferente na próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	Você vai fazer alguma coisa diferente da próxima vez?	O que você faria diferente da próxima vez?

31	What will you do when you leave here today?	Are you going to continue following this plan?	Você vai fazer o que quando sair daqui hoje?	Você vai continuar seguindo o plano/tratamento ?	Você vai continuar seguindo o plano?	Você vai continuar seguindo o plano?	Você vai continuar seguindo o plano?	Você vai continuar seguindo o plano?	Você vai continuar seguindo o plano?	Você vai continuar seguindo o plano?	Você vai continuar seguindo o plano?	Agora que você terminou, pretende continuar seguindo este plano?	Agora que você terminou, você vai continuar seguindo este mesmo plano?	Agora que você terminou, pretende continuar seguindo este plano?	Agora que você terminou, você vai continuar seguindo este mesmo plano?	Agora que você terminou, você vai continuar seguindo este mesmo plano?	Agora que você terminou, você vai continuar seguindo este mesmo plano?	Agora que você terminou, você vai continuar seguindo este mesmo plano?	Você terminou o plano, e agora, o que você vai fazer?		
32	My I-SMART	My I-Smart	Meu IMPACTE	My I-Smart	Meu IMPACTE	Meu IMPACTE	Meu IMPACTE	Meu IMPACTE	Meu IMPACTE	Meu IMPACTE	Meu I-SMART	Meu I-SMART	Meu I-SMART	Meu I-SMART	Meu I-SMART	Plano personalizado	Plano Personalizado	Plano Personalizado	Plano Personalizado	Meu Plano Inteligente	
33	Diabetes Action Plan	Diabetes Action Plan	Plano de Ação de diabetes	Plano de ação para controlar a diabetes	Plano de ação para controlar a diabetes	Plano de ação para controlar a diabetes	Plano de ação para controlar a diabetes	Plano de ação para controlar o diabetes	Plano de ação para controlar o diabetes	Plano de ação para controlar o diabetes	Plano de ação para controlar o diabetes	Plano de ação para controlar o diabetes	Plano de ação para controlar o diabetes	Plano de ação para controlar o diabetes	Plano de ação para controlar o diabetes	Plano de ação para controlar o diabetes	Plano de ação para controlar o diabetes	Plano de ação para controlar o diabetes	Plano de ação para controlar o diabetes	Plano de ação para controlar o diabetes	
34	Inspiring-Specific-Measurable-Achievable-Relevant-Time-Specific	Inspiring-Specific-Measurable-Achievable-Relevant-Time-Specific	Inspirador Mensurável Particular Alcançável Considerável Tempo-Específico	Motivação Limite Enfrentando as dificuldades Importância do plano Tempo de duração	Inspirador Mensurável Particular Alcançável Considerável Tempo	Inspirador Mensurável Particular Alcançável Considerável Tempo	Inspirador Mensurável Particular Alcançável Considerável Tempo	Inspirador Mensurável Particular Alcançável Considerável Tempo	Inspirador Mensurável Particular Alcançável Considerável Tempo	Inspirador Mensurável Particular Alcançável Considerável Tempo	Importância Singularidades Motivação Alcance Responsabilidade de Tempo	Importância Singularidades Motivação Alcance Responsabilidade de Tempo	Importância Singularidades Motivação Alcance Responsabilidade de Tempo	Importância Singularidades Motivação Alcance Responsabilidade de Tempo	Importância Singularidades Motivação Alcance Responsabilidade de Tempo	Importância Singularidades Motivação Alcance Responsabilidade de Tempo	Importância Singularidades Motivação Alcance Responsabilidade de Tempo	Importância Singularidades Motivação Alcance Responsabilidade de Tempo	Importância Singularidades Motivação Alcance Responsabilidade de Tempo	Importância Singularidades Motivação Alcance Responsabilidade de Tempo	Sem sugestões
35	Inspiring	Motivation	Inspirador	Motivação	Inspirador	Inspirador	Inspirador	Motivação	Motivação	Motivação	Motivação	Motivação	Motivação	Motivação	Motivação	Motivação	Motivação	Motivação	Motivação	Motivação	
36	What is most important to YOU to work on?	What do you think is important to you work on?	Na sua opinião, o que deve ser mais trabalhado em um plano de ação de diabetes?	O que você acha que pode melhorar para controlar a sua diabetes da forma mais adequada?	O que você acha que pode melhorar na sua vida para controlar a diabetes da forma mais adequada?	O que você acha que pode melhorar na sua vida para controlar o a diabetes da forma mais adequada?	O que você acha que pode melhorar na sua vida para controlar o diabetes da forma mais adequada?	O que você acha que pode melhorar na sua vida para controlar o diabetes da forma mais adequada?	O que você acha que pode melhorar na sua vida para controlar o diabetes da forma mais adequada?	O que você acha que pode melhorar na sua vida para controlar o diabetes da forma mais adequada?	O que você acha que pode melhorar na sua vida para controlar o diabetes da forma mais adequada?	O que você acha que pode melhorar na sua vida para controlar o diabetes da forma mais adequada?	O que você acha que pode melhorar na sua vida para controlar o diabetes da forma mais adequada?	Para você controlar o seu diabetes, o que você acha que é mais importante de ser trabalhado ? Qual a sua motivação?	Para você controlar o seu diabetes, o que você acha que é mais importante de ser trabalhado ? Qual a sua motivação?	Para você controlar o seu diabetes, o que você acha que é mais importante de ser trabalhado ?	Para você controlar o seu diabetes, o que você acha que é mais importante de ser trabalhado ?	O que você acha que tem que ser melhorado para você controlar o seu diabetes ?	O que você acha que tem que ser melhorado para seu diabetes ?	O que é mais importante para você trabalhar primeiro?	
37	On a scale of 0-10, how important is this to you?	From 0 to 10 what is the importance of it for you?	Este plano é importante para você? Use uma escala de 1-10.	De 0 a 10 qual a importância dessa mudança para você ?	De 0 a 10, qual é a importância dessa melhora para você?	De 0 a 10, qual é a importância dessa melhora para você?	De 0 a 10, qual é a importância dessa melhora para você?	De 0 a 10, qual é a importância dessa melhora para você?	De 0 a 10, qual é a importância dessa melhora para você?	De 0 a 10, qual é a importância dessa melhora para você?	De 0 a 10, qual é a importância dessa melhora para você?	De 0 a 10, qual é a importância dessa melhora para você?	De 0 a 10, qual é a importância disso para você?	De 0 a 10, qual é a importância disso para você?	De 0 a 10, qual é a importância disso para você?	De 0 a 10, qual é a importância disso para você?	De 0 a 10, qual é a importância disso para você?	De 0 a 10, qual é a importância disso para você?	De 0 a 10, qual é a importância disso para você?	De 0 a 10, quanto isso é importante para você ?	
