

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GISELE DE LACERDA CHAVES VIEIRA

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO
QUESTIONÁRIO *DIABETES ATTITUDES SCALE – THIRD VERSION*
(*DAS-3*)
PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA**

BELO HORIZONTE - MG

2016

GISELE DE LACERDA CHAVES VIEIRA

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO
QUESTIONÁRIO *DIABETES ATTITUDES SCALE – THIRD VERSION*
(*DAS-3*)
PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem e Saúde.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Educação em Saúde e Enfermagem

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

Coorientadoras: Prof^a. Dr^a. Adriana Silvina Pagano e Prof^a. Dr^a. Ilka Afonso Reis

BELO HORIZONTE – MG

2016

V658t Vieira, Gisele de Lacerda Chaves.
Tradução, adaptação cultural e validação do questionário Diabetes Attitudes Scale – Third Version (DAS-3) para a população brasileira [manuscrito]. / Gisele de Lacerda Chaves Vieira. -- Belo Horizonte: 2016.
208f.: il.
Orientador: Heloísa de Carvalho Torres.
Coorientador: Adriana Silvina Pagano, Ilka Afonso Reis.
Área de concentração: Enfermagem e Saúde.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.
1. Traduções. 3. Estudos de Validação. 4. Inquéritos e Questionários. 5. Diabetes Mellitus. 6. Atitude do Pessoal de Saúde. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Torres, Heloísa de Carvalho. II. Pagano, Adriana Silvina. III. Reis, Ilka Afonso. IV. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. V. Título.

NLM: WY 18.2

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Gestão, Educação e Avaliação em Saúde (NUGEAS) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Tese intitulada “Tradução, adaptação e validação do questionário Diabetes Attitudes Scale – third version (DAS-3) para a população brasileira”, de autoria de Gisele de Lacerda Chaves Vieira, defendida e avaliada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profª Drª Heloísa de Carvalho Torres – Orientadora

Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG

Profª Drª Sônia Maria Soares
Examinadora

Profª Drª Janice Sepúlveda Reis
Examinadora

Profª Drª Luciana Regina Ferreira da Mata
Examinadora

Profª Drª Sônia Silva Marcon
Examinadora

Belo Horizonte, 27 de setembro de 2016.

Av. Professor Alfredo Balena, 190.

Belo Horizonte, MG - 30130-100 - Brasil - tel.: (031) 34099836 - fax: (31) 34099853.

Dedicatória

*Ao meu marido pela compreensão das ausências,
pelo incentivo e companheirismo.*

Ao meu pai pelo apoio e cuidado.

À minha mãe, exemplo de integridade.(in memoriam)

Amo vocês. Vocês fazem parte desta conquista!

Agradecimentos

A **Deus**, motivo de minha perseverança. Ele tem me sustentado e cuidado de mim nos momentos mais difíceis.

À professora **Heloísa**, pelos 10 anos de caminhada. Devo muito à você e nunca vou esquecer o que fez por mim. Você marcou minha história.

À **D.Nilda**, minha sogra e segunda mãe.

À minha coorientadora **Dra. Ilka Afonso Reis**, obrigada pela paciência em ensinar e fazer a estatística parecer tão fácil.

À minha coorientadora **Dra. Adriana Silvina Pagano**, pela disposição em trabalhar de forma interdisciplinar.

Aos meus **amigos** por compreenderem as ausências e incentivarem minha dedicação.

À **Dra. Lívia Mara Ferreira** que me apoiou e incentivou na FHEMIG. Muito obrigada pela oportunidade do aprendizado e por acreditar no meu trabalho.

Aos meus **colegas** da FHEMIG que sempre me incentivaram e torceram por esta conquista!

À **Denise Pacheco**, que me acolheu quando eu mais precisava.

Aos **professores da Universidade Federal de Minas Gerais**, em especial aos professores da Escola de Enfermagem.

Aos amigos do **NUGEAS** pelo companheirismo, apoio e escuta.

Aos componentes da banca de qualificação, Professoras **Dra. Sônia** e **Dra. Tânia**, pela disponibilidade e importantes contribuições no exame de qualificação. Admiro
você!

Aos colegas do doutorado, pelas conversas e por compartilhar experiências.

Aos profissionais que participaram desta pesquisa, sem vocês esta pesquisa não
seria possível.

Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados. O que elas amam são pássaros em vôo. Existem para dar aos pássaros coragem para voar. Ensinar o vôo, isso elas não podem fazer, porque o vôo já nasce dentro dos pássaros. O vôo não pode ser ensinado. Só pode ser encorajado.

Rubem Alves

OBJETIVO: Realizar a tradução, adaptação cultural e validação do instrumento *Diabetes Attitudes Scale – third version* para o contexto cultural do Brasil. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo do tipo metodológico, compreendendo três etapas: tradução, adaptação cultural e validação. A **primeira etapa** foi realizada em parceria com o Laboratório Experimental de Tradução da Faculdade de Letras e o Laboratório de Bioestatística da UFMG. Na **segunda etapa**, as versões original e traduzida foram submetidas à análise por um Comitê de Juízes constituído por três grupos de 20 profissionais, sendo cada um composto por dez profissionais da área da Saúde e dez da área da Linguística Aplicada, para a avaliação de cada parte do instrumento, resultando em uma amostra de 60 profissionais distribuídos em igual proporção. No entanto, retornaram a avaliação 56 profissionais. A partir da avaliação obtida foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e a porcentagem de aceitação dos juízes em relação à adequação dos itens avaliados. Todos os dados foram analisados no ambiente de programação estatística R. Em seguida foi realizado o pré-teste com a participação de um total de 25 profissionais da área da Saúde. O instrumento foi enviado por meio eletrônico à profissionais que prestam assistência a pessoas com diabetes *Mellitus*. Os profissionais foram solicitados a responder as 33 afirmativas do instrumento e a avaliar cada afirmativa quanto à facilidade de entendimento e clareza da informação. Após esta fase, realizou-se um encontro interdisciplinar entre pesquisadores e profissionais da área da Saúde, Linguística Aplicada e Estatística com objetivo de avaliar as sugestões realizadas pelos profissionais da área da Saúde. A cada problema identificado, melhorias foram sugeridas e alterações de cunho semântico, idiomático e cultural realizados. **Terceira etapa:** Por fim, com objetivo de verificar a confiabilidade do instrumento adaptado culturalmente, este foi aplicado à 120 profissionais da área da Saúde em duas ocasiões com um intervalo de 15 dias entre o teste e o reteste. A aplicação do questionário foi efetuada por meio da plataforma da *web e-Surv*. A confiabilidade foi verificada por meio do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* e a estabilidade do instrumento estimada por meio do coeficiente de correlação policórica. O Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) também foi utilizado como medida de concordância entre a pontuação total obtida em duas aplicações do instrumento, enquanto o teste de *Wilcoxon* foi utilizado para verificar se houve diferença estatística entre a pontuação mediana da primeira e da segunda aplicação do instrumento. **RESULTADOS:** A versão traduzida do instrumento apresentou boa aceitação entre os Juízes para medir as atitudes do profissional da área da Saúde, com Índice de Validade de Conteúdo médio de 0,94. A Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus* apresentou consistência interna aceitável, com alfa de *Cronbach* igual a 0.60. O Coeficiente de Correlação Intraclasse foi considerado moderado (0.65) indicando a confiabilidade do instrumento. As afirmativas do instrumento apresentaram capacidade de discriminação adequada, apresentando coeficientes de correlação que variaram de 0.44 a 0.81. **CONCLUSÃO:** O processo de tradução, adaptação e validação para a língua falada do Brasil gerou a Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus*, que foi considerada válida e confiável para ser aplicada à população brasileira.

Descritores: Tradução; Estudos de validação; Diabetes *Mellitus*; Atitude do pessoal de saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To translate, cultural adapt and validate the third version of the Diabetes Attitudes Scale to the cultural context of Brazil. **METHODS:** This was a methodological type of study that comprised three stages: translation, cultural adaptation and validation. The first stage was carried out in partnership with the Laboratory for Experimentation in Translation of the Faculty of Letters and the Laboratory of Biostatistics at UFMG. In the second stage, the original and the translated versions were submitted to analysis by an expert committee formed by three groups of 20 professionals, each consisting of ten health professionals and ten applied linguistics professionals, who were responsible for assessing each part of the instrument. This resulted in a sample of 60 professionals distributed in equal proportion. However, 56 out of 60 professionals returned the questionnaire. After this stage, the Content Validity Index (CVI) was calculated, as well as the percentage of judges who considered the items evaluated to be adequate. All data were analyzed using R - a statistical programming environment. Then the pretest was performed with a group of 25 health professionals. The instrument was sent electronically to professionals who provide care to people with diabetes mellitus. The professionals were asked to respond to the instrument's 33 statements and to evaluate each statement regarding its understandability and clarity. After this stage, there was an interdisciplinary meeting between researchers and health professionals, Applied Linguistics professionals and Statistics professionals, who were responsible for evaluating the suggestions made by the health professionals. Improvements were suggested and semantic, idiomatic and cultural changes were performed to each identified problem. Finally, in the third stage, in order to verify the validity and reliability of the culturally adapted instrument, it was applied to 120 health professionals on two different occasions, with a 15 days interval between the test and the retest. The questionnaire was uploaded to the web platform e-Surv. Reliability was verified by calculating the Cronbach's alpha and the stability of the instrument was estimated by the polychoric correlation coefficient. The intraclass correlation coefficient (ICC) was also used as a measure of agreement between the total score of the two applications of the instrument, while the Wilcoxon test was used to check whether there was a statistical difference between the median score of the first and second applications of the instrument. **RESULTS:** The translated version of the instrument was well received among judges and received an average Content Validity Index of 0.94. The Professional Attitude Scale regarding Diabetes Mellitus showed acceptable internal consistency with Cronbach's alpha = 0.60. The intraclass correlation coefficient was considered moderate (0.65), which indicates the reliability of the instrument. Moreover, the discrimination capacity of the instrument's statements was considered adequate, with correlation coefficients ranging from 0.44 to 0.81. **CONCLUSION:** The process of translation, adaptation and validation to Brazil's spoken language resulted in the Professional Attitude Scale regarding Diabetes Mellitus, which was considered valid and reliable to be applied to the Brazilian population.

Descriptors: Traducción; Validation studies; Diabetes Mellitus, Attitude of health personnell.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 –	Componente estrutural da atitude.....	35
FIGURA 2 –	Esquema conceitual conforme a Teoria da Ação Planejada...	38
FIGURA 3 -	Esquematização do processo de tradução, adaptação e validação do <i>Diabetes Attitudes Scale – third version</i> (DAS-3). Belo Horizonte, 2015.....	53
FIGURA 4 –	Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para a revisão integrativa sobre as atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes <i>Mellitus</i> , de 1990 a 2016.....	66
QUADRO 1 –	Metodologia de cálculo da pontuação obtida no instrumento <i>Diabetes Attitudes Scale – third version</i>	32
QUADRO 2 -	Descrição dos itens da versão original do instrumento <i>Diabetes Attitudes Scale – third version</i> e da versão brasileira da Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes <i>Mellitus</i> , Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015.....	73

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização dos profissionais participantes do Comitê de Juízes das áreas da Saúde e Linguística Aplicada. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015.....	65
TABELA 2 - Frequências absoluta e relativa das respostas do Comitê de Juízes na avaliação dos itens do instrumento e índice de validade de conteúdo. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015.....	67
TABELA 3 - Caracterização dos profissionais da área da Saúde participantes da etapa de pré-teste. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015 (n=23).....	70
TABELA 4 - Frequências absoluta e relativa das respostas dos profissionais da área da Saúde à pergunta “A afirmativa encontra-se clara e de fácil compreensão?” . Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015 (n=25).....	71
TABELA 5 - Caracterização dos profissionais que participaram da etapa de validação da EAP-DM. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016. (n=120).....	77
TABELA 6 - Escores obtidos para a Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes Mellitus considerando os momentos teste-reteste. Belo Horizonte, MG, Brasil (n=120).....	78
TABELA 7 - Correlação entre as respostas aos itens, entre as pontuações na subscala e escore total no teste e no reteste e Coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> (α) para Escala de Avaliação das Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes <i>Mellitus</i> (EAP-DM). Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016. (n=120).....	80
TABELA 8 - Coeficiente de correlação intra-classe para a escala geral e suas subescalas. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016. (n=120).....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA -	<i>American Diabetes Association</i>
BDTD -	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BVS -	Biblioteca Virtual em Saúde
BT -	<i>Back translation</i>
CCI -	Coeficiente de Correlação Intraclasse
DAS-3 -	<i>Diabetes Attitudes Scale – third version</i>
DM -	<i>Diabetes Mellitus</i>
EAP-DM	Escala de atitudes dos profissionais em relação ao diabetes <i>Mellitus</i>
FALE -	Faculdade de Letras
ICEx -	Instituto de Ciências Exatas
IVC -	Índice de Validade de Conteúdo
IDF -	<i>International Diabetes Foundation</i>
JBI – QARI -	<i>Critical Appraisal Checklist For Interpretative & Critical Research</i>
NUGEAS -	Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação em Saúde
SCIELO -	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
T1 -	Tradução 1
T2 -	Tradução 2
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1 ATITUDES DO PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE EM RELAÇÃO À CONDIÇÃO DO DIABETES MELLITUS	24
2.2 INSTRUMENTOS QUE AVALIAM AS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AO DIABETES MELLITUS	26
2.3 O INSTRUMENTO DIABETES ATTITUDES SCALE – THIRD VERSION	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO	34
3.1 O CONCEITO DE ATITUDE	34
3.2 RELAÇÃO ENTRE ATITUDE E COMPORTAMENTO	36
3.3 TEORIA DA AÇÃO PLANEJADA	37
3.4 MENSURAÇÃO DAS ATITUDES	39
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	42
4.1 ADAPTAÇÃO CULTURAL DE INSTRUMENTOS	42
4.2 CONFIABILIDADE E VALIDADE DE INSTRUMENTOS	44
5 OBJETIVOS	50
5.1 OBJETIVO GERAL	50
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	50
6 METODOLOGIA	52
6.1 TIPO DE ESTUDO	52
6.2 A ESCOLHA DO INSTRUMENTO DIABETES ATTITUDES SCALE – THIRD VERSION	54
6.3 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL DO DIABETES ATTITUDES SCALE – THIRD VERSION	55
6.3.1 TRADUÇÃO INICIAL, SÍNTESE DAS TRADUÇÕES E RETROTRADUÇÃO	55
6.3.2 METODOLOGIA DE ATUAÇÃO DO COMITÊ DE JUÍZES POR MEIO DA PLATAFORMA DA WEB E-SURV	56
6.3.3 PRÉ-TESTE	58
6.4 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO	59
6.5 ANÁLISE DOS DADOS	60
6.5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS	60
6.5.2 ANÁLISE DOS DADOS NA ETAPA DE ADAPTAÇÃO CULTURAL	60
6.5.3 ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DOS DADOS	61
6.6 QUESTÕES ÉTICAS	62
7 RESULTADOS	64
7.1 ADAPTAÇÃO CULTURAL DO DIABETES ATTITUDES SCALE – THIRD VERSION	64
7.1.1 PRÉ-TESTE	70
7.2 VALIDAÇÃO DO DIABETES ATTITUDES SCALE – THIRD VERSION PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL	76
8 DISCUSSÃO	83
8.1 ADAPTAÇÃO CULTURAL DO DIABETES ATTITUDES SCALE – THIRD VERSION	83
8.2 VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ATITUDES DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AO DIABETES MELLITUS (EAP-DM)	85
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
10 PERSPECTIVAS FUTURAS	92
11 CONCLUSÕES	94
REFERÊNCIAS	96

APÊNDICE A – E-MAIL ENVIADO PARA O COMITÊ DE JUÍZES	109
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ENVIADO AO COMITÊ DE JUÍZES	110
APÊNDICE C – CERTIFICADO EMITIDO PARA OS PARTICIPANTES DO COMITÊ DE JUÍZES.....	118
APÊNDICE D – SUGESTÕES DOS JUÍZES NA ETAPA DE ADAPTAÇÃO CULTURAL	119
APÊNDICE E – E-MAIL ENVIADO AOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE NA ETAPA DE PRÉ-TESTE	124
APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO ENVIADO AOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE NA ETAPA DE PRÉ-TESTE	125
APÊNDICE G – ITENS DO INSTRUMENTO QUE RECEBERAM SUGESTÕES DE APRIMORAMENTO PELOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE NA ETAPA DE PRÉ-TESTE.....	130
APÊNDICE H – E-MAIL ENVIADO AOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE NA ETAPA DE VALIDAÇÃO	138
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO ENVIADO AOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE NA ETAPA DE VALIDAÇÃO.....	139
APÊNDICE J- FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS NO TESTE-RETESTE E PORCENTAGEM DE PARTICIPANTES QUE DERAM RESPOSTAS DISCORDANTES PARA AS PONTUAÇÕES EXTREMAS (CONCORDO X DISCORDO) NOS DOIS MOMENTOS	143
APÊNDICE K- MANUSCRITO 1 – ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM RELAÇÃO AO DIABETES MELLITUS: REVISÃO INTEGRATIVA	154
APÊNDICE L - MANUSCRITO 2 - TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO DIABETES ATTITUDES SCALE – THIRD VERSION PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL.....	171
APÊNDICE M - VERSÕES DO INSTRUMENTO.....	189
APÊNDICE N – ESCALA DE ATITUDES DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AO DIABETES MELLITUS (EAP-DM)	195
ANEXO A – DIABETES ATTITUDES SCALE – THIRD VERSION	200
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR PRINCIPAL PARA TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO “DIABETES ATTITUDES SCALE” PARA A LÍNGUA PORTUGUESA – BRASIL.....	204
ANEXO C – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP.....	205

O interesse pela temática do diabetes *Mellitus* (DM) me acompanha desde o último período do curso de graduação em enfermagem, em 2007. Durante o curso, tive a oportunidade de participar do projeto “Avaliação das Ações de Promoção da Saúde em Diabetes *Mellitus* no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG” coordenado pela profa. Heloísa de Carvalho Torres. Essa experiência me aproximou da temática, na qual tenho trabalhado até o presente momento. Nesse período, também tive a oportunidade de acompanhar o projeto e as atividades de pesquisa que foram realizadas. Essas atividades me permitiram conhecer como os profissionais da área da Saúde realizam as práticas de atenção à pessoa que convive com a condição do diabetes *Mellitus* e as ações educativas.

Durante o mestrado, desenvolvi atividades de pesquisa junto a usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuíam o diagnóstico de diabetes *Mellitus*, com objetivo de avaliar as ações educativas por meio de grupos. Até o ingresso no doutorado, participei de cursos conduzidos pelo Núcleo de Gestão em Educação e Avaliação em Saúde (NUGEAS) direcionados aos profissionais das UBS, a fim de promover sua atualização e sensibilização em relação à importância das atividades de educação em saúde direcionadas à pessoa que tem diabetes. Ademais, foram trabalhados, junto a estes profissionais, temas relacionados ao cuidado em diabetes, bem como questões que visavam orientar para a melhor condução das práticas educativas.

Paralelamente, uma pesquisa qualitativa realizada por integrantes do NUGEAS demonstrou que os profissionais da área da Saúde ainda apresentam atitudes desfavoráveis em relação ao diabetes, resultando em desenvolvimento de práticas que não consideram a importância da participação, responsabilização e autonomia da pessoa que convive com o diabetes *Mellitus* nas decisões relacionadas ao seu tratamento.

Atenta a essas questões, desenvolvi um projeto de pesquisa para traduzir e adaptar um instrumento que avalia as atitudes dos profissionais da área da Saúde, uma vez que o uso de instrumentos válidos permite garantir fidedignidade aos resultados encontrados, ampliar o escopo de avaliação dessas atitudes em relação

ao diabetes e comparar os resultados com pesquisas realizadas em outros países ou regiões.



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O diabetes *Mellitus* representa 5.2% das causas de morte no país, sendo 90% destes casos representados pelo diabetes *Mellitus* Tipo 2 (SCMIDT *et al.*, 2011). Esta condição, além de causar internações, provoca complicações irreversíveis responsáveis pela diminuição da expectativa de vida, comprometendo as atividades produtivas e a qualidade de vida. Estima-se que até 2035 haja um crescimento de 60% em sua prevalência (IDF, 2013; VIANA *et al.*, 2013).

A pessoa que tem diabetes *Mellitus* vivencia as múltiplas dimensões deste convívio que se traduzem em necessidades físicas e psicossociais relacionadas à experiência do autogerenciamento dos cuidados. No entanto, observa-se que a prática do profissional da área da Saúde ainda é eminentemente prescritiva, normatizadora, centrada nos aspectos que envolvem o tratamento e não na experiência destas pessoas. As ações direcionadas ao cuidado em diabetes enfatizam, de forma geral, a importância do controle metabólico e mudança do estilo de vida (REZENDE, 2011).

O profissional da área da Saúde considera que, ao prescrever as medicações, solicitar exames e fornecer orientações direcionadas para a mudança do estilo de vida, está atendendo às necessidades da pessoa com a condição do diabetes *Mellitus*. Muitas das dificuldades que a pessoa que tem diabetes experimenta no seu cotidiano para o autogerenciamento dos cuidados podem ser resultantes de práticas de atenção que não consideram as reais expectativas e necessidades da pessoa que convive com esta condição (FARIA; BELLATO, 2009).

Cabe ressaltar que as condutas estabelecidas pelo profissional da área da Saúde são influenciadas, principalmente, pelas atitudes psicológicas que possui em relação à condição do diabetes (WILLIAMSON *et al.*, 2014). As atitudes do profissional da área da Saúde são definidas como uma tendência psicológica avaliativa que possui relação com as crenças, valores e a personalidade (MOUTINHO; ROAZZI, 2010). Estas atitudes, quando se mostram favoráveis em relação aos aspectos que envolvem o cuidado em diabetes, demonstram que o profissional empoderado é capaz de conduzir práticas educativas que considerem o contexto de vida, os aspectos psicossociais e a importância da autonomia da pessoa que convive com a condição do diabetes *Mellitus* (TORRES, 2015).

Pesquisas identificaram atitudes do profissional da área da Saúde desfavoráveis em relação às consequências psicológicas do diabetes e à importância da autonomia da pessoa nas decisões relacionadas ao tratamento (BABELGAIH; ALFADLY; BAIDI, 2013; BANI-ISSA; ELDEIRAWI; TAWIL, 2015; FUNNELL; BOOTLE; STUCKEY, 2015). As atitudes do profissional em relação à condição do diabetes *Mellitus* podem se constituir em barreiras às práticas voltadas para o cuidado efetivo (GAGLIARDINO; GONZÁLEZ; CAPORALE, 2007).

Neste sentido, autores defendem a importância de se conhecer as atitudes do profissional da área da Saúde e de direcionar os programas de atualização relacionados ao diabetes para além dos aspectos biológicos desta condição, integrando os conceitos de autonomia nas decisões relacionadas ao gerenciamento do diabetes (BANI-ISSA; ELDEIRAWI; TAWIL, 2015; WILLIANSOON *et al.*, 2014; LOU *et al.*, 2014). A Associação Americana de Diabetes, por exemplo, defende que a pessoa que convive com esta condição deve assumir uma postura ativa em seu próprio cuidado, o que sugere a importância de se introduzir essa questão de forma precoce na formação do profissional da área da Saúde (ADA, 2014).

Considerando que as atitudes do profissional da área da Saúde podem influenciar a condução do tratamento e o grau de autonomia da pessoa que convive com o diabetes nas decisões relativas ao seu cuidado, torna-se importante conhecer e avaliar as atitudes deste profissional em relação ao diabetes. Para tanto, é necessário o uso de instrumentos válidos e confiáveis. Sendo assim, a adaptação cultural de instrumentos constitui-se um recurso que demanda menos tempo e custos e é capaz de conferir a confiabilidade necessária para avaliar medidas em saúde (BARROSO, 2015; CURCIO *et al.*, 2012).

Dentre os instrumentos disponíveis na literatura (MARTEAU; BAUM, 1984; WOODCOCK *et al.*, 1999; HAYES; FITZGERALD; JACOBBER, 2008; LATEEF *et al.*, 2011), o *Diabetes Attitudes Scale – third version* (DAS-3) é o único instrumento que foi submetido a um processo de construção e validação recomendados internacionalmente. Este instrumento foi elaborado por Anderson *et al.* (1998) para uso nos Estados Unidos e já foi traduzido e validado para seu uso na China, Argentina, Turquia, Espanha, Iêmen, Austrália e Emirados Árabes Unidos (ANDERSON *et al.*, 1998; ANGUERA *et al.*, 2002; ATAK; KOSE; GURKAN, 2008; BABELGAIH; ALFADLY; BAIDI, 2013; BANI-ISSA; ELDEIRAWI; TAWIL, 2015; GAGLIARDINO; GONZÁLEZ;

CAPORALE, 2007; LOU *et al.*, 2014; WILLIANSOON *et al.*, 1996). No Brasil, não se tem registro de instrumentos semelhantes.

Portanto, é necessário submetê-lo aos procedimentos recomendados para a tradução, adaptação cultural e validação para a língua-alvo (o português brasileiro). Essas etapas são fundamentais para avaliar e garantir a equivalência dos questionários em diferentes idiomas (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993) sendo possível comparar os resultados das pesquisas realizadas em diferentes países (BEATON *et al.*, 2000).

Dada a necessidade de disponibilizar um instrumento para uso no contexto brasileiro, a Escola de Enfermagem, o Laboratório Experimental de Tradução da Faculdade de Letras e o Laboratório de Bioestatística da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) realizaram a tradução, adaptação e validação do *Diabetes Attitudes Scale – third version*.

Este estudo, ao disponibilizar um instrumento que permite identificar as atitudes do profissional da área da Saúde em relação ao diabetes *Mellitus* poderá contribuir para direcionar os programas de atualização e formação do profissional nas práticas educativas e indiretamente contribuir para a melhor qualidade do cuidado à pessoa que tem diabetes (TORRES, 2015).



REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Atitudes do profissional da área da Saúde em relação à condição do diabetes Mellitus

Apesar de existirem poucos estudos que avaliam as atitudes do profissional da área da Saúde em relação ao diabetes *Mellitus*, argumenta-se que é necessário o desenvolvimento de estratégias, a fim de melhorar as crenças e percepções desse profissional. Um dos motivos para isso está no fato de que as atitudes do profissional da área da Saúde podem influenciar os comportamentos da pessoa que convive com o diabetes e, conseqüentemente, produzir impacto sobre os resultados do tratamento (ANDERSON; FITZGERALD; OH, 1993; BABELGAITH; ALFADLY; BAIDI, 2013; GAGLIARDINO; GONZÁLEZ; CAPORALE, 2007).

Cohen *et al.* (1994) demonstraram que existem diferenças entre os aspectos que o profissional da área da Saúde e a pessoa que tem diabetes consideram importantes. Enquanto o profissional da área da Saúde tende a enfatizar as conseqüências físicas do diabetes relacionadas às complicações, a pessoa que convive com essa condição atribui mais importância às questões sociais e ao impacto que provoca em suas vidas. Os autores sugerem, ainda, que essas diferentes perspectivas devem ser consideradas fatores contribuintes importantes nos resultados do tratamento (COHEN *et al.*, 1994).

Estudo realizado na Argentina para avaliar as atitudes de 252 profissionais da área da Saúde demonstrou que esses profissionais não consideram a relevância do impacto psicossocial do diabetes *Mellitus* sobre a vida da pessoa que convive com essa condição e, da mesma maneira, não valorizam a autonomia da pessoa no processo de tratamento (GAGLIARDINO; GONZÁLEZ; CAPORALE, 2007). Tal evidência, mostrou-se ainda mais discrepante quando as atitudes dos profissionais da área da Saúde que trabalham no setor público e no setor privado foram comparadas. Os profissionais que trabalham em serviços públicos obtiveram escores menores para o instrumento DAS-3, o que evidencia que possuem atitudes mais desfavoráveis em relação ao diabetes, quando comparados aos profissionais que atuam na rede privada.

Já os profissionais e as pessoas que convivem com a condição do diabetes apresentaram atitudes com diferenças significativas no que diz respeito à gravidade

do diabetes *Mellitus* Tipo 2, ao impacto psicossocial e à autonomia no tratamento. Enquanto os profissionais da área da saúde demonstram atitudes desfavoráveis em relação à autonomia das pessoas que têm diabetes nas decisões relativas ao plano de cuidados, essas pessoas apresentaram maior pontuação para essa subescala. Já para as subescalas “importância da atualização profissional” e “gravidade do diabetes *Mellitus* Tipo 2” os profissionais apresentaram maior pontuação (atitudes mais favoráveis) quando comparadas às pessoas que convivem com esta condição (GAGLIARDINO; GONZÁLEZ; CAPORALE, 2007).

Pesquisa realizada no Reino Unido evidenciou que os médicos, ao contrário de enfermeiras e nutricionistas, não consideram necessária sua participação em cursos de atualização para o atendimento à pessoa que convive com a condição do diabetes *Mellitus*. Adicionalmente, estes profissionais não atribuem importância à autonomia da pessoa que tem diabetes nas decisões relacionadas ao seu tratamento. Como mencionado, os aspectos que envolvem o cuidado são influenciados pelas atitudes do profissional, uma vez que definem os padrões de comunicação adotados entre a pessoa que possui esta condição e o profissional da área da Saúde (CLARK; HAMPSON, 2003).

Em contrapartida, os autores que desenvolveram pesquisas para avaliar as atitudes do profissional da área da Saúde encontraram que este profissional atribue mais valor ao controle rígido da glicose e à gravidade do diabetes, ao passo que a pessoa que convive com a condição do diabetes *Mellitus* valoriza os aspectos psicossociais e o impacto que o diabetes provoca em sua qualidade de vida (ANDERSON; FITZGERALD; OH, 1993; BABELGAITH; ALFADLY; BAIDI, 2013; GAGLIARDINO; GONZÁLEZ; CAPORALE, 2007).

Ademais, os profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos apresentaram atitudes diferentes entre si para todas as subescalas avaliadas (autonomia, formação profissional, gravidade do diabetes *Mellitus* Tipo 2, controle rígido da glicose, aspectos psicossociais), o que sugere uma possível diferença de práticas na condução do tratamento (CLARK; HAMPSON, 2003).

Estudo semelhante, realizado na Nigéria e nos Emirados Árabes com profissionais da área da Saúde, revelou que, ao contrário dos estudos citados anteriormente, os médicos avaliaram ser de grande importância a sua participação em treinamentos, a fim de melhorar a assistência à pessoa que tem diabetes *Mellitus*, mantendo, porém, a pouca importância conferida às decisões destas pessoas em seu

tratamento (BANI-ISSA; ELDEIRAWI; TAWIL, 2015; ODILI; OPARAH, 2012). Da mesma forma, enfermeiras no lêmén que prestam assistência às pessoas com diabetes manifestaram atitudes de pouca importância ao controle glicêmico e à gravidade do diabetes (BABELGAITH; ALFADLY; BAIDI, 2013). Essas diferenças merecem ser investigadas, pois podem estar relacionadas às questões culturais e à formação desses profissionais.

Os resultados dos estudos apresentados comprovam que o profissional da área da Saúde tende a subestimar a importância da autonomia da pessoa que convive com o diabetes *Mellitus* e das questões emocionais que influenciam o tratamento, mas a superestimar os desafios relacionados ao tratamento (FITZGERALD *et al.*, 2008; STANSFIELD *et al.*, 2007; NICOLUCCI *et al.*, 2013).

2.2 Instrumentos que avaliam as atitudes dos profissionais em relação ao diabetes *Mellitus*

A literatura apresenta quatro instrumentos, além do *Diabetes Attitudes Scale*, que avaliam as atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes *Mellitus*.

O primeiro instrumento identificado na literatura para avaliar crenças de profissionais sobre o diabetes *Mellitus* data de 1984 e foi desenvolvido na Inglaterra. O seu objetivo é identificar diferenças entre os pontos de vista de pediatras e clínicos gerais em relação ao diabetes em crianças considerando os seguintes aspectos: gravidade do diabetes em crianças; morbidade e mortalidade associada ao diabetes; concentrações glicêmicas desejáveis em crianças. Contudo, foram identificadas algumas restrições para o uso dessa escala relacionadas à ausência de informações sobre o seu processo de construção e validação, não sendo possível identificar as propriedades psicométricas do instrumento. Além disso, o seu objetivo é avaliar as crenças e percepções, relacionadas ao diabetes em crianças, apenas entre profissionais da área médica (MARTEAU; BAUM, 1984).

O segundo instrumento citado na literatura tem como objetivo avaliar as crenças, as atitudes e os comportamentos de enfermeiras em relação ao diabetes. O mesmo é formado por um conjunto de questões retiradas de estudos, que segundo os autores, foram previamente validados. Nesse estudo foram avaliados dois aspectos relacionados às crenças. O primeiro aspecto diz respeito à relação entre o controle

glicêmico e a ocorrência de complicações, sendo que a avaliação foi feita através de uma escala visual analógica. Para o segundo aspecto, avaliou-se, por meio de uma escala de cinco pontos, a confiança do profissional no gerenciamento do diabetes (WOODCOCK *et al.*, 1999).

Quanto às atitudes, o instrumento utilizado avaliou o quanto os profissionais eram a favor de uma abordagem centrada na pessoa que tem diabetes, bem como a extensão dos constrangimentos relacionados a colocar essa abordagem em prática. No entanto, as propriedades psicométricas e a metodologia de construção desse instrumento não foi apresentada. Adicionalmente, o estudo citado como responsável pela construção e validação da escala foi apresentado em um Encontro realizado em Vancouver (1996), não havendo registros de publicações em periódicos sobre a sua validação, demonstrando a fragilidade do instrumento para avaliar os aspectos a que se propôs (WOODCOCK *et al.*, 1999).

O terceiro instrumento foi desenvolvido nos Estados Unidos, com o objetivo de avaliar as atitudes dos médicos no que se refere ao início da terapia com insulina em pessoas com diabetes *Mellitus* Tipo 2 (HAYES; FTZGERALD; JACOBBER, 2008). As crenças dos profissionais em relação a essa temática foram avaliadas por meio de 30 afirmativas com respostas do tipo *Likert*. Para esse instrumento, o estudo apresenta uma breve descrição de seu processo de construção, porém, não apresenta as propriedades psicométricas e nem como foi feito o processo de validação do mesmo. Cabe ressaltar, ainda, que o instrumento utilizado nessa publicação avalia apenas as atitudes dos profissionais médicos em relação a um aspecto muito específico relacionado ao diabetes (HAYES; FTZGERALD; JACOBBER, 2008).

O último instrumento analisado foi desenvolvido na Arábia Saudita. O objetivo desse instrumento é avaliar os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos profissionais da área da Saúde (KHAN *et al.*, 2011). O instrumento apresenta 62 questões, formuladas para avaliar os seguintes aspectos: 12 questões visando a coleta de dados sociodemográficos e relativos à experiência profissional; 23 questões relacionadas ao conhecimento em diabetes; 15 questões relacionadas às atitudes dos profissionais em relação ao diabetes e 12 questões que avaliam as práticas dos profissionais na atenção em diabetes. Para algumas questões, as opções de resposta são do tipo *Likert* com cinco opções de resposta, para outras questões, as opções de resposta são do tipo sim/não.

Apesar de o instrumento avaliar um amplo espectro de questões relacionadas ao diabetes, não há publicações na literatura apresentando o processo de construção e validação do instrumento, tão pouco as suas propriedades psicométricas. Além disso, não se tem registros do uso desse instrumento em outras pesquisas e nem em outros países (KHAN *et al.*, 2011).

Sendo assim, argumenta-se que os instrumentos citados acima não preenchem os critérios de validade, confiabilidade e relevância para serem submetidos ao processo de tradução, adaptação e validação. Além disso, não se encontraram registros de publicações adicionais que demonstrassem a aceitabilidade de seu uso entre profissionais da área da Saúde. Dessa maneira, optou-se por traduzir, adaptar e validar o instrumento *Diabetes Attitudes Scale – third version* para o contexto cultural do Brasil (ANDERSON *et al.*, 1989; ANDERSON *et al.*, 1998).

A escolha do *Diabetes Attitudes Scale*, por sua vez, deveu-se à amplitude de aspectos avaliados pela escala, ao rigor metodológico utilizado em sua construção, à presença de propriedades psicométricas adequadas e à amplitude de seu uso em diversos países (ANDERSON *et al.*, 1998; (GAGLIARDINO *et al.*, 2007; BANI-ISSA; ELDEIRAWI; TAWIL, 2015; BABELGAITH; ALFADLY; BAIDI, 2013; CLARK; HAMPSON, 2003; EGEDE; MICHEL, 2002; SALINAS-MARTÍNEZ *et al.*, 2004; CHEN *et al.*, 2004; SCHAPANSKY; JONHSON, 2000; SHUTE; KING; LEHMANN, 1997; ANGUERA *et al.*, 2002; KUMAR *et al.*, 2014)

2.3 O instrumento *Diabetes Attitudes Scale – third version*

O *Diabetes Attitudes Scale* foi desenvolvido por Robert Anderson em 1989, para medir as atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes *Mellitus*. Para tanto, os autores utilizaram a Teoria da Ação Racional como marco conceitual. Essa teoria foi escolhida partindo do pressuposto de que as intenções das pessoas em se comportar de determinada maneira são os melhores preditores do seu comportamento. Isso porque a intenção é determinada pelas atitudes individuais em direção a determinado comportamento, enquanto que as atitudes são determinadas pelas crenças. Logo, essa escala é composta por um conjunto de afirmativas baseadas em crenças específicas (WILLIAMSON *et al.*, 1996).

O conteúdo do instrumento foi desenvolvido por 17 especialistas do estado de Michigan (Estados Unidos): três médicos, três enfermeiros, quatro nutricionistas, três

peessoas com a condição do diabetes *Mellitus* e quatro cientistas comportamentais. Os participantes ficaram responsáveis por construir afirmativas para serem respondidas segundo uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, que indicasse o grau de concordância em relação à determinado item. Para construção do instrumento os pesquisadores utilizaram a técnica Delphi modificada, sendo as rodadas de avaliação das versões realizada por *email* (ANDERSON *et al.*, 1989).

Os especialistas construíram as afirmativas de forma que elas garantissem a cobertura de quatro áreas globais relacionadas ao diabetes: a condição do diabetes, o seu tratamento, as pessoas com diabetes e a atualização dos profissionais. No total foram criadas 347 afirmativas, que foram avaliadas quanto à sua pertinência e a necessidade de alterações, resultando em 15 itens para cada área.

Como resultado, a versão preliminar do instrumento apresentou 60 afirmativas que foram submetidas a um teste piloto. Durante o teste, foram realizadas análises psicométricas, que evidenciaram a necessidade de uma nova revisão e de exclusão de afirmativas que não contribuíam para avaliar o construto em análise, processo esse que resultou na redução das afirmativas de 60 para 50 (ANDERSON *et al.*, 1989).

Essa escala, então, foi enviada por email para os membros da Associação Americana de Diabetes e da Associação Americana de Educadores em Diabetes, médicos e profissionais da área da Saúde, todos escolhidos de forma aleatória. Ao final, participaram da avaliação do instrumento 633 enfermeiras, 322 nutricionistas, 116 médicos e 67 profissionais da área da Saúde de outras áreas (ANDERSON *et al.*, 1989).

No que se refere às características psicométricas, a primeira versão da escala foi submetida à análise de confiabilidade ao se estimar o coeficiente alfa de Cronbach, a análise fatorial e o erro padrão. Quanto à análise de validade, os autores analisaram a validade de conteúdo por meio de um grupo de *experts* e pelo teste de hipótese, que buscou comparar as atitudes dos profissionais em relação ao diabetes (ANDERSON *et al.*, 1989).

A análise da escala permitiu chegar à versão final com um total de 31 itens com oito fatores (alfa=0.78): 1) treinamento especial (alfa=0.75); 2) controle metabólico/complicações (alfa=0.69); 3) autonomia da pessoa que tem diabetes (alfa=0.66); 4) adesão (alfa= 0.49); 5) equipe de profissionais (alfa=0.71); 6) pessoas não insulino-dependentes (alfa=0.54); 7) dificuldades no tratamento (alfa= 0.40) e 8) educação da pessoa que tem diabetes (alfa= 0.52) (ANDERSON *et al.*, 1989).

Cumprir mencionar que, originalmente, esse instrumento foi construído para mensurar as atitudes dos profissionais da área da Saúde, mas, em 1990, ele foi revisado de forma que apresentasse uma linguagem mais acessível, para ser utilizado com objetivo de avaliar as atitudes de pessoas que convivem com a condição do diabetes. Durante o processo de revisão, o instrumento foi respondido por 1202 pessoas com o diagnóstico de diabetes e idade acima de 16 anos que residiam no estado de Michigan (Estados Unidos da América). Todos os questionários foram enviados e recebidos por *email*. Após a obtenção dos dados, para analisar a confiabilidade e validade do instrumento, foi realizada a análise fatorial para a identificação dos fatores, e calculado o alfa de *Cronbach*, o coeficiente de correlação inter-item e o erro padrão da medida. As subescalas também foram correlacionadas utilizando-se a correlação produto-momento de *Pearson*. Para tanto, os indivíduos foram divididos em dois grupos da seguinte forma: 1º grupo (≤ 3 pontos – atitudes desfavoráveis); 2º grupo (> 3 pontos – atitudes favoráveis). A partir das análises, a versão final do instrumento foi constituída em 34 afirmativas e sete fatores com alfa de *Chronbach* variando de 0.61 a 0.71. Para essa versão do instrumento, houve a retenção de nove itens da versão original. Já para os itens restantes foram realizadas alterações que modificaram substancialmente o significado de muitos itens (ANDERSON *et al.*, 1990).

A terceira versão do *Diabetes Attitude Scale* foi formulada em 1998, com o objetivo de se adequar às mudanças existentes no conhecimento científico acerca do diabetes. Dessa maneira, a segunda versão foi revisada, reescrita por um novo painel de especialistas, incluindo pessoas com diabetes e pesquisadores. A validade de conteúdo foi avaliada por meio da técnica Delphi, modificada para ser realizada por *email*, contando com a participação de 22 especialistas da Universidade de Michigan (Estados Unidos). Como resultado, 210 novos itens foram construídos e submetidos à uma segunda rodada de análise. Como resultado, os itens e subescalas avaliadas como tendo pouca relevância foram retiradas. A partir dessas etapas, obteve-se a terceira versão do instrumento *Diabetes Attitudes Scale*, com 17 novos itens e 18 itens da versão prévia do instrumento (ANDERSON *et al.*, 1998).

Em seguida, para avaliar as propriedades psicométricas da terceira versão do instrumento, o mesmo foi aplicado a 321 profissionais médicos, 540 enfermeiros, 569 nutricionistas e 384 pessoas que têm diabetes. A confiabilidade do DAS-3 foi analisada por meio do coeficiente alfa de *Cronbach* e as correlações entre as

subescalas foram examinadas pelo coeficiente de correlação de *Pearson*. As diferenças entre as atitudes dos profissionais foram calculadas pela análise de variância (ANDERSON *et al.*, 1998).

O estudo resultou no instrumento *Diabetes Attitudes Scale – third version* conforme apresentado abaixo:

O DAS-3 contém 33 afirmativas divididas em cinco subescalas, quais sejam (ANEXO A):

- a) **Necessidade de formação especial voltada para o ensino** (alfa=0.67): avalia a atitude do entrevistado sobre a necessidade do profissional da área da Saúde, que presta assistência às pessoas com diabetes, receber treinamento especial voltado para o ensino, aconselhamento e uso de técnicas de mudança de comportamento.
- b) **Gravidade do diabetes Tipo 2** (alfa=0.80): avalia a atitude do entrevistado sobre a gravidade do diabetes *Mellitus* Tipo 2.
- c) **Valor do controle rígido da glicose quando se trata de cuidados com o diabetes** (alfa=0.72): avalia a atitude do respondente sobre o benefício potencial do controle glicêmico rigoroso ser ou não justificado em termos do custo que gera para as pessoas que convivem com o diabetes.
- d) **Impacto psicossocial do diabetes** (alfa=0.65): avalia a atitude do profissional da área da Saúde sobre o impacto psicossocial do diabetes na vida das pessoas que convivem com esta condição.
- e) **Atitude referente à autonomia das pessoas que têm o diabetes** (alfa=0.76): avalia a atitude do profissional da área da Saúde em relação à importância de as pessoas que têm diabetes se responsabilizarem e tomarem as decisões relacionadas ao tratamento.

Cada enunciado é respondido com a ajuda de uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos, partindo de “grande discordância” até “grande concordância”. A pontuação é feita da seguinte forma: um item verificado como “concordo totalmente” recebe cinco pontos; “concordo” – quatro pontos; “neutro” – três pontos; “discordo” – dois pontos; e “discordo totalmente” recebe um ponto. Isso vale para as questões positivas, já para as questões negativas as pontuações funcionam de forma inversa.

Os valores numéricos atribuídos a um conjunto de itens de uma subescala específica, por exemplo, itens Q1, Q6, Q10, Q17 e Q20 da subescala “Necessidade de treinamento especial”, são somados e o total é dividido pelo número de itens da subescala; neste caso, cinco (QUADRO 1). O valor resultante é a pontuação para aquela subescala. Uma pontuação global para o DAS-3 pode ser calculada por meio da soma de todas as notas de cada item e a posterior divisão do resultado dessa soma por 33 (ANDERSON *et al.*, 1998). Para essa escala os autores consideram a seguinte possibilidade de categorização: ≤ 3 pontos – atitudes desfavoráveis; > 3 pontos – atitudes favoráveis. Também é possível interpretar a pontuação do escore geral e das subescalas da seguinte maneira: quanto mais próximos os valores da pontuação máxima (cinco pontos), mas favoráveis são as atitudes dos profissionais em relação ao diabetes (ANDERSON *et al.*, 1990).

QUADRO 1

Metodologia de cálculo das pontuações para cada subescala do instrumento
Diabetes Attitudes Scale – third version.

Subescalas	Forma de cálculo**
Necessidade de treinamento especial	$\sum(Q1, Q6, Q10, Q17, Q20)/N^{\circ}$ itens
Gravidade do diabetes	$\sum(Q2^*, Q7^*, Q11^*, Q15^*, Q21, Q25, Q31)/N^{\circ}$ itens
Valor do controle rígido da glicose	$\sum(Q3^*, Q8, Q12, Q16^*, Q23^*, Q26^*, Q28^*)/N^{\circ}$ itens
Impacto psicossocial do diabetes	$\sum(Q4, Q13^*, Q18, Q22, Q29, Q33)/N^{\circ}$ itens
Autonomia do paciente	$\sum(Q5, Q9, Q14, Q19, Q24, Q27, Q30, Q32)/N^{\circ}$ itens

Observações: *Pontuação reversa. **Pontuação distribuída para cada opção de resposta: concordo totalmente (5 pontos); concordo (4 pontos); não concordo nem discordo (3 pontos); discordo (2 pontos); discordo totalmente (1 ponto). Caso 50% dos itens de uma subescala não forem respondidos, a escala como um todo deve ser desconsiderada da análise.

Fonte: http://diabetesresearch.med.umich.edu/Tools_SurveyInstruments.php.



REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O conceito de atitude

O conceito de atitude foi introduzido na psicologia social em 1918 por Thomas e Znaniecki e, em 1938, já era considerado o conceito central dessa disciplina. Desde então, a atitude tem sido alvo de pesquisas que visam investigar como os seus componentes influenciam na mudança de comportamento. No entanto, embora esse conceito tenha sido reestruturado ao longo dos anos, ele ainda não possui uma definição consensual (FABRIMAR; WEGENER, 2010).

Apesar disso, existem elementos comuns entre as suas diversas definições como o fato de a atitude ser considerada uma tendência psicológica avaliativa, adquirida, formada por crenças e conhecimentos, influenciada pelas emoções favoráveis ou desfavoráveis no que tange à reação frente a um determinado objeto (BENJAMIN, 2006). Além disso, as avaliações feitas com base nesses elementos podem estar relacionadas à pessoas, grupos sociais, objetos, comportamentos ou conceitos abstratos (FABRIMAR; WEGENER, 2010).

Destaca-se, ainda, que as pessoas podem não ter atitude em relação a um determinado objeto, o que ocorre quando este objeto é desconhecido ou apresenta pouca importância, questão relevante a ser considerada na construção de escalas. De acordo com Carvalho (1971, p.46), as atitudes são refletidas por meio das palavras e ações, sendo diretamente relacionadas ao comportamento.

No que diz respeito à estrutura, diversos autores concordam que a atitude é formada por três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental, conforme demonstrado na FIG. 1 (AJZEN; FISHBEIN, 1970; RODRIGUES, 1996; BORDERS; HOROWITZ, 2002).

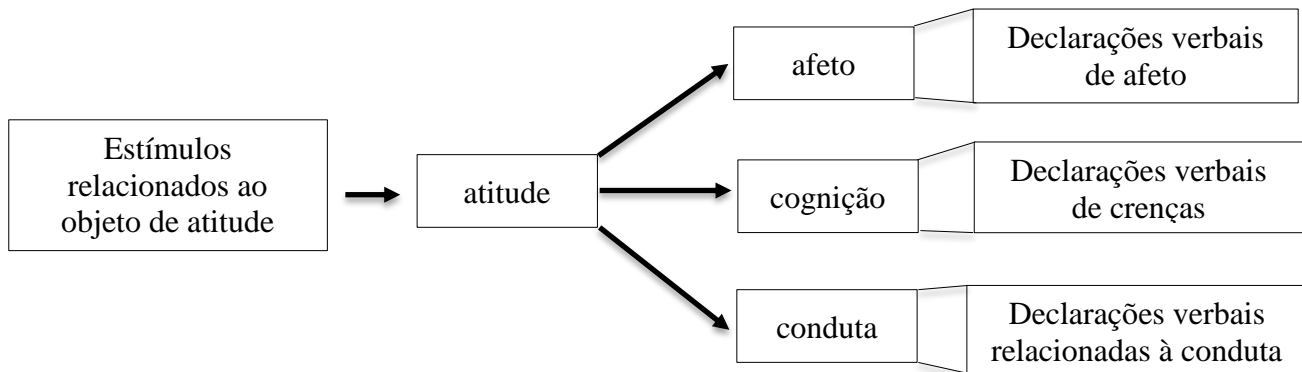


FIGURA 1 - Componente estrutural da atitude.

Fonte: RIVOIRE, 2006, p. 37.

O componente cognitivo corresponde às classificações realizadas por uma pessoa e a relação entre elas. Nesse componente localizam-se as crenças, o conhecimento e a experiência pessoal, que direcionam para a formação de uma representação cognitiva do objeto de atitude.

O componente afetivo, por sua vez, está diretamente relacionado às emoções e diz respeito às associações entre as categorias e os estados agradáveis ou desagradáveis.

Por fim, o componente comportamental está ligado às ações desencadeadas pelas atitudes em direção a um determinado objeto.

A atitude é associada ao comportamento quando há consistência entre estes três componentes, uma vez que a atitude está relacionada ao que se pensa, se sente e a como se deseja realizar o comportamento associado a um determinado objeto de atitude. Albarracín *et al.* (2008) reforçam que esses componentes são influenciados pelos comportamentos prévios, pelos hábitos e pela avaliação das consequências resultantes de uma determinada ação. Assim, cada um dos seus componentes apresenta uma correlação e uma influência sobre a atitude total, formando um todo unificado e duradouro.

3.2 Relação entre atitude e comportamento

Os pesquisadores que estudam o conceito de atitude observaram a inexistência de correlação absoluta entre a atitude e o comportamento. Essa observação se sustenta no pressuposto de que os componentes estruturais das atitudes devem ser internamente consistentes. Logo, a atitude constitui uma intenção de se realizar um determinado comportamento. No entanto, é preciso considerar que nem sempre as pessoas agem conforme pensam, uma vez que existem influências externas, como a pressão dos pares (AJZEN; COTE, 2008).

Teorias mais recentes também postulam que as atitudes são derivadas das observações sobre o próprio comportamento, pois esse demonstra uma predisposição interior para reagir em relação a determinadas situações. Essa predisposição, por sua vez, está relacionada às crenças que são formadas ao longo da vida por meio da própria experiência ou do convívio social. Sendo assim, quando uma pessoa acredita ter uma determinada atitude em relação a um objeto, é mais provável que ela se comporte em conformidade com a sua crença (STONE; FERNANDES, 2008). Ademais, a atitude também pode ser constituída pelas observações e percepções de uma pessoa sobre si mesma. As palavras de Myers (2000, p. 73) explicam essa questão da seguinte maneira: “é verdade que às vezes defendemos o que acreditamos, mas também é verdade que passamos a acreditar no que defendemos”.

Para além disso, de acordo com os teóricos da psicologia social, as atitudes são capazes de prever o comportamento, quando apresentam força, consistência e relação específica com o comportamento em questão; são baseadas na experiência de vida e quando as pessoas possuem consciência das suas atitudes (AJZEN; COTE, 2008).

Nesse sentido Triandis (1971, p. 14) afirma que:

As atitudes envolvem o que as pessoas pensam, sentem e como elas gostariam de se comportar em relação a um objeto atitudinal. O comportamento não é determinado pelo que as pessoas gostariam de fazer, mas também pelo que elas pensam que devem fazer, isto é, normas sociais, pelo que geralmente elas têm feito, isto é, hábitos, e pelas consequências esperadas de seu comportamento” (TRIANDIS, 1971, p.14).

Os estudos referentes à consistência entre atitude e comportamento ainda encontram-se em desenvolvimento, para conseguir abarcar toda a complexidade relacionada à este fenômeno. No entanto, os resultados das pesquisas permitem

subsidiar o estudo do comportamento humano a partir de suas atitudes (BORDERS; HOROWITZ, 2002).

Conforme discutido anteriormente e apresentado a seguir, a Teoria da Ação Planejada é consistente com os pressupostos defendidos pelos teóricos da psicologia social, fornecendo subsídios para se entender o conceito de atitudes e seus componentes. Além disso, permite avaliar a consistência do construto que compõe o instrumento *Diabetes Attitudes Scale – third version*.

3.3 Teoria da ação planejada

Segundo a Teoria da Ação Planejada, as pessoas decidem sobre seus comportamentos a partir de reflexões acerca das consequências decorrentes de suas decisões. Sendo assim, as intenções comportamentais são determinadas pelas atitudes e normas subjetivas que, por sua vez, são determinadas pelas crenças (AJZEN, 2002).

O modelo teórico proposto tem o objetivo de explicar os fatores que influenciam a mudança de comportamento sendo constituído pelas variáveis externas, pelas crenças comportamentais, pela avaliação dessas crenças, pelas crenças normativas e pela motivação (FIG. 2). As variáveis externas dizem respeito às atitudes gerais, às variáveis sociodemográficas e aos traços de personalidade, que apresentam influência variável em relação à atitude. Por exemplo, pessoas em faixas etárias elevadas tendem a ser mais conservadoras, o que pode interferir em suas atitudes. Por outro lado, a diferença quanto ao sexo pode ser insignificante ou decisiva para certas atitudes. Desse modo, por exemplo, a preocupação com a prevenção de um câncer de útero será proeminente entre mulheres, mas não entre os homens. Já a preocupação com as questões inflacionárias sofrerá pouca influência do sexo, uma vez que todos desejam níveis baixos de inflação (LIMA; D'AMORIN, 1986).

As atitudes gerais, que são constituídas pela percepção comum da sociedade sobre determinada questão, têm influência sobre a formação das atitudes das pessoas. Por exemplo, quando o profissional da área da Saúde, de forma geral, considera que a pessoa que convive com o diabetes deve seguir as suas orientações, é mais provável que este profissional desenvolva atitudes que se traduzam em ações prescritivas e pautadas na transmissão de conhecimento. Assim, as atitudes prévias

exercem influência sobre as atitudes formadas futuramente (AJZEN; FISHBEIN, 1970).

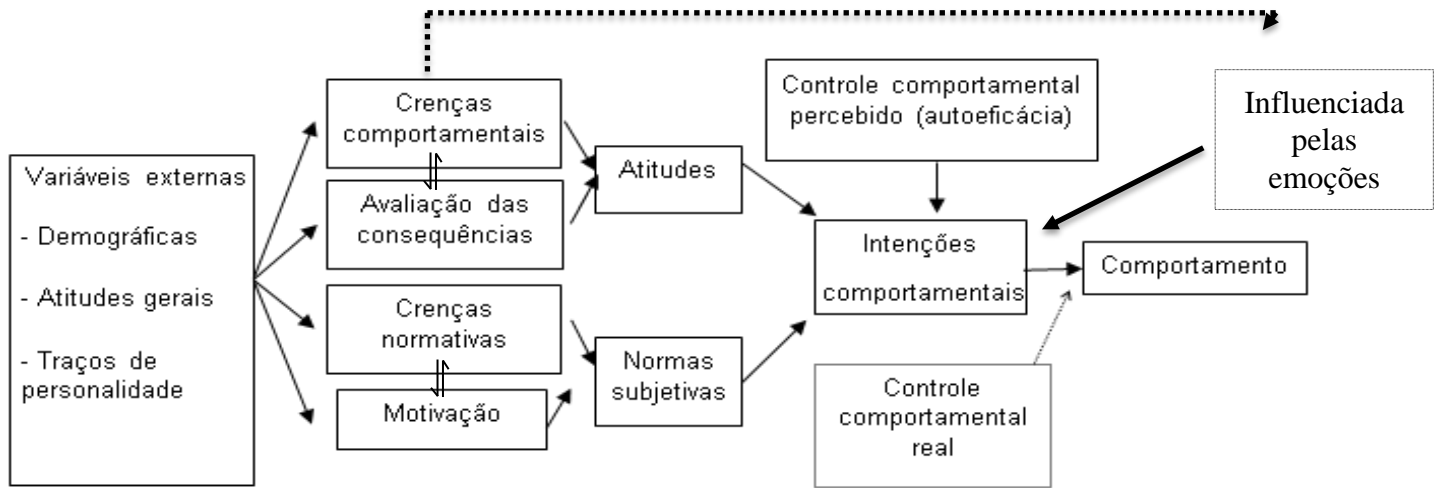


FIGURA 2 - Esquema conceitual conforme a Teoria da Ação Planejada

Fonte: adaptado de Ajzen (1991).

As crenças comportamentais, por sua vez, são a base cognitiva das atitudes e traduzem os pensamentos acerca de determinado objeto ou circunstância. Estas crenças são constituídas a partir das experiências de vida, das informações teóricas e da convivência com familiares, amigos e pessoas referentes. Já a avaliação das consequências possui a função de conferir sentido às crenças, sendo a avaliação dessas crenças convertidas em atitudes (AJZEN, 1991).

As crenças normativas, por outro lado, dizem respeito ao que as pessoas significativas para um determinado indivíduo julgam que ele deva fazer. A motivação encontra-se intimamente relacionada à crença normativa, assim como a crença comportamental encontra-se relacionada à avaliação. Nesse sentido, a crença comportamental e a avaliação desse comportamento constituem a atitude, ao mesmo tempo em que a crença normativa e motivação constituem a norma subjetiva (AJZEN, 1991).