38	Specific	Specificities	Particular	Limite	Particular	Particular	Particular	Limite	Limite	Singularidades	Singularidades	Singularidades	Singularidades	Singularidades	Singularidades	Singularidades	Singularidades	Singularidades	Singularidades	Especificação	
39	What will you do?	What will you do to put this plan into action?	Você vai fazer o que para colocar este plano em ação?	O que você vai fazer para ter uma vida melhor mesmo tendo diabetes?	Você vai fazer o que para ter uma vida melhor mesmo tendo diabetes?	Você vai fazer o que para ter uma vida melhor mesmo tendo diabetes?	Você vai fazer o que para ter uma vida melhor mesmo tendo diabetes?	Você vai fazer o que para ter uma vida melhor mesmo tendo diabetes?	Você vai fazer o que para ter uma vida melhor mesmo tendo diabetes?	Você vai fazer o que para ter uma vida melhor mesmo tendo diabetes?	Você vai fazer o que para ter uma vida melhor mesmo tendo diabetes?	Você vai fazer o que para ter uma vida melhor mesmo tendo diabetes?	Você vai fazer o que para ter uma vida melhor mesmo tendo diabetes?	Você vai fazer o que para controlar o diabetes?	Você vai fazer o que para controlar o diabetes?	Você vai fazer o que para controlar o diabetes?	Você vai fazer o que para controlar o diabetes?	Você vai fazer o que para controlar o diabetes?	Você vai fazer o que para controlar o diabetes?	O que você vai fazer?	
40	Where will you do it?	Where will you follow this plan?	Você vai colocar este plano em prática onde?	Você faz acompanhar em qual centro de saúde ?	Você vai fazer acompanhar em qual centro de saúde?	Você vai fazer acompanhar em qual centro de saúde?	Você vai fazer acompanhar em qual centro de saúde?	Onde você vai fazer este plano?	Onde você vai fazer este plano?	Onde você vai fazer este plano?	Onde você vai fazer este plano?	Onde você vai fazer este plano?	Onde você vai fazer este plano?	Onde você vai fazer este plano?	Onde você vai fazer este plano?	Onde você vai fazer este plano?	Onde você vai fazer este plano?	Onde você vai fazer este plano?	Onde você vai fazer este plano?	Onde você vai fazer?	
41	When will you do it?	When will you star following this plan?	Quando você vai começar o plano?	Com qual frequência você vai ao centro de saúde para tratar da sua diabetes?	Quando você vai ao centro de saúde para tratar da sua diabetes?	Que dias você vai ao centro de saúde para tratar o diabetes?	Que dias você vai ao centro de saúde para tratar o diabetes?	Quando você pretende fazer esta plano?	Quando você pretende fazer esta plano?	Quando você pretende fazer este plano?	Quando você pretende fazer este plano?	Quando você pretende fazer este plano?	Quando você pretende fazer este plano?	Quando você pretende fazer este plano?	Quando você pretende fazer este plano?	Quando você pretende fazer este plano?	Quando você pretende fazer este plano?	Quando você pretende fazer este plano?	Quando você pretende fazer este plano?	Quando você vai fazer?	
42	Measurable	Dedication	Mensurável	Quantidade	Mensurável	Mensurável	Mensurável	Quantidade	Quantidade	Responsabilidade	Responsabilidade	Responsabilidade	Quantidade Responsabilidade	Quantidade Responsabilidade	Quantidade Responsabilidade	Investimento de Esforço	Esforço	Esforço	Esforço		
43	How much will you do?	How much will you do in order to deal with your diabetes?	Você vai fazer de tudo para alcançar seus objetivos?	Você vai se empenhar para controlar a sua diabetes?	Você vai fazer de tudo para alcançar seu objetivo?	Você vai fazer de tudo para alcançar seu objetivo?	Você vai fazer de tudo para alcançar seu objetivo?	Você vai fazer de tudo para alcançar seu objetivo?	Você vai fazer de tudo para alcançar seu objetivo?	Você vai fazer de tudo para alcançar seu objetivo?	Você vai fazer de tudo para alcançar seu objetivo?	Você vai fazer de tudo para alcançar seu objetivo?	Você vai fazer de tudo para alcançar seu objetivo?	Quanto você vai se esforçar para alcançar seu objetivo?	Quanto você vai se esforçar para alcançar seu objetivo?	Quanto você vai se esforçar para alcançar seu objetivo?	Quanto você vai se esforçar para alcançar seu objetivo?	Quanto você vai se esforçar para alcançar seu objetivo?	Quanto você vai se esforçar para alcançar seu objetivo?	Por quanto tempo você vai fazer?	
44	How often will you do it?	Will you always follow the plan, or will it vary? How often will you do what the plan tells you to do?	Você vai seguir o plano com qual frequência?	Durante a semana quantas horas você gasta para fazer alguma coisa que vai te ajudar a controlar a diabetes?	Com qual frequência você vai se dedicar para conseguir seu objetivo?	Durante o tempo que você estiver seguindo este plano você vai se tentar fazer alguma coisa que possa ajudar você a conquistar seu objetivo?	Durante o tempo que você estiver seguindo este plano você vai se tentar fazer alguma coisa que possa ajudar você a conquistar seu objetivo?	Enquanto você estiver seguindo este plano você vai tentar fazer alguma coisa que possa ajudar você a conquistar seu objetivo?	Enquanto você estiver seguindo este plano você vai tentar fazer alguma coisa que possa ajudar você a conquistar seu objetivo?	Enquanto você estiver seguindo este plano, você vai tentar fazer alguma coisa que possa ajudar a conquistar seu objetivo?	Enquanto você estiver seguindo este plano, você vai tentar fazer alguma coisa que possa ajudar a conquistar seu objetivo?	Enquanto você estiver seguindo este plano, você vai tentar fazer alguma coisa que possa ajudar a conquistar seu objetivo?	Enquanto você estiver seguindo este plano, você vai tentar fazer alguma coisa que possa ajudar a conquistar seu objetivo?	Quanta vezes na semana você vai fazer alguma coisa para conquistar seu objetivo?	Quanta vezes na semana você vai fazer alguma coisa para conquistar seu objetivo?	Quanta vezes na semana você vai fazer alguma coisa para conquistar seu objetivo?	Quanta vezes na semana você vai fazer alguma coisa para conquistar seu objetivo?	Quanta vezes na semana você vai fazer alguma coisa para conquistar seu objetivo?	Quanta vezes na semana você vai fazer alguma coisa para conquistar seu objetivo?	Com qual frequência você vai fazer isso?	
45	Achievable	Possible	Alcançável	Enfrentando as dificuldades	Alcançável	Alcançável	Alcançável	Enfrentando dificuldades	Enfrentando dificuldades	Alcance	Alcance	Alcance	Alcance	Alcance	Alcance	Alcance	Alcance	Alcance e viabilidade	Alcance		