Segundo Ajzen e Fishbein (2005), a atitude encontra-se relacionada aos aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais, o que permite argumentar que as reações emocionais influenciam as intenções comportamentais, assim como as crenças (componente cognitivo das atitudes) influenciam as reações emocionais.

Assim, a importância conferida a determinadas crenças é capaz de determinar o quão fácil ou não será modificar certos comportamentos.

Finalmente, é importante estar ciente de que a percepção sobre a possibilidade de se obter êxito acerca de um determinado comportamento e sobre a capacidade de executá-lo exerce influência direta sobre as intenções relacionadas ao comportamento (MOUTINHO; ROAZZI, 2010). Por exemplo, um profissional da área da Saúde pode ter a intenção de desenvolver uma ação educativa que possa contribuir para que a pessoa com diabetes tenha melhora no controle metabólico. No entanto, as condições necessárias para desenvolver essa ação em seu local de trabalho podem não estar disponíveis, inviabilizando a ação que o profissional da área da Saúde planejava executar. Por isso, a realização do comportamento pode ser limitada por diversos fatores não motivacionais (como o tempo, o conhecimento e as habilidades). Logo, o controle comportamental percebido, na medida em que é realístico, ou seja, quando as barreiras descritas pelo sujeito realmente limitam a ação, pode representar o controle real e contribuir para a predição do comportamento.

Com base nisso e a partir das questões apresentadas, deve-se considerar a influência dos fatores ambientais na persistência ou alteração de determinadas crenças, atitudes e comportamentos (AJZEN, 2011; FISHBEIN; AJZEN, 2005). Sendo assim, ressalta-se a importância de conhecê-las para, então, produzir influências, por meio da educação, sobre a formação do profissional da área da Saúde.

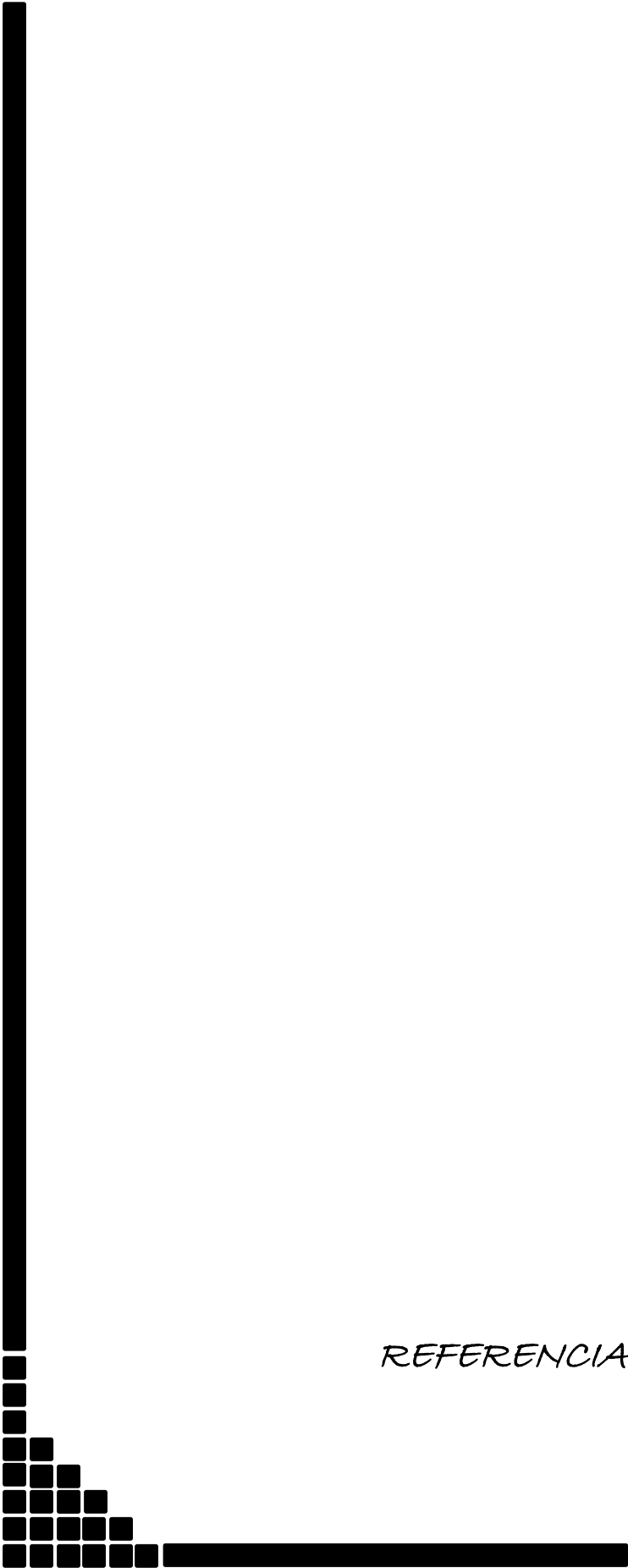
3.4 Mensuração das atitudes

O uso de instrumentos normatizados para avaliar comportamentos e atitudes foi estabelecido a partir de um conjunto de padrões, com o objetivo de evitar a ocorrência de erros sistemáticos. Para tanto, as escalas que visam mensurar os aspectos psicossociais são constituídas segundo categorias que avaliam o que é aceitável ou não em diferentes graus.

Ressalta-se, ainda, que os aspectos psicossociais, como as atitudes, só podem ser mensurados de forma indireta, uma vez que não são passíveis de observação. Dessa forma, as atitudes são avaliadas por meio de afirmativas relacionadas às crenças e atitudes sobre um determinado objeto, sendo que para cada afirmativa são apresentadas opções de resposta que indicam o acordo, o desacordo ou a neutralidade (AJZEN, FISHBEIN, 1980).

Outras possibilidades de mensuração dos aspectos psicossociais são encontradas no uso de escalas que avaliam as diferenças semânticas em relação a um determinado objeto. Para isso, são utilizados adjetivos para avaliar o significado conotativo dos conceitos. O pressuposto dessas escalas é que existem significados sutis e difíceis de serem descobertos de outra maneira. Entretanto, essas escalas apresentam limitações quanto à dificuldade em se constituir frases que apresentem antônimos perfeitos para os adjetivos relacionados ao objeto de atitude.

Considerando o exposto, argumenta-se que a escala de atitudes utilizada nesta pesquisa apresenta conformidade com as recomendações propostas pelos pesquisadores da área da psicologia social.



REFERENCIAL METODOLÓGICO

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 Adaptação cultural de instrumentos

Grande parte das pesquisas da área da Saúde utiliza instrumentos para avaliar os seus resultados. Esses instrumentos, em sua maioria, são formulados em língua diversa da utilizada pela população brasileira. Sendo assim, duas opções estão disponíveis: criar novos instrumentos ou adaptar e validar os disponíveis. A última opção torna-se mais viável na medida em que permite economizar tempo e recursos, bem como comparar os resultados das pesquisas com estudos realizados em outros países (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A adaptação cultural pode ser definida como um processo que envolve a modificação linguística, gramatical e cultural de um instrumento original já validado em uma cultura ou língua diferente da qual o instrumento foi desenvolvido, sem perder as propriedades psicométricas (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A adaptação cultural consiste na combinação de um conjunto de etapas com o objetivo de garantir a consistência entre a versão original e a versão traduzida do instrumento. Para essa etapa, são recomendados os seguintes estágios: tradução, síntese das traduções, retrotradução do instrumento ou *back-translation*, revisão das versões por um Comitê de Juízes e, por fim, o pré-teste do instrumento (BEATON *et al.*, 2000). Além disso, Beaton *et al.* (2000) recomendam a realização de uma sexta etapa que consiste na submissão do relatório de todas as etapas anteriores ao autor do instrumento ou a um comitê de especialistas.

O processo de tradução deve ser realizado por pelo menos dois tradutores independentes. Isso permite a detecção de erros e a identificação de interpretações divergentes de itens ambíguos no item original. As qualificações e características dos tradutores também são importantes. Um dos tradutores deve possuir conhecimento sobre os objetivos subjacentes do instrumento a ser traduzido e sobre os conceitos envolvidos, para poder oferecer medidas mais confiáveis do instrumento a ser utilizado. O outro tradutor não deve ter ciência dos objetivos e conceitos do instrumento, sendo esse procedimento útil para elicitare significados inesperados do instrumento original. Logo, nesse estágio, são produzidas duas traduções

independentes, T1 e T2 (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

O estágio seguinte consiste na síntese das traduções, na qual os dois tradutores e um terceiro tradutor realizam o resumo dos resultados das traduções realizadas, gerando a versão T1-2. Nesse momento, as discrepâncias são discutidas e discussões são realizadas, visando à obtenção de uma versão consensual, que será submetida ao próximo estágio (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

O terceiro estágio consiste na retradução do instrumento para sua versão original, a fim de auxiliar na melhora da versão final. Cada retradução (BT1 e BT2) deve ser realizada por dois tradutores, individualmente, em um primeiro momento. O objetivo é detectar erros de entendimento na primeira tradução (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Preferencialmente, esses tradutores não devem possuir acesso ao instrumento original, com o intuito de evitar vieses, pois os mesmos estarão livres de expectativas e preconceitos e sua tradução reversa poderá revelar, na versão final, significados ou interpretações inesperadas (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

O próximo estágio consiste na avaliação de todas as versões do instrumento (T1, T2, T1-2, BT1, BT2) por um Comitê de Juízes. O Comitê possui a função de comparar a versão fonte e as versões traduzidas. A composição desse Comitê é essencial para alcançar a equivalência cultural do instrumento, sendo recomendada sua constituição por profissionais da área da Saúde, Linguistas, metodólogos e tradutores. O objetivo é produzir uma versão final com base nas versões traduzidas e nas versões retraduzidas (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

O objetivo da adaptação cultural de instrumentos, por sua vez, é garantir a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual do instrumento original para a língua na qual ele está sendo traduzido. Sendo assim, a equivalência semântica diz respeito à manutenção dos significados das palavras, enquanto a equivalência idiomática está relacionada à adaptação de expressões do instrumento muitas vezes não passíveis de tradução, sendo necessário o uso de expressões equivalentes para a língua-alvo. A equivalência experiencial, por outro lado, diz respeito à adaptação do instrumento à cultura na qual ele será utilizado. Por exemplo, ao avaliar os hábitos alimentares, pode ser comum que pessoas de determinadas regiões não utilizem

talheres tradicionais, mas comam usando as mãos. A equivalência de conceitos deve ser verificada a fim de garantir que o conceito explorado apresente o mesmo significado para a cultura na qual está sendo traduzido (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BAIDA, 1998)

O estágio final do processo de adaptação consiste no pré-teste, no qual o instrumento é aplicado a uma amostra composta por 30 a 40 pessoas para a qual o instrumento é destinado. Cada participante responde ao questionário e é solicitado a responder questões acerca dos significados de cada item e suas respostas. Esse procedimento visa assegurar a retenção da equivalência do instrumento para a situação a que ele se destina (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Por fim, Beaton *et al.* (2000) sugerem que todos os relatórios produzidos nas etapas anteriores sejam apresentados ao autor do instrumento ou a um comitê, para que todo o processo seja avaliado quanto ao seguimento das etapas recomendadas pela literatura.

4.2 Confiabilidade e validade de instrumentos

A confiabilidade e validade de instrumentos são requisitos importantes para garantir resultados confiáveis em pesquisas. Nesse sentido, o instrumento pode ser considerado válido quando mensura de forma acurada o que se pretende medir. Já a confiabilidade diz respeito à precisão dos resultados, ou seja, refere-se à consistência das medidas ao longo do tempo (FITZNER, 2007).

A avaliação da confiabilidade pode ser feita, por exemplo, por meio da verificação da consistência interna, a partir do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*, a partir do Coeficiente de Correlação Intraclasse e do Coeficiente de Correlação Policórica (DEVON *et al.*, 2007; FROST *et al.*, 2007; DRASGOW, 1988).

O alfa de *Cronbach* mede a correlação média entre as respostas de um questionário por meio da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes. Instrumentos confiáveis devem obter valores de alfa iguais ou superiores a 0.70, sendo aceitável valores de alfa ≥ 0.60 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; DEVON *et al.*, 2007).

A confiabilidade teste-reteste pode ser estimada pela aplicação do instrumento a um mesmo grupo de pessoas em diferentes momentos. O objetivo é verificar a

extensão na qual o instrumento mensura de forma estável as características de um instrumento em dois pontos diferentes no tempo. Autores recomendam o intervalo de 15 dias a um mês, uma vez que esse tempo é suficiente para que os participantes não relembrem quais foram as suas respostas, mas também não modifiquem as suas opiniões acerca do assunto pesquisado. A correlação entre os dois escores e entre as questões individuais indica a estabilidade do instrumento, podendo ser determinada por meio do coeficiente de correlação intraclasse (DEVON *et al.*, 2007). Os valores de referência adotados para este coeficiente são: confiabilidade pequena (até 0.25), baixa (0.26-0.49), moderada (0.50-0.69), alta (0.70-0.89) e muito alta (>0.90) (VENTURI *et al.*, 2006).

A capacidade de discriminação dos itens, outra medida para atestar a confiabilidade, pode ser verificada por meio do Coeficiente de Correlação Policórica (DRASGOW, 1988). Este coeficiente mede a correlação do resultado de um item do instrumento com o escore total. De acordo com Soares (2005), são aceitáveis valores acima de 0.30.

No que diz respeito à validade, há diferentes classificações utilizadas pela literatura. Enquanto alguns autores sugerem a existência de três tipos principais de validade (validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto), outros consideram como parte integrante da validade de construto seis subtipos de validade divididos em dois grandes grupos, a saber: validade translacional e validade de critério (FROST *et al.*, 2007; DEVON *et al.*, 2007). A validade translacional é constituída pela validade de face e validade de conteúdo, enquanto a validade de critério é constituída pelas validades discriminante, concorrente, preditiva e convergente (DEVON *et al.*, 2007).

A validade de face é o julgamento subjetivo sobre a capacidade do instrumento de mensurar o construto pretendido (FITZNER, 2007). Ela pode ser verificada por meio da avaliação do instrumento por especialistas ou pessoas leigas, com o objetivo de verificar questões gramaticais, linguísticas, de organização quanto à ordem das questões, clareza e pertinência (DEVON *et al.*, 2007).

Já a validade de conteúdo pode ser definida como a extensão na qual os itens do instrumento representam o construto em análise. Ela pode ser verificada por meio de análises qualitativas e quantitativas. A análise qualitativa envolve a avaliação da representatividade dos itens que compõem o instrumento em relação a todos os atributos do construto, enquanto a análise quantitativa pode ser realizada por meio do

cálculo das porcentagens de aceitação dos juízes ou pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O IVC tem sido utilizado para avaliar aspectos/questões como ambiguidade, clareza, representatividade e compreensão. Além disso, visa direcionar as necessidades de alterações na versão traduzida, para garantir as equivalências semântica, idiomática, cultural e experiencial (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015). Para calcular o IVC, é necessário que os participantes respondam uma escala do tipo *Likert*, com o objetivo de avaliar a necessidade de retradução do instrumento a partir das seguintes opções de resposta, por exemplo: 1) necessidade de retradução completa; 2) necessidade de retradução parcial com muitas alterações; 3) necessidade de retradução parcial com poucas alterações; 4) não há necessidade de retradução. O escore desse índice é obtido por meio da soma das opções de resposta 3 e 4, tendo por razão o total de respostas obtidas durante a avaliação. É importante esclarecer que os valores de referência mínimos adotados para instrumentos previamente construídos e já validados em outras culturas é de 0.78 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Cumpre ressaltar, ainda, que esse valor é adotado quando o número de participantes é superior a seis juízes.

Outra medida de validade utilizada, apenas como análise exploratória inicial, é a porcentagem de concordância entre os juízes, considerando-se como taxa aceitável o valor igual ou maior a 90%. Seu cálculo é realizado pela soma do total de opções de resposta 4 (não há necessidade de retradução), seguido da sua divisão pelo número total de participantes, sendo o resultado posteriormente convertido em porcentagem (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A validade de critério, por sua vez, se refere à extensão na qual os escores do instrumento encontram-se relacionados à uma medida padrão-ouro, que pode ser, por exemplo, um exame ou um instrumento já validado no Brasil que avalie o mesmo construto. No caso dessa validade, o valor da correlação para essas duas medidas deve ser de, no mínimo, 0.70 (TERWEE *et al.*, 2007). Cumpre mencionar que, para o *Diabetes Attitudes Scale*, não há possibilidade de se verificar tal tipo de validade, uma vez que não há medida padrão-ouro ou qualquer outro instrumento validado no Brasil que avalie tal construto.

Outro tipo de validade utilizada para testar o grau no qual os escores obtidos em uma escala são capazes de predizer a performance baseada em um critério a ser verificado no futuro é a validade preditiva (DEVON *et al.*, 2007). Há limitações para

seu uso ao se avaliar a validade preditiva de instrumentos que avaliam atitudes, uma vez que essas são expressões indiretas das crenças que as pessoas possuem. No entanto, é possível identificá-la em estudos de delineamento longitudinal cujo objetivo seja avaliar o impacto de intervenções realizadas para modificar determinadas crenças.

A validade concorrente, por outro lado, pode ser verificada quando um escore de um determinado instrumento ou exame, que avalia o mesmo critério, apresenta correlação positiva com a medida em análise. Já a validade convergente pode ser confirmada quando construtos semelhantes apresentam correlação entre si demonstrando, por sua vez, altos valores para os coeficientes de correlação interitens (DEVON *et al.*, 2007).

Outro atributo de validade a ser verificado é a capacidade de uma medida de diferenciar construtos que sejam teoricamente diferentes, por exemplo ansiedade e depressão. Esse tipo de validade pode ser verificada ao se comparar duas medidas que tem por objetivo mensurar atributos diferentes. Nesse caso, o coeficiente de correlação interitens teria um valor baixo. Outra possibilidade de se verificar a validade convergente e discriminante é comparar os escores de grupos conhecidos (DEVON *et al.*, 2007). Por exemplo, a literatura apresenta que, para outros países, os profissionais médicos possuem atitudes desfavoráveis em relação à autonomia das pessoas que possuem diabetes *Mellitus*, quando comparados aos demais profissionais. Dessa maneira, essa hipótese poderia ser testada na cultura para a qual o *Diabetes Attitudes Scale* está sendo validado, a fim de se confirmar a validade discriminante do instrumento. Outra forma de se verificar a validade discriminante é comparar medidas que seriam teoricamente diferentes dentro de uma mesma população com resultados já conhecidos. Por exemplo, ao se comparar escores de dor e conforto em pessoas que possuem o diagnóstico de dor crônica, espera-se que as pessoas com esse diagnóstico apresentem baixos escores na medida de conforto.

A literatura apresenta ainda outros atributos relacionados à validade (FROST *et al.*, 2007; DEVON *et al.*, 2007; TERWEE *et al.*, 2007), enquanto Pasquali (2013) apresenta um modelo trinitário composto pelas validades de conteúdo, de critério e de construto. No que se refere à validade de construto ou de conceito, esse autor apresenta duas estratégias essenciais para a sua verificação, a saber: a análise fatorial e a análise por hipótese.

A análise fatorial tem como objetivo identificar quantos construtos comuns são necessários para explicar as intercorrelações dos itens. Já a análise por hipótese é verificada essencialmente por meio de técnicas de validação convergente-discriminante, ao se comparar o teste em validação com grupos-critério ou testes já validados na cultura que mensurem o mesmo construto (PASQUALI, 2013).

Por fim, é importante ressaltar que existem limitações relacionadas a cada um dos testes de validade, sendo que o procedimento ideal seria coadunar mais de uma estratégia de validação, a fim de fortalecer e confirmar os atributos de validade de um teste (PASQUALI, 2013).



OBJETIVOS

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Realizar a tradução, adaptação cultural e validação do instrumento *Diabetes Attitudes Scale – third version* (DAS-3) para o português brasileiro.

5.2 Objetivos específicos

- a) Determinar a equivalência semântica, idiomática, conceitual e experiencial do *Diabetes Attitudes Scale – third version*.
- b) Verificar a validade de face e de conteúdo da versão traduzida do *Diabetes Attitudes Scale – third version*.
- c) Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do *Diabetes Attitudes Scale – third version*, verificando a estabilidade temporal e a consistência interna de suas subescalas.



METODOLOGIA

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa originou-se de um projeto maior desenvolvido pelo Núcleo de Gestão, Educação e Avaliação em Saúde, intitulado “Empoder@ Protótipo conceitual e metodológico para avaliação de intervenções orientadas ao autocuidado em diabetes” que se constitui em pesquisas relacionadas à avaliação de intervenções educativas em diabetes e na tradução, adaptação e validação de instrumentos relacionados à temática.

Trata-se de estudo do tipo metodológico, descritivo e exploratório que aborda o processo de tradução, adaptação cultural e validação do *Diabetes Attitudes Scale – third version – DAS-3* (ANEXO A). A tradução do instrumento foi autorizada pelo autor principal (ANEXO B) e segue os procedimentos recomendados internacionalmente (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). As etapas do estudo podem ser visualizadas na FIG. 3.

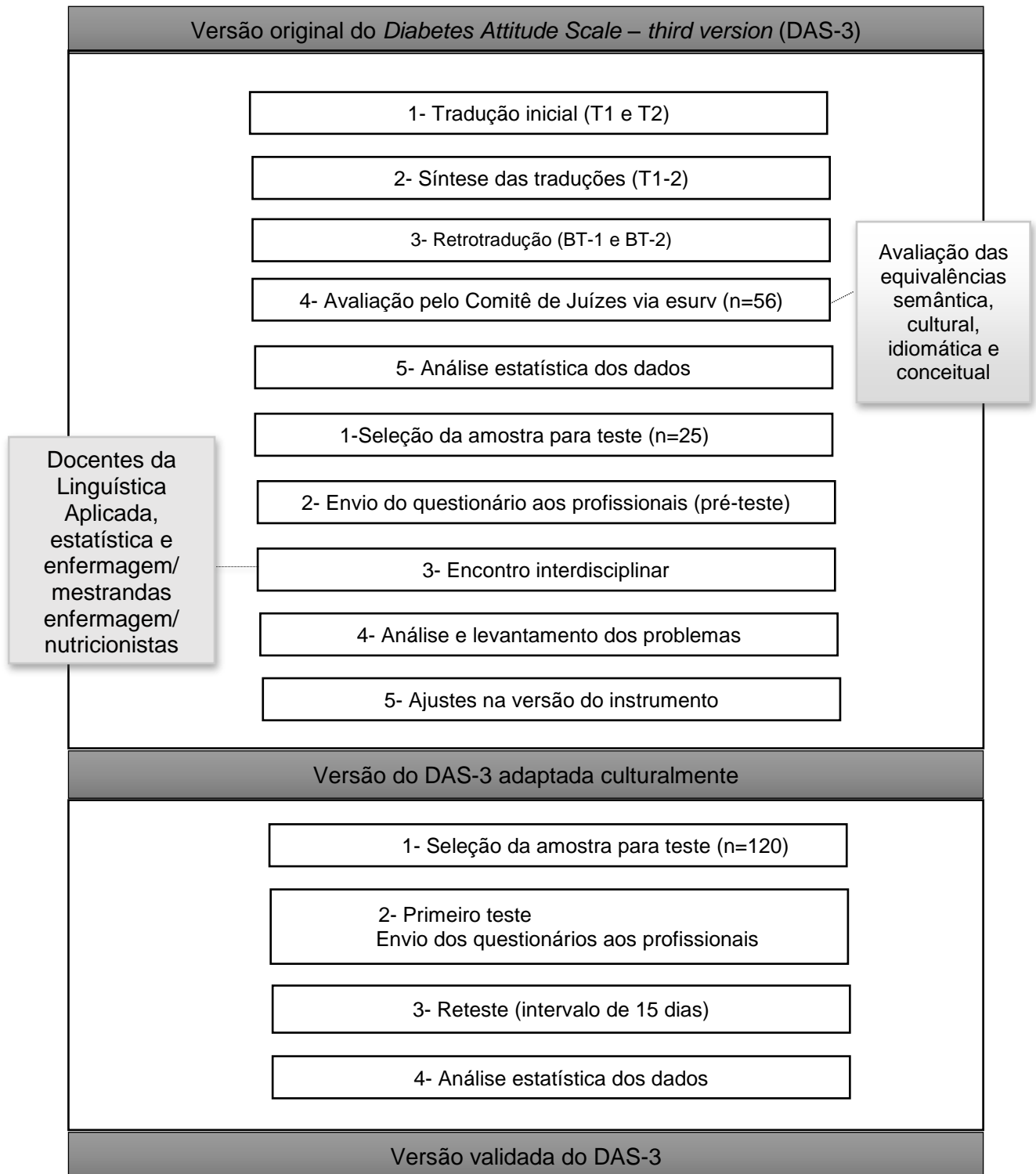


FIGURA 3 - Esquematização do processo de tradução, adaptação e validação do *Diabetes Attitudes Scale - third version (DAS-3)*. Belo Horizonte, 2015

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.2 A escolha do instrumento *Diabetes Attitudes Scale – third version*

Primeiramente, para escolher o instrumento a ser adaptado, foi feito um levantamento sistemático da literatura nas bases de dados Pubmed e Lilacs. Para tanto, foram utilizadas três palavras-chave: "*Health Personnel*", "*Attitude of Health Personnel*" e "*Diabetes Mellitus, Type 2*". Considerando a escassez de literatura sobre a temática, não foi determinado um período de tempo específico, que delimitasse a busca na base de dados. A partir dessa busca, foram encontrados 145 artigos, que foram avaliados por dois pesquisadores de forma independente.

Foram selecionados artigos escritos em inglês, português ou espanhol cuja temática estivesse relacionada às atitudes dos profissionais da área da Saúde em *Diabetes Mellitus* Tipo 2. Os critérios de elegibilidade do instrumento foram: ter sido submetido ao processo de validação conforme as recomendações internacionais, mensurar as atitudes do profissional da área da Saúde em relação ao *Diabetes Mellitus* Tipo 2 e possuir o maior espectro de dimensões associadas ao construto de atitudes em relação ao Diabetes.

Durante o levantamento bibliográfico, foram encontrados cinco instrumentos que avaliam as atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao *Diabetes Mellitus* (KHAN *et al.*, 2011; HAYES; FTZGERALD; JACOBBER, 2008; WOODCOCK *et al.*, 1999; MARTEAU; BAUM, 1984; ANDERSON *et al.*, 1998). Entre os instrumentos encontrados, apenas o *Diabetes Attitudes Scale – third version* atendeu aos critérios estabelecidos para a seleção (ANDERSON *et al.*, 1998). Esse instrumento foi submetido a um processo rigoroso de construção e validação, apresentando propriedades psicométricas adequadas; e avalia de forma ampla o construto das atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao *Diabetes Mellitus* Tipo 2.

Após a escolha do instrumento, verificou-se a equivalência conceitual e de itens a fim de se analisar a pertinência de cada afirmativa para a composição do construto em análise (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BAIDA, 1998). Para tanto, três pesquisadores especialistas em tradução e dois profissionais da área da Saúde, que atuam junto à pessoas que convivem com a condição do *Diabetes Mellitus*, analisaram as pesquisas que utilizaram o instrumento em outros países para avaliar as atitudes desses profissionais. O objetivo foi comparar a aplicabilidade do instrumento em diferentes culturas e avaliar a equivalência dos

conceitos utilizados. Posteriormente, analisou-se cada uma das afirmativas quanto à pertinência do seu uso entre profissionais da área da Saúde no Brasil.

6.3 *Processo de adaptação cultural do Diabetes Attitudes Scale – third version*

6.3.1 *Tradução inicial, síntese das traduções e retrotradução*

A adaptação cultural do instrumento DAS-3 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) e o Laboratório de Bioestatística do Departamento de Estatística (ICEx), ambos dessa mesma instituição.

A tradução do inglês para o português brasileiro foi feita de forma independente por dois tradutores bilíngues, falantes do português brasileiro (T1 e T2) (FIG. 3). Os dois tradutores possuíam perfis diferentes: um deles foi esclarecido quanto aos conceitos que estavam sendo examinados no questionário traduzido, enquanto o outro não foi informado sobre os conceitos que estavam sendo quantificados (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Em seguida, ambos os tradutores e um terceiro tradutor sintetizaram os resultados das traduções tanto do primeiro tradutor (T1) quanto do segundo (T2), criando a versão-consenso ou versão síntese (T1-2) (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

O questionário foi traduzido de volta para o idioma original a partir da versão-consenso (T1-2) e sem que os tradutores tivessem acesso à versão original em inglês. A retrotradução foi feita de forma independente por outros dois tradutores que não tinham conhecimento prévio sobre a intenção do estudo. Dessa forma, foram obtidas mais duas versões (BT1 e BT2) (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Essas versões foram, então, comparadas à versão original do instrumento.

Cumprir mencionar que, durante todo o processo, foram analisados os relatórios produzidos em todas essas etapas, com o objetivo de descrever as decisões tomadas e as alterações realizadas no questionário, visando assegurar que todas as etapas recomendadas foram seguidas (BEATON *et al.*, 2000).

6.3.2 Metodologia de atuação do Comitê de Juízes por meio da plataforma da *web e-Surv*

A seleção dos profissionais que integraram o Comitê de Juízes foi realizada por conveniência a partir do banco de dados do projeto intitulado “Instrumentos de mensuração para as práticas educativas em doenças crônicas: interdisciplinaridade e inovação”. Foram convidados 30 profissionais da área da Saúde e 30 profissionais da área da Linguística Aplicada que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuir experiência no processo de adaptação e validação de instrumentos ou experiência na assistência a pessoas com diabetes *Mellitus*. Além disso, era necessário apresentar domínio da língua inglesa. Escolheu-se um número maior de profissionais para participação do Comitê de Juízes, pois a literatura registra baixa taxa de respostas em pesquisas realizadas por meio eletrônico (HOLMES, 2008).

Após o recebimento da versão-síntese, foi formulado o questionário que seria avaliado pelo Comitê de Juízes e enviado email para convite dos especialistas (APÊNDICE A). O questionário foi cadastrado previamente na plataforma da *web e-Surv* (APÊNDICE B). Essa ferramenta, que permite a criação e o envio de questionários por meio de uma plataforma da *web*, foi escolhida por permitir que, após o preenchimento do questionário *on-line*, o envio das respostas fosse feito automaticamente para um banco de dados, eliminando a etapa de transcrição das respostas.

Para a elaboração do questionário de avaliação da versão traduzida do DAS-3 foram realizados quatro encontros interdisciplinares *on-line*, com o objetivo de aprimorar o formato e o conteúdo do questionário. No entanto, antes do envio do instrumento para o Comitê de Juízes, foi realizado um teste, no qual o *link* para o questionário foi enviado, por meio eletrônico, para dez profissionais da área da Saúde e Linguística Aplicada, escolhidos para avaliar o instrumento. O objetivo foi verificar a funcionalidade da avaliação do instrumento por meio da ferramenta *on-line e-Surv*. A principal sugestão feita pelos profissionais estava relacionada à necessidade de se dividir as afirmativas que seriam avaliadas e distribuí-las nos grupos formados pelos juízes, uma vez que a avaliação de todas as 33 questões demandou um tempo superior a 45 minutos.

Após os ajustes necessários, o questionário foi enviado ao Comitê de Juízes (APÊNDICE A). O questionário foi composto pela versão-síntese e pela versão original

do instrumento (APÊNDICE B). Já as afirmativas foram divididas entre três grupos de juízes da seguinte maneira: afirmativas de 1 a 11; 12 a 23 e 24 a 33 (APÊNDICE B). A divisão das questões foi analisada anteriormente para que não houvesse prejuízo no processo de avaliação à compreensão dos juízes sobre o instrumento.

Sendo assim, o questionário foi organizado na seguinte ordem: apresentação e orientações gerais, instruções do instrumento, opções de resposta, afirmativas do instrumento (na ordem em que se encontram na versão original), levantamento dos dados sociodemográficos e relativos à experiência profissional. Adicionalmente, foi solicitado aos especialistas que avaliassem a pertinência da redução das opções de resposta das afirmativas para três alternativas.

Quanto às características sociodemográficas, foram coletados dados das seguintes variáveis: sexo, formação acadêmica (ensino superior, especialização, mestrado, doutorado), área de formação (enfermagem, nutrição, medicina, linguística, psicologia), área de atuação (ensino, pesquisa, prestação de serviços), nível de conhecimento do inglês (pouco, razoável, bem), participação prévia na avaliação de instrumentos (APÊNDICE B).

Em relação ao enunciado, às opções de resposta e às afirmativas do instrumento, foi solicitado que os juízes emitissem a sua opinião sobre a versão traduzida no que diz respeito à equivalência semântica, idiomática, experiencial/cultural e conceitual. Foi solicitado aos juízes que escrevessem com suas palavras o que entenderam ao ler o texto em inglês. Em seguida, que emitissem um parecer em relação à versão traduzida por meio das seguintes opções de resposta: “requer retradução completa”, “requer retradução parcial com muitas alterações”, “requer retradução parcial com poucas alterações” e “não há necessidade de retradução”. A partir da resposta selecionada, foi reservado um espaço para que eles realizassem sugestões para aprimorar a versão traduzida (APÊNDICE B).

A amostra dos participantes foi homogênea em relação aos critérios de inclusão sendo selecionados de forma aleatória para avaliar cada conjunto das questões. Desta forma, foram constituídos três grupos de 20 profissionais, sendo cada um deles composto por dez profissionais da área da Saúde e dez da área da Linguística Aplicada, para a avaliação de cada parte do instrumento, resultando em uma amostra de 60 profissionais distribuídos em igual proporção. No entanto, obteve-se o retorno de 56 juízes.

No que diz respeito ao processo de avaliação, foi estabelecido o período de sete dias para que os juízes analisassem e comparassem os trechos da versão original do instrumento e da versão traduzida. Os juízes que não responderam ao questionário durante o período estipulado receberam dois *e-mails* de reforço, solicitando novamente o preenchimento do questionário, com o objetivo de aumentar o número de respostas. Todos os juízes receberam certificado de participação (APÊNDICE C).

A partir das respostas obtidas e das análises do Índice de Validade de Conteúdo e da porcentagem de aceitação entre os juízes, foram realizados dois encontros presenciais entre profissionais e pesquisadores de diferentes áreas, a saber: especialistas em Linguística Aplicada, enfermagem, estatística e nutricionistas. O objetivo desses encontros foi discutir e registrar os comentários e as sugestões feitas com base nos dados levantados por meio da avaliação do Comitê de Juízes (APÊNDICE D), para que, então, fosse possível chegar a um consenso sobre a versão adaptada do instrumento.

6.3.3 Pré-teste

Nesta etapa, o instrumento foi enviado por meio eletrônico à profissionais que prestam assistência a pessoas que têm diabetes *Mellitus* (APÊNDICE E) e que não participaram das etapas anteriores. A seleção dos profissionais da área da Saúde que integraram esta etapa foi realizada por conveniência a partir do banco de dados do projeto intitulado “Instrumentos de mensuração para as práticas educativas em doenças crônicas: interdisciplinaridade e inovação”. O *e-mail* enviado aos profissionais apresentou as seguintes informações: apresentação da pesquisa e seus objetivos e o *link* para acesso ao questionário para avaliação. O questionário foi previamente cadastrado em uma plataforma *on-line* denominada *e-Surv* (APÊNDICE F).

Os profissionais foram solicitados a responder as 33 afirmativas do instrumento e a avaliar cada afirmativa quanto à facilidade de entendimento e clareza da informação (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Nessa etapa, foram convidados a participar do estudo 40 profissionais da área da Saúde. No entanto, desses 40 profissionais da área da Saúde (médicos, nutricionistas e enfermeiros), apenas 25 responderam ao questionário, sendo que dois profissionais

não preencheram os dados sociodemográficos e relativos à experiência profissional. Em seguida, foi realizado um encontro interdisciplinar (*on-line*) entre pesquisadores e profissionais da área da Saúde, Linguística Aplicada e Estatística. As discussões realizadas tiveram início a partir das sugestões dos profissionais da área da Saúde que avaliaram o instrumento por meio de um questionário, que visava melhorar a compreensão de cada afirmativa (APÊNDICE G). A cada problema identificado, melhorias foram sugeridas e alterações de cunho semântico, idiomático e cultural realizados, resultando, assim, na versão da Escala de atitudes dos profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus* a ser submetida à validação.

6.4 Validação do instrumento

A validação do questionário teve por objetivo avaliar a consistência interna da Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus* (EAP – DM). A versão final adaptada do questionário foi, então, aplicada a profissionais da área da Saúde em duas ocasiões (teste e reteste), efetuados por meio do instrumento *on-line e-Surv*, com um intervalo de 15 dias entre eles (APÊNDICE H; APÊNDICE I).

Para essa etapa, foram coletadas as características sociodemográficas e aquelas relativas à experiência profissional dos participantes, como: sexo, formação acadêmica (ensino superior, especialização, mestrado, doutorado), área de formação (enfermagem, nutrição, medicina, psicologia, entre outras áreas), nível de atuação (primária, secundária, terciária), setor de atuação (público, privado), região do país onde reside e tempo de experiência profissional (em anos completos) (APÊNDICE I).

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o *software G-Power*. Considerou-se o nível de significância igual a 5%, poder de teste igual a 80%, desvios padrões iguais nas pontuações do teste e do reteste e um coeficiente de correlação igual a 0.30 (valor mínimo a ser detectado na avaliação de consistência). Assim, o tamanho da amostra mínimo requerido foi de 82 profissionais. Ao considerar a taxa de atrito de 20% chegou-se à amostra necessária de 100 profissionais da área da Saúde (FAUL *et al.*, 2007).

Para que se alcançasse o tamanho da amostra, na etapa de teste, o questionário foi enviado a 364 profissionais da área da Saúde. A seleção dos profissionais foi realizada por conveniência a partir do banco de dados do projeto intitulado “Instrumentos de mensuração para as práticas educativas em doenças

crônicas: interdisciplinaridade e inovação”. Além disso, solicitou-se que cada profissional que aceitasse participar do estudo indicasse outros profissionais que pudessem participar também. A cada resposta obtida, os emails dos participantes eram registrados, para que os mesmos fossem contatados na etapa de reteste. Por fim, na etapa de teste e reteste, retornaram o questionário 155 e 120 profissionais da área da Saúde, respectivamente.

Considerando que o DAS-3 é o primeiro instrumento, que avalia as atitudes dos profissionais em relação ao diabetes *Mellitus*, a ser traduzido e validado no Brasil, é importante mencionar que não foi possível verificar as validades convergente, discriminante e de critério desse instrumento. Além disso, uma vez que as atitudes não são passíveis de verificação e observação, também não foi possível atestar a sua validade preditiva (FROST *et al.*, 2007).

6.5 *Análise dos dados*

6.5.1 *Análise descritiva dos dados*

Para caracterizar os participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas e relativas à experiência profissional, foi realizada a análise descritiva dos dados por meio do cálculo de frequências, medianas, médias e desvio padrão. As respostas dos participantes a cada afirmativa do instrumento também foram submetidas à análise de frequência. Para cálculo dos escores obtidos para a pontuação geral e as subescalas foram calculadas médias, medianas, desvio-padrão.

6.5.2 *Análise dos dados na etapa de adaptação cultural*

Todos os dados coletados foram codificados e armazenados anonimamente em um banco criado para esse fim. Toda a análise referente à etapa de adaptação cultural foi realizada no ambiente de programação estatística R.

A partir das respostas obtidas junto ao Comitê de Juízes, foram realizadas análises para verificar a validade de face e de conteúdo, sendo calculadas a porcentagem de aceitação dos juízes e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (ALEXANDRE, COLUCCI, 2011).

O Índice de Validade de Conteúdo é calculado a partir das respostas dos Juízes a uma escala do tipo Likert com quatro opções de resposta, por exemplo: 1) necessidade de retradução completa; 2) necessidade de retradução parcial com muitas alterações; 3) necessidade de retradução parcial com poucas alterações; 4) não há necessidade de retradução. O escore desse índice é obtido por meio da soma das opções de resposta 3 e 4, tendo por razão o total de respostas obtidas durante a avaliação. Os valores de referência mínimos adotados para instrumentos previamente construídos e já validados em outras culturas é de 0.78 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O cálculo da porcentagem de aceitação, por sua vez, foi realizado pela soma do total de opções de resposta 4 (não há necessidade de retradução), seguido da sua divisão pelo número total de participantes, sendo o resultado posteriormente convertido em porcentagem. Adotou-se o nível de aceitação mínimo de 90% para que as modificações fossem aceitas (ALEXANDRE, COLUCCI, 2011).

6.5.3 Análise da confiabilidade dos dados

A pontuação total da EAP-DM e de suas subescalas foi submetida à avaliação da suposição de normalidade de sua distribuição por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. A análise de confiabilidade foi feita por meio do coeficiente alfa de *Chronbach*, que reflete o grau de covariância dos itens entre si (consistência interna). Os valores variam de zero a um, sendo que aqueles acima de 0.7 indicam um alto grau de consistência interna (DEVON *et al.*, 2007).

Além disso, foi verificada por meio da correlação interitens, utilizando-se o coeficiente de correlação policórica (DAWSON, 1988). Por fim, utilizou-se o teste de *Wilcoxon*, para verificar a existência de diferenças entre a pontuação mediana obtida nas duas aplicações (DEVON *et al.*, 2007)

O Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) também foi utilizado como medida de concordância entre a pontuação total obtida em duas aplicações do instrumento. Os valores de referência adotados para esse coeficiente foram: confiabilidade pequena (até 0.25), baixa (0.26-0.49), moderada (0.50-0.69), alta (0.70-0.89) e muito alta (>0.90) (VENTURI *et al.*, 2006). O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

6.6 Questões éticas

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais sob número de aprovação 1.072.984 (ANEXO C). No corpo do email e na primeira página do instrumento, enviado ao Comitê de Juízes e aos profissionais da área da Saúde convidados a participar do estudo, foram prestados esclarecimentos quanto à natureza e objetivos da pesquisa (APÊNDICE A, APÊNDICE E, APÊNDICE F, APÊNDICE H, APÊNDICE I) (BUCHANAN; HVIZDAK, 2009). Esta pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).



RESULTADOS

7 RESULTADOS

7.1 Adaptação cultural do Diabetes Attitudes Scale – third version

No que diz respeito à equivalência conceitual e de itens os especialistas consideraram todos os itens pertinentes e adequados para avaliar o construto de atitudes e para serem utilizados entre profissionais da área da Saúde, no contexto brasileiro.

Dos 60 convites enviados, foram obtidos 56 questionários respondidos via e-Surv, com taxa de resposta de 96.6% e 90.0% nas áreas da Saúde e Linguística Aplicada, respectivamente. Dos 56 questionários respondidos, 29 foram preenchidos por profissionais da área da Saúde (51.8%) e 27 da área de Linguística Aplicada (48.2%).

Os dados demográficos dos juízes e aqueles relativos ao seu conhecimento da língua inglesa são apresentados na TAB. 1. A formação em nível de pós-graduação *Lato sensu* foi registrada em 3.7% dos juízes, sendo que 80.3% dos juízes declararam ter realizado curso de pós-graduação *Stricto Sensu*, reforçando um perfil de formação acadêmica adequada para contribuir com o estudo. A maioria dos juízes (82.1%) declarou compreender bem a língua inglesa. A mesma tendência foi observada quanto à habilidade de leitura de textos na língua inglesa, cujo nível foi declarado bom pela maioria dos juízes (83.9%).

TABELA 1

Caracterização dos profissionais participantes do Comitê de Juízes das áreas da Saúde e Linguística Aplicada. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015.

Perfil dos participantes	N (%)*
Profissionais	
Médicos	7 (12.5)
Enfermeiros	17 (30.4)
Nutricionistas	4 (7.1)
Psicólogos	1 (1.8)
Linguistas	27 (48.2)
Sexo	
Feminino	46 (82.1)
Masculino	10 (17.9)
Formação Acadêmica	
Ensino Superior completo	9 (16.0)
Especialização	2 (3.7)
Mestrado	20 (35.7)
Doutorado	25 (44.6)
Área de atuação	
Ensino e pesquisa	20 (35.7)
Ensino e prestação de serviços	5 (8.9)
Ensino, pesquisa e prestação de serviços	12 (21.4)
Pesquisa e prestação de serviços	7 (12.5)
Ensino ou pesquisa ou prestação de serviços	12 (21.4)
Conhecimento autodeclarado de inglês	
Compreende	
Pouco	0
Razoavelmente	10 (17.9)
Bem	46 (82.1)
Lê	
Pouco	0
Razoavelmente	9 (16.1)
Bem	47 (83.9)
Fala	
Pouco	6 (10.7)
Razoavelmente	20 (35.7)
Bem	30 (53.6)
Participação prévia em Comitê de Juízes	
Sim	35 (62.5)
Não	21 (37.5)
Total	56 (100.0)

*N (%): Frequências absoluta e relativa.

A avaliação da versão original e da versão traduzida foi realizada da seguinte maneira: 18 especialistas avaliaram as questões de 1 a 11; 20 avaliaram as questões de 12 a 23 e 18 avaliaram as questões de 24 a 33. Já as instruções e opções de resposta, por outro lado, foram avaliadas por todos os juízes.

No que diz respeito às respostas às perguntas para avaliação do instrumento traduzido, foram observadas as avaliações atribuídas pelos juízes e as sugestões realizadas, principalmente nos casos em que eles apontaram a necessidade de retradução parcial ou completa. Paralelamente, os valores de IVC e a porcentagem de aceitação entre os juízes permitiram nortear as necessidades de alteração no instrumento. De forma geral, o instrumento apresentou valores altos de IVC, resultando em um IVC médio de 0.94 ± 0.09 . As afirmativas 16 e 27, no entanto, apresentaram os menores valores de IVC, indicando a necessidade de maiores alterações, conforme apontado na TAB. 2.

Em relação à porcentagem de aceitação, apenas os itens 7, 8, 21 e 33 obtiveram valores iguais ou acima de 90%, o que resultou em poucas sugestões por parte dos juízes. Argumenta-se que isso se deu devido à presença de conformidade com a versão original no que diz respeito às equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual.

TABELA 2

Frequências absoluta e relativa das respostas do Comitê de Juízes na avaliação dos itens do instrumento e índice de validade de conteúdo. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015.

Item	Requer retradução completa	Requer retradução parcial com muitas alterações	Requer retradução parcial com poucas alterações	Não requer retradução	IVC*
N (%) [†]					
Instruções	0	5 (8.9)	20 (35.7)	31 (55.4)	0.91
Opções de resposta	1 (1.8)	1 (1.8)	19 (33.9)	35 (62.5)	0.96
1	0	2 (11.1)	9 (50.0)	7 (38.9)	0.89
2	0	0	8 (44.4)	10 (55.6)	1.00
3	0	0	8 (44.4)	10 (55.6)	1.00
4	0	0	3 (16.7)	15 (88.3)	1.00
5	0	0	6 (33.3)	12 (66.7)	1.00
6	0	0	6 (33.3)	12 (66.7)	1.00
7	0	0	1 (5.6)	17 (94.4)	1.00
8	0	0	1 (5.6)	17 (94.4)	1.00
9	0	1 (5.6)	4 (22.2)	13 (72.2)	0.94
10	0	0	9 (50.0)	9 (50.0)	1.00
11	0	0	11 (61.1)	7 (38.9)	1.00
12	0	0	8 (40.0)	12 (60.0)	1.00
13	0	3 (15.0)	5 (25.0)	12 (60.0)	0.85
14	1 (5.0)	1 (5.0)	11 (55.0)	7 (35.0)	0.90
15	0	2 (10.0)	9 (45.0)	9 (45.0)	0.90
16	7 (35.0)	2 (10.0)	4 (20.0)	7 (35.0)	0.55
17	0	0	7 (35.0)	13 (65.0)	1.00
18	1 (5.0)	0	5 (25.0)	14 (70.0)	0.95
19	0	0	7 (35.0)	13 (65.0)	1.00
20	0	1 (5.0)	3 (15.0)	16 (80.0)	0.95
21	0	0	0	20 (100.0)	1.00
22	0	1 (5.0)	4 (20.0)	15 (75.0)	0.95
23	1 (5.0)	3 (15.0)	4 (20.0)	12 (60.0)	0.80
24	0	3 (16.7)	11 (61.1)	4 (22.2)	0.83
25	0	0	3 (16.7)	15 (83.3)	1.00
26	0	0	4 (22.2)	14 (77.8)	1.00
27	1 (5.6)	3 (16.7)	10 (55.6)	4 (22.2)	0.78
28	0	0	7 (38.9)	11 (61.1)	1.00
29	0	2 (11.1)	7 (38.9)	9 (50.0)	0.89
30	0	0	12 (66.7)	6 (33.3)	1.00
31	0	1 (5.6)	9 (50.0)	8 (44.4)	0.94
32	0	0	6 (33.3)	12 (66.7)	1.00
33	0	0	1 (5.6)	17 (94.4)	1.00
IVC médio (DP)				0.94 (0.09)	

*IVC – índice de validade de conteúdo; [†]As frequências relativas somam 100% dentro das linhas e as frequências absolutas correspondem ao número de juízes avaliadores para cada grupo de afirmativas do instrumento, sendo que 18 deles avaliaram as

questões de 1 a 11; 20 juízes avaliaram as questões de 12 a 23 e 18 juízes avaliaram as questões de 24 a 33. Todos os juízes avaliaram as instruções e opções de resposta do instrumento.

Os comentários dos juízes considerados relevantes para a adaptação foram divididos em quatro tópicos com base nos problemas apontados, a saber: escolha de palavra com maior escopo de significado; inserção de informações relativas ao contexto de cultura; escolha de itens lexicais com maior frequência de uso em associações de palavras e explicitação de significados, como apresentado no APÊNDICE D e a seguir:

(1) Escolha de uma palavra com maior escopo de significado: a afirmativa "...*the person with diabetes is the most important member of the diabetes care team.*" apresentou como tradução síntese "...o diabético é a figura principal entre os envolvidos no cuidado à sua doença". Entretanto, o Comitê de Juízes indicou entre outras modificações, que o item lexical "doença" poderia ser alterado para "tratamento", resultando, portanto na versão adaptada "...a pessoa que tem diabetes é o principal responsável entre todos os envolvidos no tratamento." Tal mudança atenta para abrangência do termo "tratamento" em comparação à "doença", uma vez que o primeiro amplia o significado ao abordar todos os aspectos relacionados à convivência da pessoa com a condição do diabetes. Além disso, os juízes ressaltaram a maior proximidade de equivalência semântica e conceitual da palavra "tratamento" à palavra "care" que compõe a versão original do instrumento.

(2) Inserção de informações relativas ao contexto de cultura: a versão original do instrumento contou com as seguintes expressões para denominar a pessoa que tem diabetes: "*people with diabetes*", "*patient*", "*diabetic person*" resultando em tradução destes termos para "usuário", "pessoas com diabetes", "pacientes" e "diabético". Contudo, após a análise das sugestões feitas pelo Comitê, percebeu-se que esse não era o tratamento adequado para designar a pessoa que convive com o diabetes. As justificativas apresentadas pelos especialistas para a adequação do termo estavam ligadas às implicações do uso do termo "diabético", uma vez que pode estigmatizar a pessoa. Outras justificativas apresentadas diziam respeito ao fato de que as associações internacionais de referência para o diabetes já não aceitam a denominação da pessoa que tem diabetes pelo nome desta condição e que o termo

diabético é considerado pejorativo e pressupõe uma inversão de importância, cujo foco passa a ser o diabetes e não a pessoa. Além disso, foi sugerida a uniformização dos termos utilizados ao longo de todo o instrumento. Assim, optou-se por “pessoa que tem diabetes” ao invés de “diabético”, “usuário” ou “paciente”.

(3) Escolha de itens lexicais com maior frequência de uso em associações de palavras: na versão do instrumento que foi avaliada pelo Comitê de Juízes, o verbo que acompanhava o substantivo “insulina” era “tomar” correspondendo à versão original do instrumento “*take insulin*”. No entanto, grande parte dos juízes da área da Saúde apontou que esse verbo não era utilizado com “insulina”, mas sim com “medicação oral” ou “remédio”. Portanto, após a análise dos comentários dos juízes, procurou-se um verbo que tivesse mais frequência de uso em combinação com o substantivo “insulina”, tal como o “aplicar”, já que o profissional da área da Saúde do Brasil usa com maior frequência essa associação para se referir à pessoa que tem diabetes e que precisa fazer o tratamento com insulina.

(4) Explicitação de significados: o item 7 do instrumento avaliado pelo Comitê de Juízes “...*older people with type 2 diabetes do not usually get complications*” foi inicialmente traduzido como “...os idosos com diabetes Tipo 2 geralmente não apresentam complicações da doença”. Porém, depois da verificação das observações levantadas pelos juízes, o verbo lexical “apresentam” surgiu como um ponto de discussão entre os membros que participaram da avaliação da versão do instrumento pós Comitê de Juízes. A sugestão seguida foi a de se utilizar o verbo lexical “desenvolvem”, pois o significado criado por meio dele abrange a evolução de um quadro de complicações de acordo com vários fatores, como controle metabólico, presença de comorbidades, entre outros. A afirmativa foi, então, traduzida como “...geralmente, os idosos com diabetes Tipo 2 não desenvolvem complicações.”

No que diz respeito às opções de resposta, 67% dos participantes consideraram adequada a redução para apenas três alternativas. As justificativas apresentadas foram: facilidade de escolha e entendimento das opções de resposta entre as pessoas que irão responder ao instrumento; ausência de diferença relevante dentro do contexto cultural do Brasil entre as opções “concordo” e “concordo totalmente”, “discordo” e “discordo totalmente”.

7.1.1 Pré-teste

Participaram desta etapa 25 profissionais da área da Saúde, sendo que dois participantes não registraram suas características sociodemográficas e relativas à experiência profissional. Conforme pode ser observado, grande parte dos profissionais era enfermeiro (60.9%), do sexo feminino (91.3%), possuía mestrado (52.2%) e tempo de experiência profissional em torno de 9.9 anos (TAB. 3).

TABELA 3

Caracterização dos profissionais da área da Saúde participantes da etapa de pré-teste. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015 (n=23)*

Perfil dos participantes	N (%)**
Profissionais	
Médicos	2 (8.7)
Enfermeiros	14 (60.9)
Nutricionistas	7 (30.4)
Sexo	
Feminino	21 (91.3)
Masculino	2 (8.7)
Formação Acadêmica	
Ensino Superior completo	3 (13.0)
Mestrado	12 (52.2)
Doutorado	8 (34.8)
Área de atuação	
Ensino e pesquisa	6 (26.0)
Ensino e prestação de serviços	2 (8.7)
Ensino, pesquisa e prestação de serviços	6 (26.0)
Pesquisa e prestação de serviços	2 (8.7)
Ensino ou pesquisa ou prestação de serviços	7 (30.4)
Tempo de experiência com diabetes - Média (DP)	9.9 (6.9)
Total	23 (100.0)

Observação: *2 profissionais não preencheram os dados sociodemográficos e relativos à experiência profissional. **N (%): Frequências absoluta e relativa.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

No que se refere à avaliação dos participantes, grande parte considerou que a EAP-DM apresentou-se clara e de fácil compreensão o que refletiu em poucas sugestões de modificações no instrumento (TAB. 4).

TABELA 4

Frequências absoluta e relativa das respostas dos profissionais da área da Saúde à pergunta “A afirmativa encontra-se clara e de fácil compreensão?”. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015 (n=25)

Afirmativas	Sim	Não
	n (%)	
1	24 (96.0)	1 (4.0)
2	22 (88.0)	3 (12.0)
3	24 (96.0)	1 (4.0)
4	23 (92.0)	2 (8.0)
5	18 (72.0)	7 (28.0)
6	15 (60.0)	10 (40.0)
7	22 (88.0)	3 (12.0)
8	24 (96.0)	1 (4.0)
9	24 (96.0)	1 (4.0)
10	24 (96.0)	1 (4.0)
11	24 (96.0)	1 (4.0)
12	22 (88.0)	3 (12.0)
13	24 (96.0)	1 (4.0)
14	24 (96.0)	1 (4.0)
15	24 (96.0)	1 (4.0)
16	23 (92.0)	2 (8.0)
17	23 (92.0)	2 (8.0)
18	24 (96.0)	1 (4.0)
19	23 (92.0)	2 (8.0)
20	24 (96.0)	1 (4.0)
21	23 (92.0)	2 (8.0)
22	24 (96.0)	1 (4.0)
23	24 (96.0)	1 (4.0)
24	24 (96.0)	1 (4.0)
25	23 (92.0)	2 (8.0)
26	24 (96.0)	1 (4.0)
27	20 (80.0)	5 (20.0)
28	24 (96.0)	1 (4.0)
29	23 (92.0)	2 (8.0)
30	22 (88.0)	3 (12.0)
31	24 (96.0)	1 (4.0)
32	23 (92.0)	2 (8.0)
33	25 (100.0)	0 (0.0)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Após a realização do pré-teste, as sugestões dos profissionais da área da Saúde foram analisadas por uma equipe multidisciplinar sendo constatada a necessidade de se realizar as seguintes alterações no instrumento: (1) inclusão dos profissionais educador físico e psicólogo; (2) substituição da expressão “cuidado diário de si” para “rotina diária do autocuidado”; (3) alterada a palavra “dieta” por “alimentação”. Além disso, os profissionais da área da Saúde consideraram pertinente

incluir, novamente, a alternativa “concordo em parte” nas opções de resposta do instrumento (APÊNDICE G).

Com o intuito de preservar a comparação das pontuações obtidas com o instrumento original e o instrumento traduzido e adaptado no Brasil, optou-se por manter a pontuação das opções de resposta com o intervalo entre 1 e 5 pontos. Desta maneira, às afirmativas com pontuação na ordem direta, foram atribuídas os seguintes pontos: discordo (1 ponto), não tenho opinião (3 pontos), concordo em parte (4 pontos), concordo (5 pontos). Já para as afirmativas que apresentam pontuação reversa (2, 3, 7, 11, 13, 15, 16, 23, 26 e 28), os pontos foram distribuídos da seguinte forma: concordo (1 ponto), concordo em parte (2 pontos), não tenho opinião (3 pontos) e discordo (5 pontos). É importante ressaltar que a opção “não tenho opinião” é pontuada igualmente na ordem direta e reversa.

Após estas etapas, obteve-se a versão adaptada da Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus* (EAP-DM) conforme pode ser visualizado no QUADRO 2.