46	What barriers, if any, do you expect to face? How will you overcome these barriers?	Which difficulties will you face following the plan? What will you do in order to solve these difficulties?	Quais problemas você acha que vai enfrentar? Você vai conseguir superar eles?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar a sua diabetes? Se sim, como você vai lidar com essa(s) dificuldade(s)?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar a sua diabetes? Se sim, como você vai lidar com essa dificuldade?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Você acha que vai ter dificuldade em controlar o diabetes? Se sim, como você vai superar essa dificuldade?	Quais dificuldades você espera encontrar? Se sim, como você vai superar essas dificuldades?
47	On a scale of 0-10, how confident are you that you can complete this specific plan?	Are you confident that you can finish this plan? From 0 to 10, tell me the number that represents your confidence?	Você é confiante de que vai conseguir completar este plano? Use uma escala de 0-10.	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0-10 você está confiante que vai seguir este plano até o final?	De 0 a 10, quanto você acha que está confiante de que pode completar este plano?
48	Relevant	Importancy	Considerável	Importância do plano	Considerável	Considerável	Considerável	Importância do plano	Importância do plano	Importância	Importância	Importância	Importância	Importância	Importância	Importância	Importância	Importância	Importância
49	How will this step help you achieve your overall goal?	Do you think this plan will help you to get your goal?	Como este passo vai te ajudar a alcançar seu objetivo geral?	Você acha que esse plano vai te ajudar a controlar a diabetes?	Você acha que este plano vai te ajudar a alcançar seu objetivo final?	Você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Como você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Como você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Como você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Como você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Como você acha que este plano vai ajudar você a alcançar seu objetivo final?	Como esses passos vão te ajudar a alcançar a(s) sua(s) meta(s)?
50	Time-specific	Duration	Tempo-Específico	Tempo de duração	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo de duração	Tempo de duração	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo	Tempo
51	How long will you do this experiment?	How long do you intend to continue following this plan?	Você vai fazer este experimento por quanto tempo?	Você acha que com esse plano você vai conseguir controlar sua diabetes mais rápido?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Você vai seguir este plano por quanto tempo?	Por quanto tempo você vai seguir este plano?