QUADRO 2

Descrição dos itens da versão original do instrumento *Diabetes Attitudes Scale – third version* e da versão brasileira da Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes Mellitus. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015

(Continua)

Versão original	Versão adaptada
<p>Título <i>Diabetes Attitudes Scale – third version</i></p>	<p>Título Escala de atitudes dos profissionais em relação ao Diabetes Mellitus (EAP-DM)</p>
<p>Instruções <i>Below are some statements about diabetes. Each numbered statement finishes the sentence “In general, I believe that...” You may believe that a statement is true for one person but not for another person or may be true one time but not be true another time. Place a check mark in the box below the word or phrase that is closest to your opinion about each statement. Note: The term “health care professionals” in this survey refers to doctors, nurses, and dietitians.</i></p>	<p>Instruções As afirmativas a seguir, referem-se ao diabetes e complementam a frase “Em geral, eu acredito que...” Ao ler cada uma das afirmativas, MARQUE a resposta que, na sua opinião, seja verdadeira para a maioria das situações ou que se aplique para a maioria das pessoas. Observação: Nesta pesquisa, o termo “profissionais da saúde” refere-se a médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos e educador físico.</p>
<p>Opções de resposta <i>Mark the answer that you believe is true most of the time or is true for most people.</i> () Strongly Agree () Agree () Neutral () Disagree () Strongly Disagree</p>	<p>Opções de resposta Marque a opção que mais representa sua opinião sobre cada afirmativa. Concordo Concordo em parte Não tenho opinião Discordo</p>
<p><i>1...health care professionals who treat people with diabetes should be trained to communicate well with their patients.</i></p>	<p>1...os profissionais da saúde deveriam ser capacitados para ter uma boa comunicação com as pessoas que têm diabetes.</p>
<p><i>2...people who do not need to take insulin to treat their diabetes have a pretty mild disease.</i></p>	<p>2...as pessoas que não precisam aplicar insulina têm uma forma menos grave do diabetes.</p>
<p><i>3...there is not much use in trying to have good blood sugar control because the complications of diabetes will happen anyway.</i></p>	<p>3...não é tão necessário controlar a glicemia, porque as complicações que acontecem por causa do diabetes ocorrerão de qualquer maneira.</p>
<p><i>4...diabetes affects almost every part of a diabetic person’s life.</i></p>	<p>4...o diabetes afeta praticamente todos os aspectos da vida de quem tem esta condição.</p>
<p><i>5...the important decisions regarding daily diabetes care should be made by the person with diabetes.</i></p>	<p>5...as decisões importantes relativas ao autocuidado diário devem ser tomadas pela própria pessoa que tem o diabetes.</p>
<p><i>6...health care professionals should be taught how daily diabetes care affects patients’ lives.</i></p>	<p>6...os profissionais da saúde devem ser instruídos sobre como a rotina diária do autocuidado afeta a vida da pessoa que tem diabetes.</p>
<p><i>7...older people with type 2 diabetes do not usually get complications.</i></p>	<p>7...os idosos com diabetes tipo 2 não desenvolvem complicações relacionadas à esta condição crônica.</p>

(Continua)

Versão original	Versão adaptada
8... <i>keeping the blood sugar close to normal can help to prevent the complications of diabetes.</i>	8...manter a glicemia próxima do normal ajuda a prevenir complicações causadas pelo diabetes.
9... <i>health care professionals should help patients make informed choices about their care plans.</i>	9...os profissionais da saúde devem ajudar as pessoas que têm diabetes a tomarem decisões conscientes sobre o seu plano de cuidados.
10... <i>it is important for the nurses and dietitians who teach people with diabetes to learn counseling skills.</i>	10...é importante que os profissionais da saúde que ensinam pessoas que têm diabetes aprendam estratégias de aconselhamento.
11... <i>people whose diabetes is treated by just a diet do not have to worry about getting many long-term complications.</i>	11...as pessoas que controlam o diabetes apenas com a alimentação não precisam se preocupar com complicações a longo prazo.
12... <i>almost everyone with diabetes should do whatever it takes to keep their blood sugar close to normal.</i>	12...todas as pessoas que têm diabetes devem fazer o máximo possível para manter a glicemia próxima do normal.
13... <i>the emotional effects of diabetes are pretty small.</i>	13...os efeitos emocionais ocasionados pelo diabetes são poucos.
14... <i>people with diabetes should have the final say in setting their blood glucose goals.</i>	14...as pessoas que têm diabetes devem ser as responsáveis pela decisão de suas metas glicêmicas.
15... <i>blood sugar testing is not needed for people with type 2 diabetes.</i>	15...pessoas que têm diabetes do tipo 2 não precisam fazer medições de glicemia.
16... <i>low blood sugar reactions make tight control too risky for most people.</i>	16...para a maioria das pessoas, o controle rigoroso da glicemia pode ser muito arriscado devido ao perigo de elas não reconhecerem os sinais e sintomas de hipoglicemia.
17... <i>health care professionals should learn how to set goals with patients, not just tell them what to do.</i>	17...os profissionais da saúde devem aprender a definir as metas de comum acordo com as pessoas que têm diabetes e não apenas dizer a elas o que fazer.
18... <i>diabetes is hard because you never get a break from it.</i>	18...ter diabetes é difícil, porque a pessoa nunca pode parar de se cuidar.
19. ... <i>the person with diabetes is the most important member of the diabetes care team.</i>	19...a pessoa que tem diabetes é o principal membro entre todos os envolvidos no plano de cuidados.
20. ... <i>to do a good job, diabetes educators should learn a lot about being teachers.</i>	20...para serem bem-sucedidos, os profissionais da saúde envolvidos com educação em diabetes devem aprender boas práticas de ensino.

(Conclusão)

Versão original	Versão adaptada
21. ... <i>type 2 diabetes is a very serious disease.</i>	21...o diabetes tipo 2 é uma condição crônica muito grave.
22. ... <i>having diabetes changes a person's outlook on life.</i>	22...o modo como a pessoa enxerga a vida muda quando ela tem diabetes.
23. ... <i>people who have type 2 diabetes will probably not get much payoff from tight control of their blood sugar.</i>	23...as pessoas com diabetes tipo 2 provavelmente não terão benefícios com o controle rigoroso da glicemia.
24. ... <i>people with diabetes should learn a lot about the disease so that they can be in charge of their own diabetes care.</i>	24...as pessoas que têm diabetes devem aprender muito sobre esta condição para se tornarem responsáveis pelo seu plano de cuidados.
25. ... <i>type 2 is as serious as type 1 diabetes.</i>	25...o diabetes tipo 2 é tão grave quanto o diabetes tipo 1.
26. ... <i>tight control is too much work.</i>	26...o controle rigoroso do diabetes dá muito trabalho.
27. ... <i>what the patient does has more effect on the outcome of diabetes care than anything a health professional does.</i>	27...o que a pessoa que tem diabetes faz para cuidar de si possui mais impacto do que as ações dos profissionais da saúde.
28. ... <i>tight control of blood sugar makes sense only for people with type 1 diabetes.</i>	28...o controle rigoroso da glicemia só é importante para as pessoas que têm diabetes tipo 1.
29... <i>it is frustrating for people with diabetes to take care of their disease.</i>	29...ter que cuidar de si é frustrante para as pessoas que têm diabetes.
30... <i>people with diabetes have a right to decide how hard they will work to control their blood sugar.</i>	30...as pessoas que têm diabetes podem decidir o quanto que elas estão dispostas a se esforçar para controlar a glicemia.
31... <i>people who take diabetes pills should be as concerned about their blood sugar as people who take insulin.</i>	31...as pessoas que tomam medicamentos orais para controlar o diabetes devem se preocupar com a glicemia tanto quanto as que aplicam insulina.
32... <i>people with diabetes have the right not to take good care of their diabetes.</i>	32...é direito das pessoas que têm diabetes não querer cuidar de sua condição crônica.
33... <i>support from family and friends is important in dealing with diabetes.</i>	33...é importante ter o apoio da família e dos amigos para lidar com o diabetes.

7.2 Validação do Diabetes Attitudes Scale – third version para a língua portuguesa do Brasil

Para análise da confiabilidade no teste e reteste foi possível contar com a participação de 155 e 120 profissionais da área da Saúde, respectivamente. A grande maioria dos profissionais que participou das duas etapas (n=120) era do sexo feminino (85.8%), com formação em nível de mestrado (34.2%) e atuação em serviço público (57.5%). Em relação à região do país, grande parte dos profissionais estão alocados na região Sudeste (69.2%). O tempo de experiência profissional junto à pessoas que têm diabetes variou de 1 a 45 anos, obtendo-se uma mediana de 8 anos conforme pode ser observado na TAB. 5.

TABELA 5

Caracterização dos profissionais que participaram da etapa de validação da EAP-DM. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016. (n=120)

Perfil dos participantes		n (%)[*]
Sexo	Feminino	103 (85.8)
	Masculino	17 (14.2)
Área de formação	Enfermagem	64 (53.3)
	Medicina	35 (29.2)
	Nutrição	12 (10.0)
	Fisioterapia	4 (3.3)
	Educação Física	3 (2.5)
	Farmácia	1 (0.83)
	Psicologia	1 (0.83)
Nível de atuação	Primária	40 (33.3)
	Secundária	18 (15.0)
	Terciária	15 (12.5)
	Primária e Secundária	14 (11.7)
	Primária e Terciária	9 (7.5)
	Secundária e Terciária	15 (12.5)
	Primária, Secundária e Terciária	9 (7.5)
Grau de formação	Mestrado	41 (34.2)
	Doutorado	33 (27.5)
	Especialização	32 (26.7)
	Graduação	14 (11.7)
Setor de atuação	Público	69 (57.5)
	Privado	10 (8.3)
	Público e privado	41 (34.2)
Região do país	Sudeste	83 (69.2)
	Centroeste	15 (12.5)
	Sul	12 (10.0)
	Nordeste	10 (8.3)
Anos de experiência – Mediana (mín-máx)		8.0 (1.0-45.0)

* n (%): Frequências absoluta e relativa

Foram obtidas as seguintes medianas para as subescalas no teste e reteste, respectivamente: importância da atualização profissional (5.0 e 5.0); gravidade do diabetes *Mellitus* Tipo 2 (4.4 e 4.6); importância do controle rígido da glicose (4.4 e 4.3); impacto psicossocial do diabetes (4.2 e 4.3); importância da autonomia da pessoa que tem diabetes (4.4 e 4.5) (TAB. 6).

TABELA 6
Escores obtidos para a Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus* considerando os momentos teste-reteste. Belo Horizonte, MG, Brasil (n=120)

Subescala	Teste		Reteste		p-valor*
	Mediana	Mín-Máx	Mediana	Mín-Máx	
Importância da atualização profissional	5.0	3.8-5.0	5.0	3.8-5.0	0.355
Gravidade do diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2	4.4	2.2-5.0	4.6	2.7-5.0	0.081
Importância do controle rígido da glicose	4.4	3.2-5.0	4.3	3.0-5.0	0.418
Impacto psicossocial do diabetes	4.2	2.3-5.0	4.3	2.8-5.0	0.000
Importância da autonomia da pessoa que tem diabetes	4.4	2.8-5.0	4.5	3.0-5.0	0.001
Escore geral	4.4	3.5-4.8	4.4	3.9-4.8	0.003

Observação: * Teste de *Wilcoxon* pareado.

Ao se comparar as pontuações dos momentos do teste e reteste, essas foram consideradas com diferença estatística significativa para as subescalas “impacto psicossocial do diabetes” (p-valor<0.000), “importância da autonomia da pessoa que tem diabetes nas escolhas do tratamento” (p-valor=0.001) e para o escore geral (p-valor=0.003) conforme pode ser verificado na TAB. 6. Destaca-se que as diferenças encontradas podem ser consideradas pequenas, uma vez que a maior diferença (0.48 pontos) representa apenas 12% da amplitude da escala de medida (4 pontos).

No entanto, ao se reduzir as respostas para três opções (“discordo”, “não tenho opinião” e “concordo”), a diferença entre as pontuações medianas foi considerada estatisticamente significativa apenas para a subescala “impacto psicossocial relacionado ao diabetes” (p-valor=0.000) e para o escore geral (p-valor=0.038), com diferença entre as medianas amostrais igual a 0.04 e 0.14 pontos, respectivamente.

O valor global do alfa de *Cronbach* para a Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus* foi 0.60, indicando consistência interna aceitável. Observa-se que a retirada do conjunto de itens das subescalas leva a uma piora na consistência interna, o que indica a importância das subescalas para o instrumento conforme pode ser observado na TAB. 7.

Ainda, na TAB. 7, é possível verificar a presença de correlação de moderada a alta entre os itens. No que se refere à correlação alta e negativa encontrada para o item 6, esta pode ser explicada devido ao fato de a variabilidade das respostas a esse item no segundo momento (reteste) ter sido muito pequena, o que, aliado à grande concentração de respostas em uma única categoria de resposta (“concordo”), impediu o coeficiente de correlação de captar a grande concordância existente entre as respostas a esse item nos dois momentos (97.5%) (APÊNDICE J).

TABELA 7

Correlação entre as respostas aos itens, entre as pontuações na subescala e escore total no teste e no reteste e Coeficiente alfa de *Cronbach* (α) para Escala de Avaliação das Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus* (EAP-DM). Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016. (n=120)

Subescala e itens	Coeficiente de Correlação Policórica - teste e reteste	Alfa de <i>Cronbach</i> se o item/subescala for retirado (alfas de ausência)	Percentual de concordância entre as respostas no teste e reteste
Necessidade de atualização profissional	0.987	0.58	
Questão 1	0.813	0.59	97.5%
Questão 6	- 0.894	0.60	97.5%
Questão 10	0.768	0.60	95.0%
Questão 17	0.731	0.59	87.5%
Questão 20	0.778	0.59	94.2%
Gravidade do diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2	0.919	0.58	
Questão 2	0.811	0.61	72.5%
Questão 7	0.708	0.60	91.2%
Questão 11	0.593	0.61	91.6%
Questão 15	0.517	0.60	89.2%
Questão 21	0.682	0.56	67.5%
Questão 25	0.686	0.60	74.2%
Questão 31	0.678	0.60	83.3%
Importância do controle rígido da glicose	0.900	0.56	
Questão 3 [†]	---	0.60	99.2%
Questão 8	0.623	0.60	88.3%
Questão 12	0.763	0.60	78.3%
Questão 16	0.679	0.61	69.2%
Questão 23	0.674	0.60	94.2%
Questão 26	0.800	0.56	74.2%
Questão 28	0.631	0.60	91.6%
Impacto psicossocial do diabetes	0.912	0.56	
Questão 4	0.794	0.56	82.0%
Questão 13	0.466	0.60	92.5%
Questão 18	0.692	0.57	70.0%
Questão 22	0.618	0.58	56.6%
Questão 29	0.521	0.59	65.8%
Questão 33 [†]	---	0.60	99.2%
Importância da autonomia	0.891	0.56	
Questão 5	0.642	0.59	69.2%
Questão 9	0.587	0.60	95.8%
Questão 14	0.659	0.58	61.6%
Questão 19	0.565	0.60	75.8%
Questão 24	0.574	0.60	82.5%
Questão 27	0.443	0.60	70.0%
Questão 30	0.653	0.57	66.6%
Questão 32	0.752	0.59	65.8%
Escore geral	0.860	0.60*	

Observação: *Alfa geral; [†]As respostas à questão não apresentaram variabilidade em pelo menos um dos momentos, não sendo possível o cálculo do coeficiente de correlação.

A análise da confiabilidade do instrumento foi apoiada pelo cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse, que indicou concordância moderada em todas as subescalas e na escala geral conforme pode ser observado na TAB. 8.

TABELA 8

Coeficiente de correlação intra-classe para a escala geral e suas subescalas. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016 (n=120)

Escore geral e subescalas	Coeficiente de correlação intra-classe (IC95%)
Necessidade de atualização profissional	0.54 (0.40-0.66)
Gravidade do diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2	0.67 (0.56-0.76)
Importância do controle rígido da glicose	0.58 (0.45-0.69)
Impacto psicossocial do diabetes	0.68 (0.57-0.76)
Importância da autonomia	0.67 (0.56-0.76)
Escore geral	0.65 (0.54-0.75)



DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

8.1 Adaptação cultural do *Diabetes Attitudes Scale – third version*

A opção por adaptar culturalmente um instrumento deve-se às diversas vantagens já apontadas pela literatura como a economia de tempo e a possibilidade de comparação dos resultados com estudos realizados em diversos países (SCHULER *et al.*, 2013).

Os estudos que traduziram e adaptaram o *Diabetes Attitudes Scale – third version* utilizaram metodologia semelhante à apresentada na presente pesquisa porém, diferindo na composição dos especialistas que integraram o Comitê de Juízes (LOU *et al.*, 2014; BANI-ISSA; ELDEIRAWI; TAWIL, 2015). Apesar das diferenças metodológicas relacionadas à atuação do Comitê de Juízes, o *Diabetes Attitudes Scale – third version* mostrou-se um instrumento válido, confiável e de fácil entendimento para uso entre profissionais em diferentes países (LOU *et al.*, 2014; BANI-ISSA; ELDEIRAWI; TAWIL, 2015; KUMAR; GUPTA; KUMAR, 2014; SHARP; LIPSKY, 2002; ANGUERA *et al.*, 2002).

A versão traduzida do *Diabetes Attitudes Scale - third version* mostrou boa aceitação entre os Juízes, o que facilitou a análise dos dados pelo grupo de autores do estudo, de forma a se priorizar as categorias que precisavam de alterações nos termos e expressões a partir dos comentários daqueles. A estratégia de se usar um Comitê de Juízes interdisciplinar favoreceu a identificação e correção de problemas na versão traduzida e garantiu a equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural do instrumento adaptado, valorizando a importância deste Comitê (EPSTEIN *et al.*, 2015). Neste sentido, a literatura recomenda que o Comitê de Juízes seja composto por uma equipe multidisciplinar, especialistas no tema que o instrumento aborda, a saber: metodólogos, bacharéis em Linguística Aplicada, profissionais da área da Saúde e os tradutores do instrumento (EPSTEIN *et al.*, 2015; DAVIS; 1992).

Desta maneira, este estudo apresenta recursos metodológicos inovadores para a adaptação e validação de conteúdo de instrumentos na área da Saúde, com a composição interdisciplinar do Comitê de Juízes; e a consulta por meio de questionário *on-line*, possibilitando acesso mais amplo e maior sistematicidade na obtenção e tratamento de dados. Conforme já demonstrado na literatura, o uso de plataformas *on-line* para avaliação do instrumento possibilitou a redução de custos e

rapidez na obtenção de respostas (STARR, 2012; MCPEAKE; BATESON; O'NEIL, 2014). Além disso, a sensação de anonimato contribuiu para a qualidade das sugestões obtidas quando da avaliação pelos juízes.

Os juízes e pesquisadores consideraram o instrumento relevante para avaliar as atitudes dos profissionais da área da Saúde no contexto brasileiro. As justificativas apresentadas estiveram relacionadas à ausência de instrumentos semelhantes no Brasil e à importância de conhecer as atitudes destes profissionais na interação com as pessoas que convivem com o diabetes, uma vez que as atitudes influenciam os comportamentos de ambos.

As alterações nos itens da versão traduzida foram guiadas por meio das sugestões dos especialistas (juízes) e consideradas a partir dos princípios que reafirmam a importância da autonomia das pessoas que têm diabetes no processo de decisão para constituir seu plano de cuidados (PETERS, 2012; FUNNELL; ANDERSON; PIATT, 2014). Desta maneira, as principais modificações nos itens da versão traduzida estiveram relacionadas à mudança do termo utilizado para denominar as pessoas que têm diabetes, à utilização do termo “condição” ao considerar o diabetes, à ampliação de significados ao conceber que as pessoas cuidam de si e não desta condição. Destaca-se também a redução das opções de resposta que foi considerada relevante por grande parte dos juízes (PETERS, 2012).

O termo “diabético” encontra-se em desuso devido aos princípios atuais que consideram a importância da autonomia das pessoas que convivem com a condição do diabetes no processo das escolhas em seu plano de cuidados. Esse termo, utilizado como substantivo, rotula as pessoas que têm diabetes a partir de uma perspectiva negativa e, além disso, traz a concepção de que todas as pessoas que convivem com essa condição são iguais, resultando no estabelecimento de condutas padronizadas que não consideram a história de vida e as necessidades individuais destas pessoas. Argumenta-se que as implicações do uso desse termo se refletem nas práticas profissionais, pouco contribuindo para que as pessoas que têm diabetes consigam atingir bons resultados em seu tratamento (PETERS, 2012).

Os especialistas, em sua maioria, julgaram ser pertinente a redução das opções de resposta com vistas a adaptar o instrumento à realidade brasileira, uma vez que, para a língua portuguesa, não existem diferenças quanto aos aspectos semânticos entre concordar/discordar e concordar/discordar totalmente. As justificativas dos Juízes para a redução das opções de resposta foram ao encontro das discussões

apresentadas na literatura internacional, que demonstra a existência de diferenças nos padrões de resposta para escalas do tipo *Likert* entre pessoas com escolaridade e cultura distintas (MOTTUS *et al.*, 2012; HEINE *et al.*, 2002; LEE *et al.*, 2002).

Antes de iniciar os procedimentos para verificar a consistência interna e a estabilidade temporal da EAP-DM, realizou-se o pré-teste com objetivo de assegurar a melhor compreensão de suas afirmativas. Com base na realização do pré-teste, foi possível verificar palavras e expressões que poderiam gerar confusão e interferir nos resultados (COLLINS, 2003; ROSAL; CARBONE; GOINS, 2003). A avaliação das sugestões realizadas pelos profissionais por meio do encontro interdisciplinar contribuiu para melhorar a clareza e facilitar a compreensão, buscando aproximá-lo ao máximo à realidade dos profissionais da área da Saúde no contexto brasileiro.

8.2 Validação da Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes Mellitus (EAP-DM)

A EAP-DM é utilizada para avaliar as atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes, sendo o instrumento mais completo disponível na literatura e validado em outros idiomas (LOU *et al.*, 2014; SHARP; LIPSKY, 2002; ANGUERA *et al.*, 2002; RAMADA-RODILLA, 2013).

Para um instrumento ser considerado válido deve apresentar as seguintes características: ser confiável e capaz de medir sem erro, ser capaz de identificar mudanças ou diferenças entre indivíduos e em um mesmo indivíduo ao longo do tempo, ser sensível e viável para uso, ser adequado para mensurar o construto a que se pretende medir (PASQUALI, 2013). No que diz respeito aos dois últimos aspectos, o instrumento demonstrou-se viável para aplicação, tendo boa aceitação entre os profissionais da área da Saúde, e adequado para mensurar o construto de atitudes em relação ao diabetes (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998).

Em relação ao alfa obtido para a escala geral observa-se variação entre todos os estudos, o que é justificável uma vez que o instrumento é aplicado em populações com diferentes características (PASQUALI, 2013). Apesar disso, as versões traduzidas e validadas em outros países, como no Brasil, mantiveram a consistência interna adequada (ANGUERA *et al.*, 2002; GAGLIARDINO; GONZÁLEZ; CAPORATE, 2007).

Os dados referentes à consistência interna e a confiabilidade determinaram a homogeneidade e estabilidade do instrumento, demonstrando que múltiplas aplicações poderão gerar resultados similares e precisos (PASQUALI, 2013). Com relação ao tamanho da amostra, este mostrou-se adequado para realizar o estudo o que foi conseguido por meio de estratégias que visaram aumentar a taxa de resposta, como o envio de lembretes por *e-mail* e a abordagem personalizada no contato com os profissionais participantes.

A pontuação mediana do reteste pode ser considerada igual à pontuação mediana do teste para a maioria das subescalas, indicando que não houve mudanças estatisticamente significativas nas atitudes dos profissionais entre o teste e o reteste. Destaca-se que as diferenças nas medianas encontradas para a pontuação geral e para a subescala “impacto psicossocial do diabetes” apesar de serem significativas, podem ser consideradas pequenas. Ainda, foi possível observar que os valores obtidos para cada subescala apresentaram-se semelhantes aos resultados encontrados para o instrumento validado na Espanha (ANGUERA *et al.*, 2002).

Na análise da confiabilidade por meio da estabilidade, obteve-se ICC de 0.65 para a escala como um todo, o que demonstra a estabilidade temporal do instrumento. Ainda, é importante mencionar que estes valores foram semelhantes aos encontrados no processo de validação da versão espanhola desta escala (ANGUERA *et al.*, 2002).

Foram encontrados na literatura diferentes instrumentos que avaliam as atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes, todavia, o *Diabetes Attitudes Scale – third version* destaca-se por avaliar um maior número de dimensões enquanto os outros instrumentos visam avaliar aspectos muito específicos do cuidado em diabetes (MARTEAU; BAUM, 1984; WOODCOCK *et al.*, 1999; HAYES; FITZGERALD; JACOBBER, 2008; LATEEF *et al.*, 2011). Ainda, destaca-se que este instrumento é utilizado em grande número de países como Canadá, Estados Unidos, Espanha, Emirados Árabes, Austrália, Argentina, México, Estados Unidos, Reino Unido, China, Índia, Espanha e Iêmen demonstrando boa aceitação entre os profissionais da área da Saúde (GAGLIARDINO *et al.*, 2007; BANI-ISSA; ELDEIRAWI; TAWIL, 2015; BABELGAITH; ALFADLY; BAIDI, 2013; CLARK; HAMPSON, 2003; EGEDE; MICHEL, 2002; SALINAS-MARTÍNEZ *et al.*, 2004; CHEN *et al.*, 2004; SCHAPANSKY; JONHSON, 2000; SHUTE; KING; LEHMANN, 1997; ANGUERA *et al.*, 2002; KUMAR *et al.*, 2014; ANDERSON *et al.*, 1998).

Por fim, o processo de validação aqui apresentado possibilitou constatar a viabilidade do uso da ferramenta da *web e-Surv*, que se revelou uma metodologia confiável e segura. O uso desta ferramenta permitiu alcançar a participação de profissionais da área da Saúde de diferentes regiões de Minas Gerais e do país e, na etapa de pré-teste, ofereceu a cada profissional a possibilidade de expressar determinadas opiniões em relação ao instrumento que não faria pessoalmente (STARR, 2012; MCPEAKE; BATESON; O'NEIL, 2014). O *e-Surv* permitiu também eliminar a etapa de digitação dos dados, eliminando então, vieses relacionados à esta etapa e encurtando o tempo da pesquisa.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que diz respeito à Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus* (EAP-DM), versão traduzida do inglês e adaptada culturalmente no Brasil do instrumento *Diabetes Attitudes Scale – third version*, este estudo realizou:

- Verificação da equivalência conceitual e de itens;
- Identificação das equivalências semântica, idiomática e experiencial;
- Validação de face e de conteúdo;
- Análise da confiabilidade do instrumento.

A análise da equivalência conceitual e de itens permitiu comparar a aplicabilidade do instrumento em diferentes culturas e avaliar a equivalência dos conceitos utilizados. Para tanto, essa análise foi norteada pelo conceito de atitudes proposto pela Teoria da Ação Planejada e pela avaliação dos estudos que utilizaram o instrumento DAS-3 em outros países. Paralelamente, cada item foi avaliado quanto à sua pertinência e aplicabilidade entre profissionais da área da Saúde no Brasil.

A validade de face e de conteúdo, por sua vez, foi obtida por meio da avaliação, da versão traduzida, por uma equipe interdisciplinar, o que favoreceu a identificação e correção de problemas nesta versão para obter o instrumento adaptado. Nessa etapa, foi possível identificar uma boa aceitação por parte dos juízes em relação ao instrumento, que recebeu valores de IVC acima de 0.78 para a maior parte de suas afirmativas. É importante destacar, ainda, a riqueza das sugestões obtidas durante a avaliação do instrumento, o que contribuiu para a obtenção de um instrumento equivalente à versão original.

Já o uso de um questionário *on-line* mostrou-se útil e vantajoso, pois permitiu amplo acesso de profissionais de diferentes regiões do país ao instrumento, maior sistematicidade na obtenção e tratamento dos dados, redução de custos e rapidez na obtenção das respostas. Além disso, a sensação de anonimato contribuiu para a qualidade das sugestões feitas pelos especialistas durante a sua avaliação. Destaca-se, ainda, que apesar de a literatura registrar baixas taxas de resposta em pesquisas *on-line*, o envio de emails personalizados aos profissionais a cada sete dias contribuiu para o alcance do número de participantes necessários para a realização da pesquisa.

Durante a etapa de pré-teste, os profissionais realizaram poucas sugestões de mudança de expressões no instrumento, confirmando a facilidade de compreensão e entendimento das afirmativas, bem como a aceitação da escala por esses profissionais.

Cumpram-se ressaltar que tanto a presença de profissionais da área da Linguística quanto as reuniões interdisciplinares entre profissionais e pesquisadores para analisar as sugestões dos juízes e dos profissionais da área da Saúde, durante a etapa de pré-teste, constituíram-se um diferencial para o alcance das equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural do instrumento.

Na última etapa do estudo, verificou-se a confiabilidade do instrumento. A EAP-DM demonstrou consistência interna aceitável, indicando a importância de cada um dos itens para a composição dessa escala. A confiabilidade do instrumento também pôde ser confirmada pelo coeficiente de correlação policórica e pelo coeficiente de correlação intra-classe. Além disso, foi possível verificar uma alta porcentagem de concordância entre as respostas no teste-reteste, permitindo concluir que esse instrumento é confiável para mensurar as atitudes dos profissionais da área da Saúde.

Argumenta-se, ainda, que os resultados das propriedades psicométricas identificados neste estudo são similares aos resultados encontrados nos estudos realizados em diferentes países, o que também evidencia a confiabilidade do instrumento. Vale considerar, ainda, que as evidências de validade e confiabilidade devem ser acumuladas para fortalecer a confiança na utilização dessa escala. Por conseguinte, é desejável que a EAP-DM seja aplicada em amostras representativas de profissionais da área da Saúde, levando em consideração as diferentes categorias profissionais, os serviços em que atuam e as regiões do país.

Por fim, cumpre mencionar que o presente estudo apresenta limitações relacionadas à impossibilidade de se verificar os tipos de validade recomendados pela literatura, uma vez que não existem medidas padrão-ouro que se comparem às atitudes dos profissionais da área da Saúde, tão pouco instrumentos validados no Brasil que permitam identificar a validade concorrente e convergente. Já a validade preditiva deverá ser verificada em estudos de intervenção que apresentem delineamento longitudinal.