ANEXOS

Anexo A- Autorização da tradução e adaptação cultural do “*Behavior Change Protocol*” pelo autor principal do instrumento

----- Forwarded message -----

From: Anderson, Bob <boba@med.umich.edu>
Date: 2012-01-18
Subject: Translating Diabetes questionnaires
To: Heloisa Carvalho <helois.ufmg@gmail.com>

Dera Heloisa,

You are welcome to download from our website
<www.med.umich.edu/mdrtc> and translate any or all of our diabetes
questionnaires.

Take care. Bob Anderson

Robert Anderson EdD, Professor
Department of Medical Education
& Senior Research Scientist,
Michigan Diabetes Research
& Training Center
Room G1111 Towsley Ctr. 0201
Ann Arbor MI 48109
boba@umich.edu
Phone [734-763-1153](tel:734-763-1153)
Fax [734 936 1641](tel:734-936-1641)

"Knowledge moves inexorably toward complexity,
wisdom toward simplicity"

RMA

Electronic Mail is not secure, may not be read every day,
and should not be used for urgent or sensitive issues

Helois de Carvalho Torres

*Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Aplicada - EE/UFMG
Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação
em Saúde - NUGEAS*

[\(31\) 3409-9845](tel:31-3409-9845) / 9846

ANEXO B – versão original do “Behavior Change Protocol”

BEHAVIOR CHANGE PROTOCOL

5- STEP BEHAVIORAL GOAL-SETTING PROCESS

Step one: define the problem
<ul style="list-style-type: none"> - What is the hardest thing about caring for diabetes for you? - Please tell me more about that. - Are there some specific examples you can give me.
Step two: recognize you feelings
<ul style="list-style-type: none"> - What are your thoughts about this? - Are you feeling [<u>insert feeling</u>] because [<u>insert meaning</u>]
Step three: choose a goal
<ul style="list-style-type: none"> - What do you want? - How would this situation have to change for you to feel better about it? - Where would you like to be regarding this situation in (specific time, e.g., 1 month, 3 months, 1 year)? - What are your options? - What are barriers for you? - Who could help you? - What are the costs and benefits for each of your choices? - What would happen if you do not do anything about it? - Let's develop a plan.
Step four: make a plan (I-SMART plan) to reach your goal
<ul style="list-style-type: none"> - Are you willing to do what you need to do to solve this problem? - How importante is it to you on a scale of 1-10? - How confidente are you that you will be able to reach this goal on a scale of 1-10? - What are some steps you could take to help you reach this goal? - What are you going to do? - When are you going to do it?
Step five: experience and evaluate the plan
<ul style="list-style-type: none"> - How did it go? - What did you learn?

- What barriers did you encounter?
- What, if anything, would you do differently next time?
- What will you do when you leave here today?

NAME: _____

DATE: _____

My I-SMART Diabetes Action Plan

Inspiring- Specific Measurable Achievable Relevant Time-specific

Inspiring: What is most important to YOU to work on?

On a scale of 0-10, how important is this to you?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Specific: What will you do? Where will you do it? When will you do it?

Measurable: How much will you do? How often will you do it?

Achievable: What barriers, if any, do you expect to face? How will you overcome these barriers?

On a scale of 0-10, how confident are you that you can complete this specific plan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Relevant: How will this step help you achieve your overall goal?

Time- specific: How long will you do this experiment?