PERSPECTIVAS FUTURAS

10 PERSPECTIVAS FUTURAS

Como perspectivas futuras, propõe-se:

- Pesquisas de intervenção com o objetivo de identificar as atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes e de avaliar o efeito de programas de atualização profissional sobre as atitudes desses profissionais.
- Pesquisas de intervenção que avaliem o impacto de programas de atualização sobre as atitudes dos profissionais considerando os resultados do tratamento das pessoas que têm diabetes *Mellitus*.
- Pesquisas seccionais que visem comparar as atitudes dos profissionais e os comportamentos adotados por eles junto às pessoas que têm diabetes *Mellitus*.
- Pesquisas de avaliação que visem comparar as atitudes dos profissionais da área da Saúde, bem como a satisfação das pessoas que têm diabetes com o atendimento oferecido pelos serviços de saúde.
- Pesquisas de avaliação visando comparar as atitudes dos profissionais da área da Saúde com os resultados alcançados no tratamento das pessoas que têm diabetes *Mellitus*.
- Pesquisa que realize a adaptação cultural e validação do instrumento entre pessoas que têm diabetes *Mellitus*.
- Pesquisas que visem comparar as atitudes dos profissionais da área da Saúde com as das pessoas que têm diabetes *Mellitus*.



CONCLUSÕES

11 CONCLUSÕES

Considera-se que os procedimentos de tradução, adaptação cultural e validação, realizados conforme as recomendações da literatura, foram concluídos com êxito.

No que diz respeito às etapas desse processo, destaca-se a de avaliação pelo comitê de juízes, que possibilitou a obtenção da equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual entre a versão traduzida e a versão original do instrumento.

Destaca-se também a etapa de pré-teste, durante a qual foi possível verificar a compreensão e a clareza das afirmativas do instrumento, resultando em poucas sugestões de alterações para aprimorar o seu entendimento. Já com relação ao instrumento obtido, esse revelou-se confiável, apresentando consistência interna aceitável e estabilidade temporal.

Conclui-se que este estudo não só atingiu os objetivos propostos, como também contribuiu para disponibilizar um instrumento que possibilita identificar as atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes. Adicionalmente, argumenta-se que esse instrumento pode ajudar a compreender as práticas profissionais vigentes, visando subsidiar programas de atualização direcionados a esses profissionais.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AJZEN, I. Behavioral interventions: design and evaluation guided by the theory of planned behavior. In: MARK, M.M.; DONALDSON, S.I.; CAMPBELL, B.C. (Ed.). **Social psychology for program and policy evaluation**. New York: Guilford, 2011. p. 74-100.
- AJZEN, I.; COTE, N.G. Attitudes and the prediction of Behavior. In: CRANO, W.D.; PRISLIN, R. **Attitudes and attitudes change: frontiers of social psychology**. United States of America: Psychology Press, 2008. chapter 13, p. 289-312.
- AJZEN, I.; FISHBEIN, M. The influence of attitudes on behavior. In: ALBARRACÍN, D.B.T.; JOHNSON, M.P. **The handbook of attitudes**. Mahwah: Erlbaum, 2005. p. 173-221.
- AJZEN, I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 32, n. 4, p. 665-683, 2002.
- AJZEN, I. The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 50, p. 179-211, 1991.
- AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behaviour**. EnglewoodCliffs: Prentice-Hall, 1980. 278 p.
- AJZEN, I.; FISHBEIN, M. The prediction of behavior from attitudinal and normative variables. **Journal of Experimental Social Psychology**, v. 6, p. 466-487, 1970.
- ALBARRACÍN, D.; WANG, W.; LI, H.; NOGUCHI, K. Structure of Attitudes: judgments, memory, and implications for change. In: CRANO, W.D.; PRISLIN, R. **Attitudes and attitudes change: frontiers of social psychology**. United States of America: Psychology Press, 2008. chapter 2, p. 19-40.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de Conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 37, p. s14-s80, 2014.

ANDERSON, M.; FITZGERALD, J.T.; FUNNELL, M.M.; GRUPPEN, L.D. The third version of diabetes attitudes scale. **Diabetes Care**, v. 21, n. 9, p. 1403-1407, 1998.

ANDERSON, M.; FITZGERALD, J.T.; OH, M.S. The relationship between diabetes-related attitudes and patient's self-reported adherence. **The Diabetes Educator**, v. 19, p. 287-292, 1993.

ANDERSON, R.M.; DONNELLY, M.B.; DEDRICK, R.F. Measuring the attitudes of patients towards diabetes and its treatment. **Patient Education and Counseling**, v. 16, n. 3, p. 231-245, 1990.

ANDERSON, R.M.; DONNELLY, M.B.; GRESSARD, C.P.; DEDRICK, R.F. Development of Diabetes Attitude Scale for health-care professionals. **Diabetes Care**, v. 12, n. 2, p. 120-127, 1989.

ANGUERA, J.M.H; GALLISÀ, J.B.; ECHEVERRÍA, X.A.; MORESO, P.J.L.; GUASCH, M.M.; PINO, F. La versión española de la Diabetes Attitude Scale (DAS-3sp): un instrumento de medición de actitudes y motivaciones en diabetes. **Endocrinología y Nutrición**, v. 49, n. 9, p. 293-298, 2002.

ARAÚJO, E.A.C.; ANDRADE, D.F.; BORTOLOTTI, S.L.V. Teoria de Resposta ao Item. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, p. 1000-1008, 2009.

ATAK, N.; KOSE, K.; GÜRKAN, T. The impact of patient education on Diabetes Empowerment Scale (DES) and Diabetes Attitude Scale (DAS-3) in patients with type 2 diabetes. **Turkish Journal of Medical Sciences**, v. 38, n. 1, p. 49-57, 2008.

BABELGAITH, S.D.; ALFADLY, S.; BAIDI, M. Assessment of the attitude of health care professionals towards diabetes care in Mukalla, Yemen. **International Journal of Public Health Science (IJPHS)**, v. 2, n. 4, p. 159-164, 2013.

BANI-ISSA, W.; ELDEIRAWI, K.; TAWIL, H.A. Perspectives on the attitudes of healthcare professionals towards diabetes in community health settings in United Arab Emirates. **Journal of Diabetes Mellitus**, v. 5, p. 1-11, 2015.

BARROSO, R.A.A. **Tradução e adaptação cultural do *diabetes empowerment scale-short form (DES- SF)* para língua portuguesa - Brasil**. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

BEATON, D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, 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.

BORDERS, K.S.; HOROWITZ, I.A. Attitudes. In:_____. **Social Psychology**. 2nd edition. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2002. chapter 5, p. 155-183.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Distrito Federal. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

BUCHANAN, E.A.; HVIKZAK, E.E. Online survey tools: ethical and methodological concerns of human research ethics committees. **Journal of Empirical Research on Human Research Ethics**, p. 37-48, 2009.

CAMINHA, G.P.; MELO, J.J.T.; HOPKINS, C.; PIZZICHINI, E.; PIZZICHINI, M.M. SNOT-22: psychometric properties and cross-cultural adaptation into the portuguese language spoken in Brazil. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 78, n. 6, p. 34-39, 2012.

CARVALHO, I.M. **Introdução à Psicologia das Relações Humanas**. 5^a ed. Rio de Janeiro: F.G.V, 1971. 143 p.

CHEN, H.; LEE, T.; HUANG, W.; CHANG, C.; CHEN C. The short-term impact of a continuing education program on Pharmacists' knowledge and attitudes toward diabetes. **The American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 68, n. 5, p. 1-6, 2004.

CLARK, M.; HAMPSON, S.E. Comparison of patients' and healthcare professionals' beliefs about and attitudes towards type 2 diabetes. **Diabetic Medicine**, v. 20, p. 152-154, 2003.

COHEN, M.Z.; TRIPP-REIMER, T.; SMITH, C.; SOROFMAN, B.; LIVELY, S. Explanatory models of diabetes: patient-practioner variation. **Social Science and Medicine**, v. 38, p. 59-66, 1994.

COLLINS, D. Pretesting survey instruments: an overview of cognitive methods. **Quality of Life Research**, v. 12, p. 229-238, 2003.

COSTA, R.K.S.; TORRES, G.V.; SALVETTI, M.G.; AZEVEDO, I.C.; COSTA, M.A.T. To validate the content of two instruments used to evaluate nursing care for people with skinlesions. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, p. 447-457, 2014.

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 de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 762-767, 2012.

DAVIS, L.D. Instrument review: getting the most from a panel of experts. **Applied Nursing Research**, v. 5, n. 4, p. 194-197, 1992.

DAINESI, S.M.; GOLDBAUM, M. E-survey with researchers, members of ethics committees and sponsors of clinical research in Brazil: an emerging methodology for scientific research. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 705-713, 2012.

DELGADO-RICO, E.; CARRETERO-DIOS, H.; RUCH, W. Content validity evidences in test development: an applied perspective. **International Journal of Clinical and Health Psychology España**, v. 12, n. 3, p. 449-460, 2012.

DEVON, H.A.; BLOCK, M.E.; MOYLE-WRIGHT, P.; ERNST, D.M.; HAYDEN, S.J.; LAZZARA, D.J.; SAVOU, S.M.; KOSTAS-POLSTON, E. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 39, n. 2, p. 155-164, 2007.

DIAS, F.S.B.; MARBA, S.T.M. The evaluation of prolonged pain in the newborn: adaptation of the EDIN scale for the brazilian. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 964-970, 2014.

DRASGOW, F. Polychoric and polyserial correlations. In KOTZ, L.; JOHNSON, N.L. (Eds.), **Encyclopedia of Statistical Sciences**. Vol. 7 (pp. 69-74). New York: Wiley, 1988.

DUBÉ, M.C.; VALOIS, P.; PRUD'HOMME, D.; WEISNAGEL, S.J.; LAVOIE, C. Physical activity barriers in diabetes: development and validation of a new scale. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 72, p. 20-27, 2006.

EGEDE, L.E.; MICHEL, Y. Attitude of internal medicine physicians toward type 2 diabetes. **Southern Medical Journal**, v. 95, n. 1, p. 88-91, 2002.

EPSTEIN, J.; OSBORNE, R.H.; ELSWORTH, G.R.; BEATON, D.E.; GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 68, n. 4, p. 360-369, 2015.

EPSTEIN, J.; SANTO, R.M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.68, p. 435-441, 2015.

EVANS, J.R.; MATHUR, A. The value of on-line surveys. **Internet Research**, v.15, n.2, p. 195-219, 2005.

EYSENBACH, G. Improving the quality of web surveys: the checklist for reporting results of internet e-surveys (CHERRIES). **Journal of Medical Internet Research**, v.6, n. 3, p. e34, 2004.

FABRIGAR, I.R.; WEGENER, D.T. Attitude structure. In: BAUMEISTER, R.F.; FINKEL, E.J. **Advanced Social Psychology**: the state of the science. United States of America: Oxford, 2010. chapter 7, p. 177-203.

FARIA, A.P.S.; BELLATO, R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do Diabetes Mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 752-759, 2009.

FAUL, F.; ERDFELDER, E.; LANG, A.G.; BUCHNER, A. G* Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. **Behavior Research Methods**, v. 39, n. 2, p. 175-191, 2007.

FILHO, D.B.F.; JÚNIOR, J.A.S. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, v. 16, n. 1, p. 160-185, 2010.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. Theory-based behavior change interventions: comments on Hobbis and Sutton. **Journal of Health Psychology**, v. 10, p. 27-31, 2005.

FITZGERALD, J.T.; STANSFIELD, R.B.; TANG, T.; OH, M.; FROHNA, A.; ARMBRUSTER, B.; GRUPPEN, L.; ANDERSON, R. Patient and provider perceptions of diabetes: measuring and evaluating differences. **Patient Education and Counseling**, v. 70, p. 118-125, 2008.

FITZNER, K. Reliability and validity: a quick review. **The Diabetes Educator**, v. 33, n. 5, p. 775-779, 2007.

FROST, M.H.; REEVE, B.B.; LIEPA, A.M.; STAUFFER, J.W.; HAYS, R.D. What is suficiente evidence for the reliability and validity of patient-reported outcome measures? **Value in Health**, v. 10, n. 2, p. S94-S105, 2007.

FUJIMORI, E.; HIGUCHI, C.H.; CURSINO, E.G.; VERÍSSIMO, M.R.; BORGE, A.L.V.; MELO, D.F. *et al.* Ensino da estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância na graduação em enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 655-662, maio-jun., 2013.

FUNNELL, M.M.; BROWN, T.L.; CHILDS, B.P.; HAAS, L.B.; HOSEY, G.M.; JENSEN, B. *et al.* National standards for diabetes self-management education. **Diabetes Care**, v. 35, Suppl 1, p. 101-108, 2012.

FUNNELL, M.M.; BOOTLE, S.; STUCKEY, H.L. The diabetes attitudes, wishes and needs second study. **Clinical Diabetes Journals**, v.33, n.1, p.32-36, 2015.

FUNNELL, M.M.; ANDERSON, R.M.; PIATT, G.A. Empowerment, engagement and shared decisions in the real world of clinical practice. **The Consultant**, v. 53, n. 5, p. 358-362, 2014.

GAGLIARDINO, J.J.; GONZÁLEZ, C.; CAPORALE, J.E. The diabetes-related attitudes of health care professionals and persons with diabetes in Argentina. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 304-307, 2007.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D.E. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, p. 1417-1432, 1993.

HAYES, R.P.; FITZGERALD, J.T.; JACOBBER, S.J. Primary care physician beliefs about insulin initiation in patients with type 2 diabetes. **International Journal of Clinical Practice**, v. 62, n. 2, p. 860-868, 2008.

HAJOS, T.R.S.; POLONSKY, W.H.; TWISK, J.W.; DAIN, M.P.; SNOEK, F.J. Do physicians understand type 2 diabetes patients' perceptions of seriousness, the emotional impact and needs for care improvement? A cross-national survey. **Patient Education and Counseling**, v. 85, p. 258-263, 2011.

HEINE, S.J.; LEHMANN, D.R.; PENG, K.; GREENHOLTZ, J. What's wrong with cross-cultural comparisons on subjective likert scales?: the reference-group effect. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 82, n. 6, p. 903-918, 2002.

HERDMAN, M.; FOX-TUSHBY, J.; BADIA, X. 'Equivalence' and translation and adaptations 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 modelo de equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, v. 7, p. 323-335, 1998.

HOLMES, S. Methodological and ethical considerations in designing an internet study of quality of life: a discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, p. 394-405, 2009.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**: sixth edition. International Diabetes Federation, 2013.

KUMAR, K.V.S.; GUPTA, A.K.; KUMAR, A. Attitude of health care professionals about the diabetes from India. **Journal of Social Health and Diabetes**, v. 2, n. 2, p. 92-95, 2014.

LATEERF, Z.N.A.A.; KHAMSEEN, M.B.; AITHAN, M.A.; KHAN, S.; IBRAHIM, I.A. Knowledge, attitude and practice of ministry of health primary health care physicians in the management of type 2 diabetes mellitus: a crosssectional study in the Al Hasa district of Saudi Arabia, 2010. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 14, n. 1, p. 52-59, 2011.

LEE, J.W.; JONES, P.S.; MINEYAMA, Y.; ZHANG, X.E. Cultural differences in responses to a likert scale. **Research in Nursing and Health**, v. 25, p.295-306, 2002.

LIMA, V.M.L.M.; D'AMORIN, M.A.M. A relação atitude-comportamento à luz da teoria da ação racional. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 38, n.1, p. 133-142, 1986.

LOU, Q.; CHEN, Y.; GUO, X.; YUAN, L.; CHEN, T.; WANG, C. *et al.* Diabetes attitudes scale: validation in type-2 diabetes patients in multiple centers in china. **PLOS ONE**, v. 9, n. 5, e96473, 2014.

MARTEAU, T.M.; BAUM, J.D. Doctors' views on diabetes. **Archives of Disease in Childhood**, v.59, n. 6, p. 566-570, 1984.

MCPEAKE, J.; BATESON, M.; O'NEILL, A. Electronic surveys: how to maximise success. **Nurse Researcher**, v. 21, n. 3, p. 24-26, 2014.

MYERS, D.G. **Psicologia Social**. 6ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000. 422 p.

Mottus R, Allik J, Realo A, Rossier J, Zecca G, Ah-kion J, *et al.* The effect of response style on self-reported conscientiousness across 20 countries. **Personality & Social Psychology Bulletin**, v. 38, n. 11, p. 1423-1436, 2012.

MOUTINHO, K.; ROAZZI, A. As teorias da ação racional e da ação planejada: relação entre intenções e comportamentos. **Avaliação Psicológica**, v. 9, n. 2, p. 279-287, 2010.

NICOLUCCI, A.; BURNS, K.K.; HOLT, R.I.G.; COMASCHI, M.; HERMANN, N.; ISHII, H. *et al.* Diabetes Attitudes, wishes and needs second study (DAWN2): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. **Diabetic Medicine**, v. 30, p. 767-777, 2013.

ODILI, V.U.; OPARAH, A.C. Attitudes of health care professionals toward diabetes. **West African Journal of Pharmacy**, v. 23, p. 54-59, 2012.

OLIVEIRA, N.F.; SOUZA, M.C.B.M.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em grupo de apoio psicológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 301-307, 2011.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PETERS, K.R. "Diabetic" and "Noncompliant Diabetic": terms that need to disappear. **Clinical Diabetes**, v. 30, n. 3, p. 89-91, 2012.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

PONTIERI, F.M.; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 151-160, 2010.

PUGA, V.O.O.; LOPES, A.D.; COSTA, L.O.P. Assessment of cross-cultural adaptations and measurement properties of self-report outcome measures relevant to shoulder disability in Portuguese: a systematic review. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 16, n. 2, p. 85-93, 2012.

RAMADA-RODILLA, J.M.; SERRA-PUJADAS, C.; DÉCLOS-CLANCHET, G. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. **Salud Pública de México**, v. 55, n. 1, p. 57-66, 2013.

REZENDE, A.M.B. **Ação educativa na atenção básica à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus e hipertensão arterial**: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional. 220 f. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

RIVOIRE, E.B. **A contribuição da psicologia social para teoria e a prática da atividade de relações públicas**. 181 f. Dissertação (mestrado em Comunicação Social) – Faculdade de Comunicação Social, PUCRS, Porto Alegre, 2006.

RODRIGUES, H.B.C. Sobre as Histórias das Práticas Grupais: explorações quanto a um intrincado problema. In: Jacó-Vilela, A. M.; Mancebo, D. **Psicologia Social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos**. Rio de Janeiro: UERJ, 1999.

ROSAL, M.C.; CARBONE, E.T.; GOINS, K.V. Use of cognitive interviewing to adapt measurement instruments for low-literate Hispanics. **The Diabetes Educator**, v. 29, n. 3, p. 1006-1017, 2003.

SALINAS-MARTÍNEZ, A.M.; MATHIEU-QUIROS, A.; NÚÑEZ-ROCHA, G.M.; GARZA-ELIZONDO, M.E. Comparación de actitudes hacia la diabetes entre médicos y pacientes diabéticos usuarios del sector privado, seguridad social o servicios de salud del Estado. **Revista de Investigación Clínica**, v. 56, n. 6, p. 726-736, 2004.

SCHAPANSKY, L.M.; JOHNSON, J.A. Pharmacist's attitudes toward diabetes. **Journal of the American Pharmaceutical Association** (Washington, DC: 1996). 2000 May-Jun;40(3):371-7.

SCHULER, M.; MUSEKAMP, G.; FALLER, H.; EHLEBRACHT-KONIG, I.; GUTEMBRUNNER, C.; KIRCHHOF, R. *et al.* Assessment of proximal outcomes of self-management programs translation and psychometric evaluation of a German version of the Health Education Impact (heiQ™). **Quality of Life Research**, v. 22, p. 1391-1403, 2013.

SCMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; CHOR, D.; MENEZES PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, p. 1949-1961, 2011.

SHARP, L.K.; LIPSKY, M.S. Continuing medical education and attitudes of health care providers toward treating diabetes. **The Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v. 22, n. 2, p. 103-112, 2002.

SHUTE, R.; KING, M.; LEHMANN, J. The effect of nursing education and experience on attitudes to diabetes. **The Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 14, n. 3, p. 27-32, 1997.

SOARES, T.M. Utilização da Teoria da Resposta ao Item na produção de indicadores sócio-econômicos Pesquisa Operacional. **Pesquisa Operacional**, v. 25, n. 1, p. 83-112, 2005.

STANSFIELD, R.B.; FITZGERALD, J.; JAMES, T.; OH, M.; GRUPPEN, L.D. Where patients and providers don't see eye-to-eye: how attitudes differ about different aspects of diabetes. **Diabetes**, v. 56, Suppl. 1, p. A506, 2007.

STARR, S. Survey research: we can do better. **Journal of the Medical Library Association**, v. 100, n. 1, p. 1-2, 2012.

STEWART A.L.; THRASHER, A.D.; GOLDBERG, J.; SHEA, J.A. Framework for understanding modifications to measures for diverse populations. **Journal of Aging and Health**, v. 24, n. 6, p. 992-1017, 2012.

STONE, J.; FERNANDEZ, N.C. How Behavior Shapes Attitudes: cognitive Dissonance Processes. In: CRANO, W.D.; PRISLIN, R. **Attitudes and attitudes change: frontiers of social psychology**. United States of America: Psychology Press, 2008. chapter 14, p. 313-336.

SURACI, C.; MULAS, R.; ROSSI, M.C.; GENTILE, S.; GIORDA, C.B. Management of newly diagnosed patients with type 2 diabetes: what are the attitudes of physicians? A

SUBITO!AMD survey on the early diabetes treatment in Italy. **Acta Diabetologica**, v. 49, p. 429-433, 2012.

TANG, P. C.; OVERHAGE, J.M.; CHAN, A.S.; BROWN, N.L.; AGHIGHI, B.; ENTWISTLE, M.P. *et al.* On-line disease management of diabetes: engaging and motivating patients on-line with enhanced resources-diabetes (EMPOWER-D), a randomized controlled trial. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 20, p. 526-534, 2013.

TERWEE, C.B.; BOT, S.D.M.; BOER, M.R.; WINDT, D.A.W.M.; KNOL, D.L.; DEKKER, J.; BOUER, L.M.; VET, H.C.W. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, p. 34-42, 2007.

TOLEDO, D.; AERNY, N.; SOLDEVILA, N.; BARICOT, M.; GODOY, P.; CASTILLA, J. *et al.* Managing an On-line Survey about Influenza Vaccination in Primary Healthcare Workers. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 12, n. 1, p. 541-553, 2015.

TORRES, H.C. O empoderamento nas práticas educativas orientadas à autonomia no cuidado em saúde. In: TORRES, H.C.; REIS, I.A.; PAGANO, A.S. (Org). **Empoderamento do Pesquisador nas Ciências da Saúde**. 1ª ed. Belo Horizonte: FALE/UFMG, 2015. cap.1, p.1-17.

VENTURI, C.; ITUASSÚ, N.T.; TEIXEIRA, L.M.; DEUS, C.V.O. Confiabilidade intra e interexaminadores de dois métodos de medida da amplitude ativa de dorsiflexão do tornozelo em indivíduos saudáveis. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 4, p. 407-411, 2006.

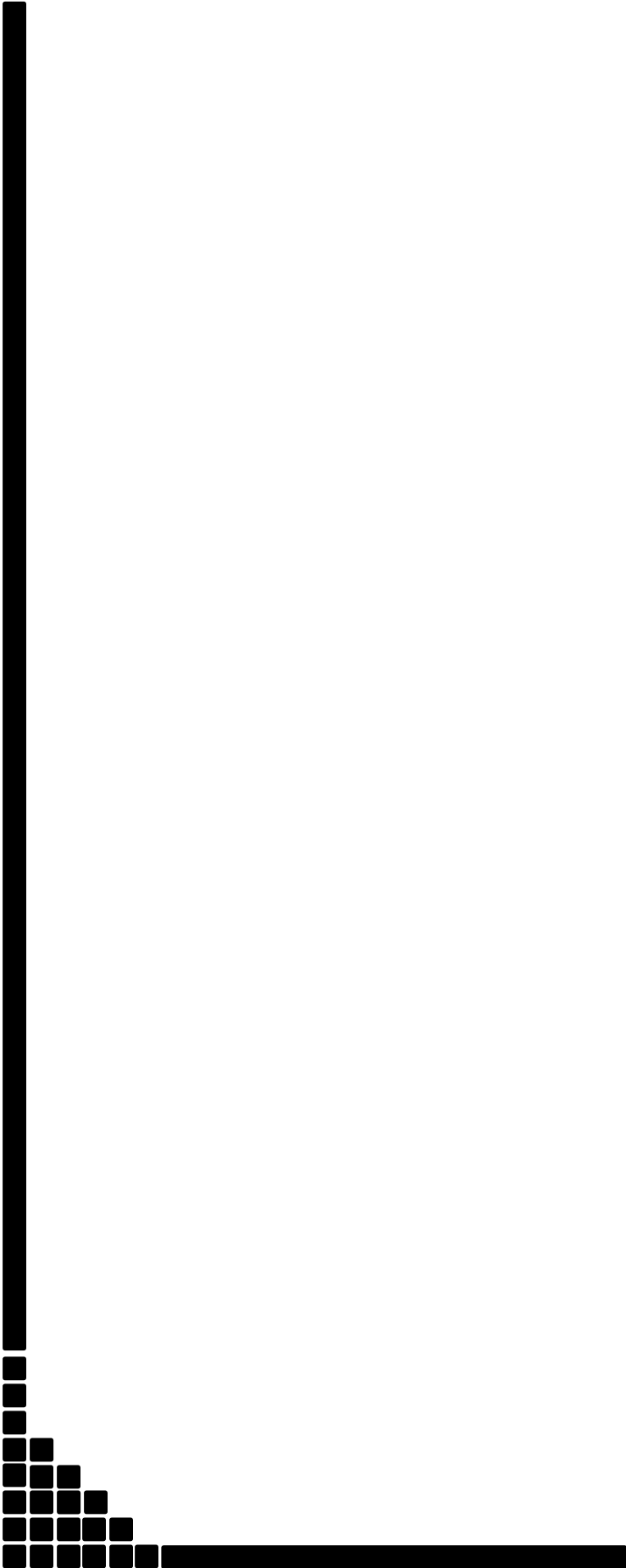
VIANA, L.V.; LEITAO, C.B.; KRAMER, C.K.; ZUCATTI, A.T.; JEZINI, D.L.; FELICIO, J. *et al.* Poor glycaemic control in Brazilian patients with type 2 diabetes attending the public healthcare system: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 3, n. 9, p. e003336, 2013.

WILLIAMSON, C.; GLAUSER, T.A.; BURTON, B.S.; SCHNEIDER, D.; DUBOIS, A.M.; PATEL, D. Health care provider management of patients with type 2 Diabetes Mellitus: analysis of trends in attitudes and practices. **Postgraduate Medicine**, v. 126, n. 3, p. 145-160, 2014.

WILLIAMSON, P.; SHUTE, R.; KING, M.; LEHMANN, J. Measuring diabetes-related attitudes: the use of a USA-developed instrument with Australian nurses. **Patient Education and Counseling**, v. 29, p. 41-47, 1996.

WOODCOCK, A.J.; KINMONTH, A.; CAMPBELL, M.J.; GRIFFIN, S.J.; SPIEGAL, N.M. Diabetes care from diagnosis: effects of training in patient-centred care on beliefs, attitudes and behavior of primary care professionals. **Patient Education and Counseling**, v. 37, p. 65-79, 1999.

WOODS, A.T.; VELASCO, C.; LEVITAN, C.A.; WAN, X.; SPENCE, C. Conducting perception research over the internet: a tutorial review. **PeerJ**, v. 23, n. 3, p. E1058, 2015.



APÊNDICES

APÊNDICE A – E-mail enviado para o comitê de juízes

Prezado(a),

Você foi selecionado(a) para fazer parte do Comitê de Especialistas que julgará a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual de um instrumento que avalia as atitudes de profissionais da área da Saúde em relação ao Diabetes *Mellitus*. Esse instrumento é chamado “DIABETES ATTITUDE SCALE – THIRD VERSION (DAS-3)”.

Trata-se de pesquisa de doutorado que tem por objetivo traduzir, adaptar e validar o instrumento Diabetes Attitudes Scale – third version para uso no Brasil.

O preenchimento do questionário deverá ser realizado de uma só vez e, ao final do questionário, você deverá selecionar o item enviar para que suas respostas sejam registradas com sucesso.

Será garantido o seu anonimato e você poderá interromper sua participação ou desistir da pesquisa, a qualquer momento.

Também, solicito o seu consentimento para que os dados sejam apresentados em eventos científicos e publicados em revistas especializadas.

Ao clicar no *Link*, você será direcionado para uma página criada para a avaliação do instrumento e estará registrada a sua concordância em participar do estudo.

Link:

Você terá 7 dias para realizar a avaliação. A sua colaboração é muito importante!
Após a avaliação você receberá um certificado por email.

APÊNDICE B – Questionário enviado ao comitê de juízes

a) Primeira página do questionário, com informações do instrumento para o Comitê de Juízes



Prezado participante,

Este questionário visa colher informações relativas à tradução do instrumento Diabetes Attitude Scale – third version (DAS-3) para o português brasileiro. O objetivo é verificar se as instruções, questões e opções de resposta em português estão de acordo com as do inglês e se sua formulação em português está clara e de fácil entendimento para os profissionais da saúde que prestam assistência às pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Nas páginas seguintes, você verá um trecho em inglês e sua versão traduzida para o português na cor VERDE. Por favor, avalie cada um desses trechos de acordo com as perguntas e opções fornecidas. O instrumento deve estar claro o bastante, para que os profissionais da saúde não tenham dificuldades durante o preenchimento. Ao final de cada página, clique no ícone PRÓXIMO para avançar.

Os trechos em inglês e sua tradução para o português serão apresentados na ordem em que aparecem no instrumento original. Sua participação será para avaliar os itens: instruções de preenchimento, opções de resposta e as afirmativas entre os números 01 a 11 do instrumento.

Você deverá primeiramente escrever com suas palavras o que você entende ao ler o trecho em inglês e, posteriormente, avaliar cada trecho do instrumento traduzido segundo as opções de respostas descritas abaixo:

1. Uma estrela, se você julgar que "Requer retradução completa";
2. Duas estrelas, se você julgar que "Requer retradução parcial com muitas alterações";
3. Três estrelas, se você julgar que "Requer retradução parcial com poucas alterações para aprimorar o estilo do texto";
4. Quatro estrelas, se você julgar que "Não há necessidade de retradução".

Por favor, se você julgar que o trecho traduzido requer mudanças ou que poderia ser aprimorado, escreva suas sugestões no espaço destinado para isso.

Ao clicar em PRÓXIMO, para iniciar o preenchimento, você confirma que está ciente do objetivo deste questionário e manifesta concordância em participar da pesquisa.

b) Segunda página do questionário, avaliação do título e instruções do instrumento

Original
Diabetes Attitude Scale

Traduzido
Pesquisa sobre as atitudes dos profissionais da saúde em relação ao diabetes

Original
Below are some statements about diabetes.
Each numbered statement finishes the sentence "In general, I believe that..."
You may believe that a statement is true for one person but not for another person or may be true one time but not be true another time.
Mark the answer that you believe is true most of the time or is true for most people.
Note: The term "health care professionals" in this survey refers to doctors, nurses, and dietitians.

Traduzido
As afirmativas a seguir referem-se ao diabetes e complementam a frase "Em geral, eu acredito que..."
Ao ler cada uma das afirmativas, você pode achar que algumas se aplicam a uma pessoa, mas não a todas ou que a afirmativa é válida em algumas ocasiões, mas não em todas.
Responda pensando na afirmativa que, na sua opinião, é verdadeira a maioria das vezes ou que se aplica à maioria das pessoas.
Observação: Nesta pesquisa, o termo "profissionais da saúde" refere-se a médicos, enfermeiros e nutricionistas.

Ao avaliar a versão traduzida você deverá verificar se:

- O texto em português está de acordo com o texto em inglês.
- A tradução está clara e de fácil entendimento.

* 1. Dê sua opinião sobre a versão traduzida:

Se você julgar que o trecho traduzido requer mudanças ou que pode ser aprimorado, escreva suas sugestões abaixo.

c) Terceira página do questionário, avaliação das opções de resposta

Opções de resposta da versão original

Place a check mark in the box below the word or phrase that is closest to your opinion about each statement.

- Strongly Agree
- Somewhat Agree
- Neutral
- Somewhat Disagree
- Strongly Disagree

Opções de resposta da versão traduzida

Marque a opção que mais representa sua opinião sobre cada afirmativa.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Não concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

* 1. Dê sua opinião sobre a versão traduzida:



Se você julgar que o trecho traduzido requer mudanças ou que pode ser aprimorado, escreva suas sugestões abaixo.

d) Quarta página do questionário em diante: avaliação das afirmativas do instrumento

Original

In general, I believe that...

1 ...health care professionals who treat people with diabetes should be trained to communicate well with their patients.

*** 1. Escreva, no espaço abaixo, o que o trecho em inglês diz:**

* Traduzido

Em geral, eu acredito que...

1 ...os profissionais da saúde que tratam diabéticos deveriam ser treinados para se comunicarem bem com os pacientes.

Dê sua opinião sobre a versão traduzida:



Se você julgar que a versão traduzida requer mudanças ou poderia ser aprimorada, escreva suas sugestões abaixo.

e) Penúltima página do questionário: consulta adicional

CONSULTA ADICIONAL

Como exposto no início deste questionário, as opções de resposta na versão original do instrumento são:

- Strongly Agree**
- Somewhat Agree**
- Neutral**
- Somewhat Disagree**
- Strongly Disagree**

Tendo em vista os estudos que avaliam as diferenças culturais no padrão das respostas a instrumentos que possuem escalas do tipo likert, gostaríamos de sugerir a escala de avaliação composta pelas seguintes opções:

- Concordo**
- Não concordo nem discordo**
- Discordo**

Você considera esta modificação pertinente? Por favor, justifique sua resposta.

- Sim**
- Não**

f) Última página do questionário: dados sociodemográficos, relativos à experiência profissional e agradecimentos

*** Sexo**

- Feminino**
- Masculino**

*** Formação Acadêmica**

- Ensino superior**
- Especialização**
- Mestrado**
- Doutorado**

*** Área de formação**

- Enfermagem**
- Medicina**
- Nutrição**
- Psicologia**

*** Área de atuação**

- Ensino
- Pesquisa
- Prestação de serviços
- Ensino e pesquisa
- Ensino e prestação de serviços
- Pesquisa e prestação de serviços
- Ensino, pesquisa e prestação de serviços

*** Qual é o seu conhecimento de inglês?**

	Pouco	Razoavelmente	Bem
Compreende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lê	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fala	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escreve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** Com que frequência você lê textos em inglês?**

- Nunca
- 1 vez por mês
- 1 vez por semana
- 2 ou mais vezes por semana
- Todos os dias

*** Você já participou de algum comitê para avaliação de tradução de instrumento, questionário e/ou outros tipos de texto?**

- Sim
- Não

*** E-mail (para eventual contato se for detectado algum erro no armazenamento das respostas).**

Obrigada pela sua participação.

HELOÍSA DE CARVALHO TORRES

**Professora Associada do Departamento de Enfermagem Aplicada -
EEUFMG**

**Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação
em Saúde - NUGEAS**

Telefone: +55 (31)3409-9850

ADRIANA PAGANO

Professora Titular

Programa de Pós-graduação em Estudos Linguísticos - FALE/UFMG

Telefone: +55 (31)3409-6013 FAX: +55 (31)3409-6004

<http://letra.letras.ufmg.br> apagano@ufmg.br adriana.pagano@pq.cnpb.br

ILKA AFONSO REIS

**Professora Adjunta do Departamento de Estatística, Instituto de Ciências
Exatas - ICEX/UFMG**

Telefone: (31) 34095937 Fax: (31) 34095924

GISELE DE LACERDA CHAVES VIEIRA

Doutoranda em Educação em Saúde e Enfermagem

Escola de Enfermagem - UFMG

APÊNDICE C – Certificado emitido para os participantes do comitê de juízes

Certificado

Certificamos que _____ participou do “Comitê de Juízes” online cujo objetivo foi avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento *Diabetes Attitude Scale – third version* (DAS-3), que é aplicado para avaliar as atitudes dos profissionais de saúde de nível superior em relação ao diabetes mellitus. Realizado em maio de 2015.



Prof.ª. Dra. Heloisa C. Torres
Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação
e Avaliação em Saúde – (NUGEAS)
Escola de Enfermagem/UFMG



Prof.ª. Dra. Adriana Pagano
Laboratório Experimental de Tradução (LETRA)
Faculdade de Letras/UFMG



Prof.ª. Dra. Ilka A. Reis
Departamento de Estatística
Instituto de Ciências Exatas /UFMG






APÊNDICE D – Sugestões dos juízes na etapa de adaptação cultural

(Continua)

ITEM	Profissionais da área da Saúde e Linguística	
	IVC	SUGESTÕES
INSTRUÇÃO	0.5	<p>1- Mudar o título para escala de atitudes em relação ao diabetes. 2- Mudar o título para escala de atitude em diabetes para profissionais de saúde. Na parte de instruções, acredito que poderia estender o termo "profissionais de saúde" para outras áreas, como fisioterapia, educador físico, fonoaudiólogo, psicólogo. 3- O texto está inteligível, mas observando o texto em inglês quando diz "for another person" e "another time", será que a tradução não seria outra? Ex: para outra pessoa ou em outro momento. 4- O título precisa ser reformulado para: Escala de Atitudes em Diabetes.</p>
OPÇÕES DE RESPOSTA	1	-
AFIRMATIVA 1	0.7	<p>1-Avaliar o uso do termo pessoas com diabetes em vez de diabéticos. 2- Os profissionais da saúde que cuidam de pessoas com diabetes deveriam ser treinados para se comunicarem bem com os pacientes. 3- Colocar pessoas com diabetes e não diabéticos. Colocar cuidar e não tratar. Colocar boa comunicação ao invés de comunicarem bem. 5- Sugiro substituir diabéticos por usuários com diagnóstico de diabetes. 6- Os profissionais de saúde que TRABALHAM com diabéticos deveriam ser treinados... 7- Trocar para: que cuidam de pessoas com diabetes.</p>
AFIRMATIVA 2	0.4	<p>1- Considerar o termo pessoas com diabetes em vez de diabéticos. Além disso, o verbo TOMAR insulina é tecnicamente inadequado, pois o usamos para medicações orais. Sendo a insulina injetável, melhor seriam os verbos USAR ou APLICAR. 2- Acredito que no lugar de diabéticos poderia-se usar pessoas como na versão inglês. 3- Apenas trocar diabéticos. 4- Trocaria... os diabéticos por ...os usuários. 5- Trocar para pessoas com diabetes que não precisam usar insulina....</p>

(Continua)

ITEM	Profissionais da área da Saúde e Linguística	
	IVC	SUGESTÕES
AFIRMATIVA 3	0.9	1- Afirmar que não é necessário controlar a glicemia parece muito forte. O texto original tenta suavizar esta ideia, e acho que seria bom fazer o mesmo em português.
AFIRMATIVA 4	0.7	1- A expressão traduzida "praticamente todos" denota outro sentido para a frase. Rever para a expressão "quase todos".
AFIRMATIVA 5	0.7	1- Apenas trocar para "pela própria pessoa com diabetes." 2- Trocar para: devem ser feitas pela pessoa que possui o diabetes.
AFIRMATIVA 6	0.9	-
AFIRMATIVA 7	0.9	1- Reconsiderar o verbo APRESENTAR, que dá uma ideia de tempo presente. Acredito que a ideia do texto original seja evolutiva, e acho que o verbo DESENVOLVER seria mais adequado.
AFIRMATIVA 8	1	-
AFIRMATIVA 9	0.7	1- Sugiro mudanças nas palavras: "decisões" para "escolha" "autocuidado" para "cuidado". Estas mudanças remetem ao cuidar de si do usuário. 2- "sobre o plano de cuidados". 3- Trocaria para: acerca do seu plano de cuidados.
AFIRMATIVA 10	0.6	1- Ter habilidades de aconselhamento é diferente de ter estratégias de aconselhamento. A habilidade refere-se ao indivíduo e as estratégias a um plano de ação. Sugiro rever esta Transcrição. 2- Sugiro mudança na palavra "estratégias" para "habilidades". 3- "...desenvolvam habilidades de aconselhamento". 4- Trocar para: que ensinam as pessoas com diabetes.
AFIRMATIVA 11	0.6	1- Fica melhor "pessoas que controlam o diabetes apenas com dieta não precisam se preocupar com as complicações de longo prazo". 2- Sugiro a adequação da frase para: as pessoas que controlam o diabetes apenas com dieta balanceada não precisam se preocupar com as complicações a longo prazo. 3- Trocar para: apenas com dieta.

(Continua)

ITEM	Profissionais da área da Saúde e Linguística	
	IVC	SUGESTÕES
AFIRMATIVA 12	0.7	1- A frase está traduzindo outra ideia. Sugiro a troca das expressões: "praticamente todos" para "quase todos". 2- Trocar diabéticos para pessoas com diabetes. 3- Trocar para: a maioria das pessoas com diabetes.
AFIRMATIVA 13	0.9	1- Causa ao invés de gera. 1- Sugiro trocar a palavra usuário. É a primeira vez que ela aparece na pesquisa, e geralmente se remete ao usuário do SUS. Devemos lembrar que a escala será usada também por profissionais da rede privada.
AFIRMATIVA 14	0.5	2- Em geral, acredito que as pessoas com diabetes devem ter a palavra final sobre suas metas no controle glicêmico. 3- Trocar para: a pessoa com diabetes deve...
AFIRMATIVA 15	1	- 1- A sentença "devido ao perigo de elas não reconhecerem os sinais e sintomas de hipoglicemia" é uma relação causal que não foi estabelecida na versão original. Esta colocação na versão traduzida restringe o problema a um grupo menor de pacientes. Sugiro rever esta colocação.
AFIRMATIVA 16	0.6	2- Como a frase em inglês cita sobre reações da glicose no sangue não especifica os termos hipoglicemia e hiperglicemia. Acredito que a versão traduzida poderia trazer os dois termos. 3- Está traduzido como controle rigoroso, mas tenho dúvidas se a frase quis dizer isto. 4- A tradução não condiz com o original.
AFIRMATIVA 17	0.6	1- Sugiro mudanças nos termos: "instruídos" para "aprender". 2- Substituir pacientes por usuários. 3- Trocaria pacientes por usuários.
AFIRMATIVA 18	0.8	1- Trocaria paciente por usuário. 2- Trocar para: a pessoa com diabetes.
AFIRMATIVA 19	0.5	1- Sugiro trocar a palavra figura. 2- Substituir diabético por usuário com diabetes. 3- ... é a pessoa mais importante.
AFIRMTIVA 20	1	-
AFIRMATIVA 21	1	-
AFIRMATIVA 22	0.7	1- Ter diabetes muda perspectiva de vida de uma pessoa.

(Continua)

ITEM	Profissionais da área da Saúde e Linguística	
	IVC	SUGESTÕES
AFIRMATIVA 23	0.8	1- Em geral, acredito que as pessoas com diabetes tipo 2, provavelmente não apresentam recompensa de ter seu diabetes controlado.
AFIRMATIVA 24	0.5	2- Não seria: o controle mais rígido da glicose? 1- Deve-se definir o termo paciente ou usuário ao longo do questionário. 2- Trocar pacientes por usuários. 3- Trocar para: pessoas com diabetes.
AFIRMATIVA 25	1	-
AFIRMATIVA 26	0.9	1- Eu não entendi, quando se fala "rígido controle" na frase está se referindo a quais cuidados? Acho que deve deixar isso claro.
AFIRMATIVA 27	0.6	1- As ações do paciente tem maior efeito nos resultados do seu autocuidado. 2- Trocar pacientes por usuários. 3- Trocar para: nos resultados para o controle do diabetes.
AFIRMATIVA 28	0.9	-
AFIRMATIVA 29	0.6	1- É frustrante para pessoas com diabetes cuidar de sua doença.
AFIRMATIVA 30	0.7	1- Eu trocaria "decidir quanto que eles" por "decidir o quanto eles". Acho que soa melhor. 2- Trocar para: pessoas com diabetes.
AFIRMATIVA 31	0.7	1- Apenas trocar diabéticos por pessoas com diabetes. 2- Trocar para: usam insulina.
AFIRMATIVA 32	0.6	1- Trocar diabéticos por pessoas com diabetes. 2- Trocar diabéticos por pessoas com diabetes. 3- Trocar para: pessoas com diabetes.
AFIRMATIVA 33	1	-

(Conclusão)

ITEM	Profissionais da área da Saúde e Linguística	
	% de profissionais que consideraram pertinente a redução das opções de resposta	SUGESTÕES
OPÇÕES DE RESPOSTA	67.0%	<p>1- As três opções simplificam a resposta à pesquisa e mantêm o significado desta resposta, permitindo conclusões similares.</p> <p>2- Em geral, as pessoas têm dificuldade em quantificar o seu grau de concordância ou discordância em relação a uma afirmativa.</p> <p>3- As sugestões de respostas acima aproximam-se do modo de falar do brasileiro, embora acho que ficaria mais clara a resposta b - não concordo nem discordo, ser: concordo em partes.</p> <p>4- Fica mais simples de ser entendido por quem responde ao questionário.</p> <p>5- Existe diferença entre concordar parcialmente e concordar. O mesmo para discordar.</p> <p>6- Facilita a coleta de dados.</p> <p>8- Sim, pois facilita a compreensão dos profissionais.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

APÊNDICE E – E-mail enviado aos profissionais da área da saúde na etapa de pré-teste

Prezado(a),

Você foi selecionado(a) para fazer parte do Comitê de Especialistas que julgará a facilidade de compreensão das afirmativas do instrumento que avalia as atitudes de profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes Mellitus.

Trata-se de pesquisa de doutorado que tem por objetivo traduzir, adaptar e validar o instrumento *Diabetes Attitudes Scale – third version* para uso no Brasil. A versão adaptada foi denominada "Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes Mellitus".

O preenchimento do questionário deverá ser realizado de uma só vez e, ao final do questionário, você deverá selecionar o item enviar para que suas respostas sejam registradas com sucesso.

Será garantido o seu anonimato e você poderá interromper sua participação ou desistir da pesquisa, a qualquer momento.

Também, solicito o seu consentimento para que os dados sejam apresentados em eventos científicos e publicados em revistas especializadas.

Ao clicar no *Link*, você será direcionado para uma página criada para a avaliação do instrumento e estará registrada a sua concordância em participar do estudo.

Link:

Você terá 7 dias para realizar a avaliação. A sua colaboração é muito importante!

APÊNDICE F – Questionário enviado aos profissionais da área da saúde na etapa de pré-teste

a) Apresentação da pesquisa

Apresentação da Pesquisa



*

Prezado(a) Participante

Gostaríamos de contar com a sua colaboração para responder o questionário Escala de Atitudes dos Profissionais de Saúde em relação ao Diabetes Mellitus (EAP-DM), traduzido e adaptado do inglês para seu uso com um público alvo brasileiro. Suas respostas serão fundamentais para avaliarmos se o texto adaptado possui linguagem acessível e de fácil compreensão.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária e as informações obtidas serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações contidas neste documento antes de prosseguir com este questionário. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

- Sim
- Não

b) Primeira página do questionário

ESCALA DE ATITUDES DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AO DIABETES MELLITUS (EAP-DM)**Instruções**

As afirmativas a seguir referem-se ao diabetes e completam a frase "Em geral, eu acredito que ..."

Ao ler cada uma das afirmativas, **MARQUE** a resposta que, na sua opinião, seja verdadeira para a maioria das situações ou que se aplique para a maioria das pessoas.

Observação: Nesta pesquisa, o termo "profissionais da saúde" refere-se a médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e farmacêuticos.

Por favor, caso avalie a necessidade de reformular as instruções para melhorar a clareza e facilitar seu entendimento, escreva sua proposta de redação.

MARQUE a opção que mais representa sua opinião sobre cada afirmativa.

*

1...os profissionais da saúde deveriam ser capacitados para ter uma boa comunicação com as pessoas que têm diabetes.

- Concordo**
 Não tenho opinião
 Discordo

*

A afirmativa acima apresenta-se clara e de fácil compreensão?

- Sim**
 Não

Por favor, caso avalie a necessidade de reformular a afirmativa acima, para melhorar a clareza e facilitar seu entendimento, escreva sua proposta de redação.

c) Penúltima página do questionário

*** A seguir, apresentamos dois conjuntos de opções de resposta às afirmativas do instrumento.**

CONJUNTO 1:

- Concordo
- Não tenho opinião
- Discordo

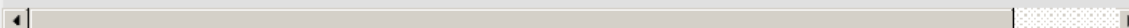
CONJUNTO 2:

- Concordo
- Concordo em parte
- Não tenho opinião
- Discordo

Pensando na sua experiência de responder às 33 afirmativas do instrumento, qual dos dois conjuntos tornaria essa tarefa mais fácil?

- CONJUNTO 1
- CONJUNTO 2

Comentários adicionais (se julgar necessário)



d) Última página do questionário

*** Sexo**

- Feminino
- Masculino

*** Formação Acadêmica**

- Ensino superior
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

*** Área de formação**

- Enfermagem
- Medicina
- Nutrição

*** Área de atuação**

- Ensino
- Pesquisa
- Prestação de serviços
- Ensino e pesquisa
- Ensino e prestação de serviços
- Pesquisa e prestação de serviços
- Ensino, pesquisa e prestação de serviços

Tempo de experiência profissional (em anos)

*

Email

*

Obrigada pela sua participação.

HELOÍSA DE CARVALHO TORRES

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Aplicada - EEUFMG
Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação em
Saúde - NUGEAS

Telefone: +55(31)3409-9850

ADRIANA PAGANO

Professora Titular

Programa de Pós-graduação em Estudos Linguísticos - FALE/UFMG

Telefone: +55(31)3409-6013 FAX: +55(31)3409-6004

<http://letra.lettras.ufmg.br>

adriana.pagano@pq.cnpb.br

apagano@ufmg.br

ILKA AFONSO REIS

Professora Adjunta do Departamento de Estatística, Instituto de Ciências
Exatas - ICEx/UFMG

Telefone: (31)34095937 Fax:(31)34095924

GISELE DE LACERDA CHAVES VIEIRA

Doutoranda em Educação em Saúde e Enfermagem

Escola de Enfermagem - UFMG

APÊNDICE G – Itens do instrumento que receberam sugestões de aprimoramento pelos profissionais da área da saúde na etapa de pré-teste

(Continua)

Versão Adaptada	Sugestões
<p>Instruções</p> <p>As afirmativas a seguir referem-se ao diabetes e completam a frase "Em geral, eu acredito que ..."</p> <p>Ao ler cada uma das afirmativas, MARQUE a resposta que, na sua opinião, é verdadeira para a maioria das situações ou que se aplique para a maioria das pessoas.</p> <p>Observação: Nesta pesquisa, o termo “profissionais da saúde” refere-se a médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e farmacêuticos.</p> <p>1... os profissionais da saúde deveriam ser capacitados para ter uma boa comunicação com as pessoas que têm diabetes.</p> <p>2...as pessoas que não precisam aplicar insulina têm uma forma menos grave do diabetes.</p> <p>3...não é tão necessário controlar a glicemia, porque as complicações que acontecem por causa do diabetes ocorrerão de qualquer maneira.</p>	<p>SUGESTÃO 1: Eu sugiro acrescentar o educador físico e o psicólogo entre os profissionais de saúde. Caso o instrumento seja aplicado na atenção primária, estes profissionais complementam o NASF.</p> <p>SUGESTÃO 1: Os profissionais de saúde devem ter capacitação em comunicação para o atendimento de pessoas com diabetes.</p> <p>SUGESTÃO 1: as pessoas que não precisam aplicar insulina têm uma forma menos avançada do diabetes.</p> <p>SUGESTÃO 1: não há necessidade de controle rigoroso da glicemia, porque o diabetes é uma doença progressiva e as complicações ocorrerão de qualquer maneira</p>

(Continua)

Versão Adaptada	Sugestões
4... o diabetes afeta praticamente todos os aspectos da vida de quem tem esta condição.	SUGESTÃO 1: o diabetes afeta quase todas as dimensões da vida da pessoa.
5...as decisões importantes relativas ao cuidado diário de si devem ser tomadas pela própria pessoa que tem a condição do diabetes.	<p>SUGESTÃO 1: substituir o termo "cuidado diário de si" por "autocuidado".</p> <p>SUGESTÃO 2: as decisões de autocuidado mais importantes em relação ao diabetes devem ser tomadas pela pessoa com a doença.</p> <p>SUGESTÃO 3: Eu concordo que as decisões têm que ser tomadas pela pessoa com diabetes, porém, não sozinho, em conjunto com a equipe.</p> <p>SUGESTÃO 4: Apesar de estar de fácil compreensão, essa afirmativa está um pouco longa. Sugiro que seja redigida assim: "...as decisões importantes relativas ao cuidado diário de si devem ser tomadas pela própria pessoa com diabetes."</p> <p>SUGESTÃO 5: as decisões importantes relativas ao cuidado diário devem ser tomadas pela própria pessoa que tem diabetes.</p> <p>SUGESTÃO 6: as decisões importantes relativas ao autocuidado diário devem ser tomadas pela própria pessoa que tem a condição do diabetes.</p> <p>SUGESTÃO 7: a pessoa que tem a condição do diabetes deve ser estimulada a realizar ações de autocuidado.</p> <p>SUGESTÃO 8: as decisões importantes relativas ao cuidado diário devem ser tomadas pela própria pessoa que tem o diabetes.</p>

(Continua)

Versão Adaptada	Sugestões
<p>6...profissionais da saúde devem ser instruídos sobre como o cuidado diário de si afeta a vida da pessoa que tem diabetes.</p>	<p>SUGESTÃO 1: profissionais da saúde devem ser instruídos sobre como a rotina de autocuidado afeta a vida da pessoa que tem diabetes.</p> <p>SUGESTÃO 2: substituir o termo "cuidado diário de si" por "autocuidado" ... profissionais da saúde devem ser conscientizados sobre como o autocuidado afeta a vida da pessoa que tem diabetes.</p> <p>SUGESTÃO 3: os profissionais de saúde devem ser orientados sobre como o seu cuidado diário afeta a vida da pessoa com diabetes.</p> <p>SUGESTÃO 4: profissionais da saúde devem ser instruídos sobre como o cuidado diário afeta a vida da pessoa que tem diabetes.</p> <p>SUGESTÃO 5: O cuidado diário dos profissionais de saúde afeta a vida da pessoa com diabetes, logo esses profissionais devem ser instruídos sobre esse assunto.</p> <p>SUGESTÃO 6: profissionais da saúde devem ser instruídos sobre como o autocuidado diário afeta a vida da pessoa que tem diabetes.</p> <p>SUGESTÃO 7: profissionais da saúde devem ser instruídos sobre como o próprio cuidado diário afeta a vida da pessoa que tem diabetes.</p> <p>SUGESTÃO 8: profissionais de saúde devem ser instruídos sobre como ações de autocuidado afetam a vida da pessoa com diabetes.</p> <p>SUGESTÃO 9: profissionais da saúde devem ser instruídos sobre como o cuidado diário afeta a vida da pessoa que tem o diabetes</p>
<p>7...geralmente, os idosos com diabetes tipo 2 não desenvolvem complicações relacionadas à esta condição crônica.</p>	<p>SUGESTÃO 1: geralmente, as pessoas idosas com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 não desenvolvem complicações relacionadas a doença.</p> <p>SUGESTÃO 3: Apresenta-se redundante ao considerar o início da afirmativa: "Em geral, acredito que geralmente, os idosos..."</p> <p>Sugiro o seguinte: "em geral, acredito que a maioria dos idosos com diabetes tipo 2 não desenvolvem complicações relacionadas a esta condição crônica".</p>

(Continua)

Versão Adaptada	Sugestões
8...manter a glicemia próxima do normal ajuda a prevenir complicações causadas pelo diabetes.	SUGESTÃO 1: manter valores de níveis glicêmicos próximos da normalidade ajuda a prevenção de complicações relacionadas ao diabetes
9... os profissionais da saúde devem ajudar as pessoas que têm diabetes a tomarem decisões conscientes sobre o seu plano de cuidados.	SUGESTÃO 1: os profissionais de saúde devem ajudar as pessoas com diabetes a tomar decisões sobre o seu plano de cuidados
10...é importante que os profissionais da saúde que ensinam pessoas que têm diabetes aprendam estratégias de aconselhamento.	SUGESTÃO 1: Sugiro substituir a palavra aconselhamento. Quando damos conselhos corremos o risco de o paciente não aderir a nossa estratégia. ...é importante que os profissionais da saúde que trabalham com pessoas que têm diabetes aprendam estratégias para motivar a tomada de decisões pautadas em escolhas assertivas (do ponto de vista clínico) de acordo com o interesse e as necessidades problematizadas pelo paciente.
11...as pessoas que controlam o diabetes apenas com a dieta não precisam se preocupar com complicações a longo prazo.	SUGESTÃO 1: as pessoas com bom controle do diabetes apenas com o seguimento do plano alimentar prescrito não precisam se preocupar com as complicações em longo prazo. SUGESTÃO 2: as pessoas que controlam o diabetes apenas com a alimentação não precisam se preocupar com complicações a longo prazo.
12...praticamente todas as pessoas que têm diabetes devem fazer o máximo possível para manter a glicemia próxima do normal.	SUGESTÃO 1: a maioria das pessoas com diabetes devem se esforçar muito para manter os valores glicêmicos próximos da normalidade. SUGESTÃO 2: Não é "praticamente todas", são "as" pessoas que têm diabetes... ou seja, todas. SUGESTÃO 3: todas as pessoas com diabetes devem se esforçar para manter a glicemia na faixa de normalidade.
13... os efeitos emocionais ocasionados pelo diabetes são poucos.	SUGESTÃO 1: o diabetes é uma doença que afeta pouco os aspectos emocionais da pessoa.

(Continua)

Versão Adaptada	Sugestões
14...as pessoas que têm diabetes devem ser as que decidem suas metas glicêmicas.	<p>SUGESTÃO 1: as pessoas que têm diabetes devem ser as responsáveis pela decisão de suas metas glicêmicas.</p> <p>SUGESTÃO 2: ... as pessoas que têm diabetes devem ser responsáveis por decidir suas metas glicêmicas.</p> <p>SUGESTÃO 3: as pessoas com diabetes devem decidir sobre as suas metas glicêmicas.</p> <p>SUGESTÃO 4: as pessoas com diabetes devem decidir as metas glicêmicas em conjunto com os profissionais, no entanto, o método para atingir tais metas deve ser decidido pela própria pessoa (ex.: melhorar a alimentação, incrementar a atividade física, etc.).</p> <p>SUGESTÃO 5: as metas glicêmicas do indivíduo com diabetes devem ser decididas pelo próprio indivíduo.</p>
15...pessoas que têm diabetes do tipo 2 não precisam fazer medições de glicemia.	SUGESTÃO 1: as pessoas com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 não necessitam de verificar a glicemia capilar
16...para a maioria das pessoas, o controle rigoroso da glicemia pode ser muito arriscado devido ao perigo de elas não reconhecerem os sinais e sintomas de hipoglicemia.	SUGESTÃO 1: para a maioria das pessoas, o controle rigoroso da glicemia pode ser arriscado, devido à falta de conhecimento sobre os sinais e sintomas da hipoglicemia.

(Continua)

Versão Adaptada	Sugestões
<p>17...os profissionais da saúde devem aprender a definir as metas de comum acordo com as pessoas que têm diabetes e não apenas dizer a elas o que fazer.</p>	<p>SUGESTÃO 1: ...os profissionais da saúde devem aprender a definir as metas de comum acordo com as pessoas que têm diabetes e não ser prescritivo, dizendo a elas o que fazer.</p> <p>SUGESTÃO 2: os profissionais de saúde devem definir as metas em conjunto com as pessoas com diabetes, e não apenas prescrever o que elas devem fazer.</p> <p>SUGESTÃO 3: Sugiro apenas substituir: "metas de comum acordo" por "metas em comum acordo".</p>
<p>18...o diabetes é uma condição crônica difícil, porque a pessoa nunca pode parar de se cuidar.</p>	<p>SUGESTÃO 1: o diabetes é uma condição crônica que exige autocuidado durante toda a vida.</p> <p>SUGESTÃO 2: o diabetes é uma condição crônica e a pessoa nunca pode parar de se cuidar.</p>
<p>19...a pessoa que tem diabetes é o principal responsável entre todos os envolvidos no plano de cuidados.</p>	<p>SUGESTÃO 1: a pessoa com diabetes é o principal responsável pelo seu plano de cuidado.</p>
<p>20...para serem bem-sucedidos, os profissionais da saúde envolvidos com educação em diabetes devem aprender boas práticas de ensino.</p>	<p>SUGESTÃO 1: para o sucesso no tratamento, os profissionais de saúde envolvidos na educação em diabetes devem ser capacitados em estratégias de ensino efetivas.</p>
<p>21...o diabetes tipo 2 é uma condição crônica muito grave.</p>	<p>SUGESTÃO 1: o diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 é uma condição crônica grave.</p>
<p>22...o modo como a pessoa enxerga a vida muda quando ela tem diabetes.</p>	<p>SUGESTÃO 1: o modo como a pessoa enxerga a vida é modificado quando ela tem diabetes.</p>

(Continua)

Versão Adaptada	Sugestões
23...as pessoas que têm diabetes tipo 2 provavelmente não serão beneficiadas com o controle rigoroso da glicemia.	SUGESTÃO 1: as pessoas com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 não terão benefícios com o controle rigoroso da glicemia.
24...as pessoas que têm diabetes devem aprender muito sobre esta condição para se tornarem responsáveis pelo seu plano de cuidados.	SUGESTÃO 1: as pessoas com diabetes devem aprender sobre esta condição para se tornarem responsáveis pelo seu plano de cuidados.
25...o diabetes tipo 2 é tão grave quanto o diabetes tipo 1.	SUGESTÃO 1: o diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 é tão grave quanto o diabetes <i>mellitus</i> tipo 1.
26...o controle rigoroso do diabetes dá muito trabalho.	SUGESTÃO 1: o controle rigoroso do diabetes é trabalhoso.
27... tudo o que a pessoa que tem diabetes faz para cuidar de si tem mais impacto do que as ações que o profissional da saúde pode chegar a fazer.	SUGESTÃO 1: o que as pessoas com diabetes fazem para si cuidar têm mais impacto do que as ações dos profissionais de saúde. SUGESTÃO 2: Sugiro substituir "a pessoa que tem diabetes" por "a pessoa com diabetes". SUGESTÃO 3: ações de autocuidado da pessoa com diabetes, refletem maior impacto do que orientações de profissionais da saúde.
28...o controle rigoroso da glicemia só faz sentido para as pessoas que têm diabetes tipo 1.	SUGESTÃO 1: o controle rigoroso da glicemia só é importante para as pessoas com diabetes <i>mellitus</i> tipo 1.
29... ter que cuidar de si é frustrante para as pessoas que têm diabetes.	SUGESTÃO 1: assumir o plano de cuidados é frustrante para a pessoa com diabetes.

(Conclusão)

Versão Adaptada	Sugestões
30...as pessoas que têm diabetes podem decidir quanto que elas estão dispostas a se esforçar para controlar a glicemia.	<p>SUGESTÃO 1: as pessoas com diabetes podem tomar decisões sobre o quanto elas estão dispostas a se comprometer no controle da glicemia.</p> <p>SUGESTÃO 3: Sugiro apenas uma adequação: "as pessoas que têm diabetes podem decidir o quanto elas estão dispostas a se esforçar para controlar a glicemia".</p> <p>SUGESTÃO 4: as pessoas que têm diabetes podem decidir o quanto elas estão dispostas a se esforçar para controlar a glicemia.</p>
31...as pessoas que tomam medicamentos orais para o controlar o diabetes devem se preocupar com a glicemia tanto quanto as que aplicam insulina.	<p>SUGESTÃO 1: as pessoas em uso de medicamentos orais para controle do diabetes devem ter preocupação com os valores de glicemia tanto quanto aquelas que utilizam a insulina</p> <p>SUGESTÃO 2: Para ficar mais claro, sugiro "tanto quanto aquelas que aplicam insulina".</p>
32...é direito das pessoas que têm diabetes não querer cuidar de sua condição crônica.	<p>SUGESTÃO 1: é direito das pessoas com diabetes recusar o cuidado de sua condição crônica.</p>
<p>Opções de resposta:</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p>	<p>Opções de resposta:</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo em parte</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p>

APÊNDICE H – E-mail enviado aos profissionais da área da saúde na etapa de validação

Prezado(a) _____,

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo de doutorado "Tradução, adaptação e validação do questionário Diabetes Attitudes Scale - Third version (DAS-3) para a população brasileira". Este instrumento avalia as atitudes dos profissionais da saúde em relação ao diabetes. A versão traduzida e adaptada foi denominada "**Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes Mellitus (EAP-DM)**".

O estudo encontra-se na etapa de validação do instrumento, na qual é necessária a aplicação do mesmo à profissionais da saúde, em dois momentos diferentes, no intervalo de 15 dias.

Como esta etapa é essencial para o desenvolvimento do estudo, **o qual se torna inviável sem a sua contribuição**, solicitamos que responda ao questionário em um **prazo máximo de 07 dias**.

O instrumento possui 33 questões com quatro opções de resposta. Você gastará aproximadamente **15 minutos para o seu preenchimento**, que deve ser realizado de uma só vez.

Ao clicar no Link, você será direcionado para uma página criada para obter as respostas às afirmativas do instrumento.

Link: https://eSurv.org?s=LCHNFI_5b8c8882

Caso o link não funcione, copie e cole no seu navegador de Internet:

http://esurv.org/online-survey.php?surveyID=LCHNFI_5b8c8882&UID=3226514091

Ao final do questionário, você deverá selecionar o item enviar para que suas respostas sejam registradas com sucesso.

As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas com propósito científico.

Você poderá solicitar qualquer esclarecimento, sempre que sentir necessidade. Os pesquisadores responsáveis poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre essa pesquisa, assim como tirar dúvidas, bastando contato no seguinte endereço de email e/ou telefone: giselelacerdavi@gmail.com e (31) 99750-5615.

Desde já, muito obrigada por sua participação!

APÊNDICE I – Questionário enviado aos profissionais da área da saúde na etapa de validação

a) Apresentação da pesquisa

Apresentação da Pesquisa



*

Prezado(a) Participante

Gostaríamos de contar com a sua colaboração para responder o questionário Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes Mellitus (EAP-DM), traduzido e adaptado do inglês para seu uso com um público alvo brasileiro. Suas respostas serão fundamentais para avaliarmos a confiabilidade e fidedignidade do instrumento.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária e as informações obtidas serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações contidas neste documento antes de prosseguir com este questionário. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

- Sim
 Não

Por favor, para identificá-lo na etapa de re-teste precisarei que coloque abaixo alguns dados.

* Iniciais do seu nome:

b) Primeira página do questionário

* Email:

ESCALA DE ATITUDES DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AO DIABETES MELLITUS (EAP-DM)

Instruções

Ao ler cada uma das afirmativas, **MARQUE** a resposta que, na sua opinião, seja verdadeira para a maioria das situações ou que se aplique para a maioria das pessoas.

Observação: Nesta pesquisa, o termo "profissionais da saúde" refere-se a médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos e educador físico.

MARQUE a opção que mais representa sua opinião sobre cada afirmativa.

As afirmativas a seguir referem-se ao diabetes e completam a frase "Em geral, eu acredito que ..."

*

1...os profissionais da saúde deveriam ser capacitados para ter uma boa comunicação com as pessoas que têm diabetes.

- Concordo**
- Concordo em parte**
- Não tenho opinião**
- Discordo**

*

2...as pessoas que não precisam aplicar insulina têm uma forma menos grave do diabetes.

- Concordo**
- Concordo em parte**
- Não tenho opinião**
- Discordo**

c) Dados sociodemográficos e relativos à formação profissional

*** Sexo**

- Feminino
- Masculino

*** Formação Acadêmica**

- Ensino superior
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

*** Área de formação**

- Enfermagem
- Medicina
- Nutrição
- Psicologia
- Fisioterapia
- Educação Física
- Farmacêutico

*** Área de atuação atual**

- Ensino
- Pesquisa
- Prestação de serviços
- Ensino e pesquisa
- Ensino e prestação de serviços
- Pesquisa e prestação de serviços
- Ensino, pesquisa e prestação de serviços

*** Nível de atenção onde atua.**

- Atenção primária
- Atenção secundária
- Atenção terciária
- Atenção primária e secundária
- Atenção primária e terciária
- Atenção secundária e terciária
- Atenção primária, secundária e terciária

*** Setor de atuação.**

- Público
- Privado
- Público e privado

* Região do país onde reside.

- Sudeste
- Sul
- Norte
- Nordeste
- Centroeste

Tempo de experiência profissional na assistência e/ou pesquisa com pessoas que têm diabetes (em anos)

*

Obrigada pela sua participação.

HELOÍSA DE CARVALHO TORRES

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Aplicada - EEUFMG
Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação em Saúde - NUGEAS

Telefone: +55(31)3409-9850

ADRIANA PAGANO

Professora Titular

Programa de Pós-graduação em Estudos Linguísticos - FALE/UFMG

Telefone: +55(31)3409-6013 FAX: +55(31)3409-6004

<http://letra.letras.ufmg.br>

apagano@ufmg.br

adriana.pagano@pq.cnpb.br

ILKA AFONSO REIS

Professora Adjunta do Departamento de Estatística, Instituto de Ciências Exatas - ICEx/UFMG

Telefone: (31)34095937 Fax:(31)34095924

GISELE DE LACERDA CHAVES VIEIRA

Doutoranda em Educação em Saúde e Enfermagem

Escola de Enfermagem - UFMG

APÊNDICE J- Frequência de respostas no teste-reteste e porcentagem de participantes que deram respostas discordantes para as pontuações extremas (concordo x discordo) nos dois momentos

(Continua)

Afirmativa 1		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas	
		Concordo	Concordo em parte	Discordo	Total		
Teste	Concordo	115	1	1	117	0.01%	
	Concordo em parte	1	2	0	3		
	Total	116	3	1	120		
Afirmativa 2		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas	
		Concordo	Concordo em parte	Discordo	Total		
Teste	Concordo	7	8	2	17	0.02%	
	Concordo em parte	2	25	12	39		
	Não tenho opinião	0	0	1	1		
	Discordo	0	8	55	63		
	Total	9	41	70	120		
Afirmativa 3		Reteste			% de discordância para as pontuações extremas		
		Concordo em parte	Discordo	Total			
Teste	Discordo	1	119	120	0.00%		
	Total	1	119	120			
Afirmativa 4		Reteste					% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo	Total	
Teste	Concordo	54	13	0	0	18	0.01%
	Concordo em parte	11	21	1	2	35	
	Discordo	1	10	0	7	18	
	Total	66	44	1	9	120	

(Continua)

Afirmativa 5		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Discordo	Total	
Teste	Concordo	43	2	1	58	0.01%
	Concordo em parte	20	37	0	57	
	Discordo	0	2	3	5	
	Total	63	53	4	120	
Afirmativa 6		Reteste			% de discordância para as pontuações extremas	
		Concordo	Discordo	Total		
Teste	Concordo	117	1	118	0.01%	
	Concordo em parte	1	0	1		
	Não tenho opinião	1	0	1		
	Total	119	1	120		
Afirmativa 7		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo	Total	
Teste	Concordo	0	0	1	1	0.01%
	Concordo em parte	3	1	1	5	
	Não tenho opinião	0	0	2	2	
	Discordo	3	2	107	112	
	Total	6	3	111	120	
Afirmativa 8		Reteste			% de discordância para as pontuações extremas	
		Concordo	Concordo em parte	Total		
Teste	Concordo	100	6	106	0.00%	
	Concordo em parte	7	6	13		
	Não tenho opinião	1	0	1		
	Total	108	12	120		

(Continua)

Afirmativa 9		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Total	
Teste	Concordo	114	2	1	117	0.00%
	Concordo em parte	2	1	0	3	
	Total	116	3	1	120	
Afirmativa 10		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Discordo	Total	
Teste	Concordo	113	2	0	115	0.00%
	Concordo em parte	4	0	0	4	
	Discordo	0	0	1	1	
	Total	117	2	1	120	
Afirmativa 11		Teste				% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo	
Teste	Concordo	0	0	0	1	0.02%
	Concordo em parte	0	3	0	6	
	Discordo	1	1	1	107	
	Total	1	4	1	114	
Afirmativa 12		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Discordo	Total	
Teste	Concordo	81	12	0	93	0.00%
	Concordo em parte	9	12	2	23	
	Discordo	0	3	1	4	
	Total	90	27	3	120	

(Continua)

Afirmativa 13		Reteste					% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo	Total	
Teste	Concordo em parte	0	1	0	1	2	0.01%
	Não tenho opinião	0	0	0	1	1	
	Discordo	1	5	1	110	117	
	Total	1	6	1	112	120	
Afirmativa 14		Reteste					% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo	Total	
Teste	Concordo	9	5	0	0	14	0.02%
	Concordo em parte	11	44	2	9	66	
	Não tenho opinião	0	1	1	1	3	
	Discordo	2	14	0	21	37	
	Total	22	64	3	31	120	
Afirmativa 15		Reteste					% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo	Total	
Teste	Concordo	0	0	0	1	1	0.02%
	Concordo em parte	0	3	0	1	4	
	Não tenho opinião	0	0	0	1	1	
	Discordo	2	7	1	104	114	
	Total	2	10	1	107	120	

(Continua)

Afirmativa 16		Reteste					% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo	Total	0.04%
Teste	Concordo	4	6	1	0	11	
	Concordo em parte	3	15	2	10	30	
	Não tenho opinião	0	2	2	1	5	
	Discordo	5	7	0	62	74	
	Total	12	30	5	73	120	
Afirmativa 17		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas	
		Concordo	Concordo em parte	Discordo	Total	0.00%	
Teste	Concordo	98	6	0	104		
	Concordo em parte	8	6	0	14		
	Não tenho opinião	1	0	0	1		
	Discordo	0	0	1	1		
	Total	107	12	1	120		
Afirmativa 18		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas	
		Concordo	Concordo em parte	Discordo	Total	0.03%	
Teste	Concordo	61	11	1	73		
	Concordo em parte	11	19	3	33		
	Discordo	3	7	4	14		
	Total	75	37	8	120		

(Continua)

Afirmativa 19		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Discordo	Total	
Teste	Concordo	85	4	0	89	0.01%
	Concordo em parte	22	6	1	29	
	Discordo	1	1	0	2	
	Total	108	11	1	120	
Afirmativa 20		Reteste			Total	% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião		
Teste	Concordo	110	3	0	113	0.00%
	Concordo em parte	2	3	1	6	
	Não tenho opinião	1	0	0	1	
	Total	113	6	1	120	
Afirmativa 21		Reteste			Total	% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Discordo		
Teste	Concordo	49	8	1	58	0.02%
	Concordo em parte	17	27	3	47	
	Não tenho opinião	1	0	0	1	
	Discordo	2	7	5	14	
	Total	69	47	9	120	

(Continua)

Afirmativa 22		Reteste					% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo	Total	
Teste	Concordo	39	12	0	0	51	0.00%
	Concordo em parte	23	27	4	1	55	
	Não tenho opinião	1	3	0	0	4	
	Discordo	0	8	0	2	10	
	Total	63	50	4	3	120	
Afirmativa 23		Reteste					% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo	Total	
Teste	Concordo	0	0	0	1	1	0.02%
	Concordo em parte	0	2	0	0	2	
	Não tenho opinião	0	0	1	2		
	Discordo	1	3	0	110		
	Total	1	5	1	113	120	
Afirmativa 24		Reteste			% de discordância para as pontuações extremas		
		Concordo	Concordo em parte	Total			
Teste	Concordo	91	9	100	0.00%		
	Concordo em parte	12	8	20			
	Total	103	17	120			

(Continua)

Afirmativa 19		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Discordo	Total	
Teste	Concordo	85	4	0	89	0.01%
	Concordo em parte	22	6	1	29	
	Discordo	1	1	0	2	
	Total	108	11	1	120	
Afirmativa 20		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Total	
Teste	Concordo	110	3	0	113	0.00%
	Concordo em parte	2	3	1	6	
	Não tenho opinião	1	0	0	1	
	Total	113	6	1	120	
Afirmativa 25		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Discordo	Total	
Teste	Concordo	62	12	3	77	0.04%
	Concordo em parte	11	21	1	33	
	Discordo	2	2	6	10	
	Total	75	35	10	120	

(Continua)

Afirmativa 26		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Discordo	Total	
Teste	Concordo	34	6	0	40	0.01%
	Concordo em parte	13	48	4	65	
	Não tenho opinião	0	1	0	1	
	Discordo	1	6	7	14	
	Total	48	61	11	120	
Afirmativa 27		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Discordo	Total	
Teste	Concordo	45	13	3	61	0.05%
	Concordo em parte	14	33	1	48	
	Não tenho opinião	2	0	0	2	
	Discordo	3	4	2	9	
	Total	64	50	6	120	
Questão 28		Reteste				% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo	
Teste	Concordo	0	1	0	2	0.03%
	Concordo em parte	1	0	0	2	
	Não tenho opinião	0	0	1	0	
	Discordo	2	2	0	109	
	Total	3	3	1	113	

(Continua)

Questão 29		Reteste					% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo	Total	
Teste	Concordo	1	3	1	0	5	0.02%
	Concordo em parte	1	20	2	11	34	
	Não tenho opinião	1	1	4	0	6	
	Discordo	2	19	0	54	75	
	Total	5	43	7	65	120	
Questão 30		Reteste					% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo	Total	
Teste	Concordo	56	13	0	0	69	0.02%
	Concordo em parte	13	22	1	2	38	
	Não tenho opinião	0	2	0	1	3	
	Discordo	3	5	0	2	10	
	Total	72	42	1	5	120	
Afirmativa 31		Reteste					% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Discordo	Total		
Teste	Concordo	95	4	1	100	0.02%	
	Concordo em parte	11	3	1	15		
	Discordo	2	1	2	5		
	Total	108	8	4	120		

(Conclusão)

Questão 32		Reteste					% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo	Total	0.01%
Teste	Concordo	42	7	1	1	51	
	Concordo em parte	16	27	2	4	49	
	Não tenho opinião	2	4	0	1	7	
	Discordo	0	3	0	10	13	
	Total	60	41	3	16	120	
Afirmativa 33		Reteste					% de discordância para as pontuações extremas
		Concordo		Total			
Teste	Concordo	119		119			
	Concordo em parte	1		1			
	Total	120		120			

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

APÊNDICE K- Manuscrito 1 – atitudes dos profissionais da saúde em relação ao diabetes mellitus: revisão integrativa

Artigo aprovado na revista Ciência, Cuidado e Saúde

Gisele de Lacerda Chaves Vieira¹

Adriana Silvina Pagano²

Ilka Afonso Reis³

Heloísa de Carvalho Torres⁴

Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.^{1,4}

Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.²

Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.³

Autor responsável:

Gisele de Lacerda Chaves Vieira;

Endereço: Avenida Alfredo Balena, 190. Santa Efigênia;

Belo Horizonte, MG, Brasil;

CEP: 30130-100;

Telefone: (031) 3409-9850

E-mail: giselelacerdavi@gmail.com.

Resumo

Investigar na literatura como são caracterizadas as atitudes dos profissionais da saúde em relação ao diabetes. Revisão integrativa da literatura nas bases *Scientific Electronic Library Online*, Biblioteca digital brasileira de teses e dissertações, Biblioteca Virtual em Saúde, National Library of Medicine, Google Scholar, entre 1990 e 2016, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa. Os resultados dos estudos de natureza quantitativa foram sintetizados e aqueles de natureza qualitativa foram submetidos à análise de conteúdo. Em linhas gerais, os estudos quantitativos mostram que médicos, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos apresentaram atitudes favoráveis em relação ao diabetes. Entretanto, foram encontradas diferenças nas atitudes entre as categorias profissionais em relação à gravidade do diabetes Tipo 2, impacto psicossocial do diabetes e autonomia da pessoa que tem diabetes. Enquanto isso, nos estudos qualitativos identificou-se a presença de atitudes favoráveis e desfavoráveis, entre médicos, no que se refere à autonomia da pessoa que tem diabetes. A síntese do conhecimento pode auxiliar na compreensão das diferentes práticas de cuidado em diabetes e no planejamento de programas de atualização profissional.

Palavras-chave: Atitude do pessoal de Saúde. Diabetes mellitus. Revisão.

Abstract

Investigate the literature how are characterized the attitudes of health professionals in relation to diabetes. Integrative literature review on the basis Scientific Electronic Library Online, Brazilian digital library of theses and dissertations, Virtual Health Library, National Library of Medicine, Google Scholar, between 1990 and 2016, in English, Spanish and Portuguese. The results of quantitative studies were synthesized and those of a qualitative nature were subjected to content analysis. In general, quantitative studies show that doctors, nurses, dietitians and pharmacists showed favorable attitudes toward diabetes. However, there were differences in attitudes between the professional categories in relation to the severity of Type 2 diabetes, psychosocial impact of diabetes and autonomy of the person with diabetes. Meanwhile, in qualitative studies identified the presence of favorable and unfavorable attitudes among doctors, with regard to the autonomy of the person with diabetes. The synthesis of knowledge may help in understanding the different care practices in diabetes and in the planning of professional development programs.

Keywords: Attitude of health personnel. Diabetes mellitus. Review.

Resumen

Investigar en la literatura cómo se caracterizan las actitudes de los profesionales de la salud con respecto a la diabetes. Revisión integradora de la literatura sobre las bases *Scientific Electronic Library Online*, biblioteca digital brasileña de tesis y disertaciones, Biblioteca Virtual en Salud, *National Library of Medicine*, Google Scholar, entre 1990 y 2016, en las lenguas inglesa, española y portuguesa. Los resultados de los estudios de naturaleza cuantitativa fueron sintetizados y los de carácter cualitativo se sometieron al análisis de contenido. En general, los estudios cuantitativos muestran que los médicos, enfermeros, nutricionistas y farmacéuticos presentaron actitudes favorables hacia la diabetes. Sin embargo, hubo diferencias en las actitudes entre las categorías profesionales con relación a la gravedad de la diabetes Tipo 2, el impacto psicosocial de la diabetes y la autonomía de la persona que tiene diabetes. Mientras que en los estudios cualitativos fue identificada la presencia de actitudes favorables y desfavorables, entre los médicos, en cuanto a la autonomía de la persona que tiene diabetes. La síntesis del conocimiento puede ayudar en la comprensión de las diferentes prácticas de cuidado de la diabetes y en la planificación de los programas de desarrollo profesional.

Palabras clave: Actitud del personal de Salud. Diabetes *mellitus*. Revisión.

Introdução

A complexidade envolvida nos cuidados do diabetes *Mellitus* fez com que essa condição se tornasse um desafio para os profissionais da área da Saúde. Aliado a isso está o fato de que, apesar de existirem políticas públicas e de as tecnologias para o tratamento da pessoa que tem diabetes terem avançado, a previsão é que a sua prevalência continue aumentando, bem como as suas complicações^(1,2).

Entre os desafios enfrentados pelos profissionais da área da Saúde está o desenvolvimento de ações educativas que considerem o contexto de vida da pessoa

que tem diabetes e que promovam sua participação e a autonomia nas decisões relacionadas ao tratamento⁽³⁾. Essas ações, por sua vez, são influenciadas pelas atitudes que os profissionais da área da Saúde possuem em relação aos aspectos psicossociais e clínicos que envolvem a condição do diabetes⁽⁴⁾.

A relevância do tema é reforçada pelo fato de que as publicações científicas internacionais que visam identificar as atitudes dos profissionais em relação ao diabetes têm aumentado nas últimas décadas, sendo essas tanto de abordagem qualitativa quanto de abordagem quantitativa⁽⁴⁻⁹⁾. No entanto, ainda existem poucos estudos nacionais que visam investigar essa temática⁽⁸⁾.

Diante desse contexto, acredita-se que o conhecimento sobre o estado da arte das produções científicas relacionadas às atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes pode contribuir para a identificação das atitudes preponderantes entre esses profissionais e, assim, subsidiar a construção de programas de atualização que considerem esses aspectos, uma vez que eles são capazes de influenciar as relações estabelecidas entre os profissionais e as pessoas que convivem com essa condição. Assim, o presente estudo teve como objetivo responder a seguinte questão: Como são caracterizadas as atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes *Mellitus*?

Métodos

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa realizada durante os meses de janeiro a abril de 2016.⁽¹⁰⁾ A pesquisa bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados: BDTD (Biblioteca Digital de Teses de Dissertações), *National Library of Medicine* (Medline/via PubMed), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e *Google Scholar*. Foram selecionados os seguintes descritores de assunto: Atitudes, Atitudes do pessoal de saúde, Diabetes *mellitus*, Profissional de saúde e Percepção. Além disso, a busca dos artigos foi limitada pelos seguintes filtros: período (01/01/1990 a 31/03/2016); língua (inglês, português e espanhol) e idade do público-alvo (19 anos ou mais). Outra estratégia utilizada foi a busca manual nas listas de referências dos estudos selecionados.

Além dos filtros mencionados, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos nacionais e internacionais, estudos primários, de natureza qualitativa ou quantitativa, referentes às atitudes dos profissionais da área da Saúde

em relação ao diabetes *Mellitus*. Para os estudos de abordagem quantitativa, foram selecionados aqueles que utilizaram as versões do instrumento *Diabetes Attitudes Scale - DAS*. A opção por restringir os estudos de abordagem quantitativa àqueles que utilizam o instrumento DAS deve-se ao fato de o mesmo estar sendo traduzido, adaptado e validado no Brasil, constituindo parte da tese de doutorado da primeira autora. Desta forma, à seleção dos artigos considerou-se os aspectos investigados pelo instrumento: gravidade do diabetes Tipo 2, autonomia da pessoa que tem diabetes no processo de decisão terapêutica, impacto psicossocial do diabetes sobre a vida da pessoa que convive com essa condição, Cumpre mencionar que a escolha do período das publicações (1990-2016) tomou como base a data de construção e validação da primeira versão do instrumento *Diabetes Attitudes Scale*, a saber 1989. A primeira versão do instrumento se diferencia da terceira versão por não possuir a subescala “importância do controle rígido da glicose”. Ambas as escalas apresentam uma pontuação que varia entre zero e cinco pontos, sendo que a pontuação mais próxima de cinco indica atitudes favoráveis.

É importante mencionar que as etapas de pesquisa em base de dados, seleção, análise dos estudos e coleta de dados foram realizadas de maneira independente por duas pesquisadoras. A coleta de dados dos artigos selecionados, por sua vez, foi realizada a partir de formulários desenvolvidos pelas autoras considerando-se o delineamento do estudo e as recomendações estabelecidas na literatura^(11,12).

Os dados coletados a partir da seção de resultados das pesquisas de abordagem qualitativa foram submetidos à análise de conteúdo⁽¹³⁾. A análise textual da parte dos resultados dos estudos de abordagem qualitativa foi composta pelas seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Já a avaliação crítica dos estudos foi feita com base em formulários padronizados, considerando cada tipo de delineamento. Para os estudos de natureza qualitativa, utilizou-se o *Critical Appraisal Checklist For Interpretative & Critical Research (JBI-QARI)*⁽¹⁴⁾. Os estudos que obtiveram seis ou mais respostas afirmativas no JBI-QARI permaneceram na amostra final da pesquisa. Para as pesquisas de natureza quantitativa e abordagem observacional, foi utilizado o *Prevalence Critical Appraisal Instrument*⁽¹²⁾. Os estudos que obtiveram seis ou mais respostas afirmativas para este instrumento permaneceram na amostra final da pesquisa. Por fim, os estudos quase-experimentais foram avaliados por meio do *checklist TREND*⁽¹⁵⁾, sendo incluídos os estudos que atendessem a pelo menos 70% das recomendações

metodológicas para o desenvolvimento dos estudos. Cumpre ressaltar, ainda, que os princípios éticos foram mantidos, respeitando-se os direitos autorais, mediante a citação de cada um dos autores.

Resultados e discussão

Foram identificados inicialmente 1.581 estudos, dos quais 18 foram selecionados para integrar a amostra, sendo 11 estudos de delineamento transversal^(4-6,16-22,24), dois estudos quase experimentais^(23,25) e cinco estudos de abordagem qualitativa^(3,7,26-28). O fluxo do processo de inclusão dos estudos encontra-se ilustrado na Figura 1.

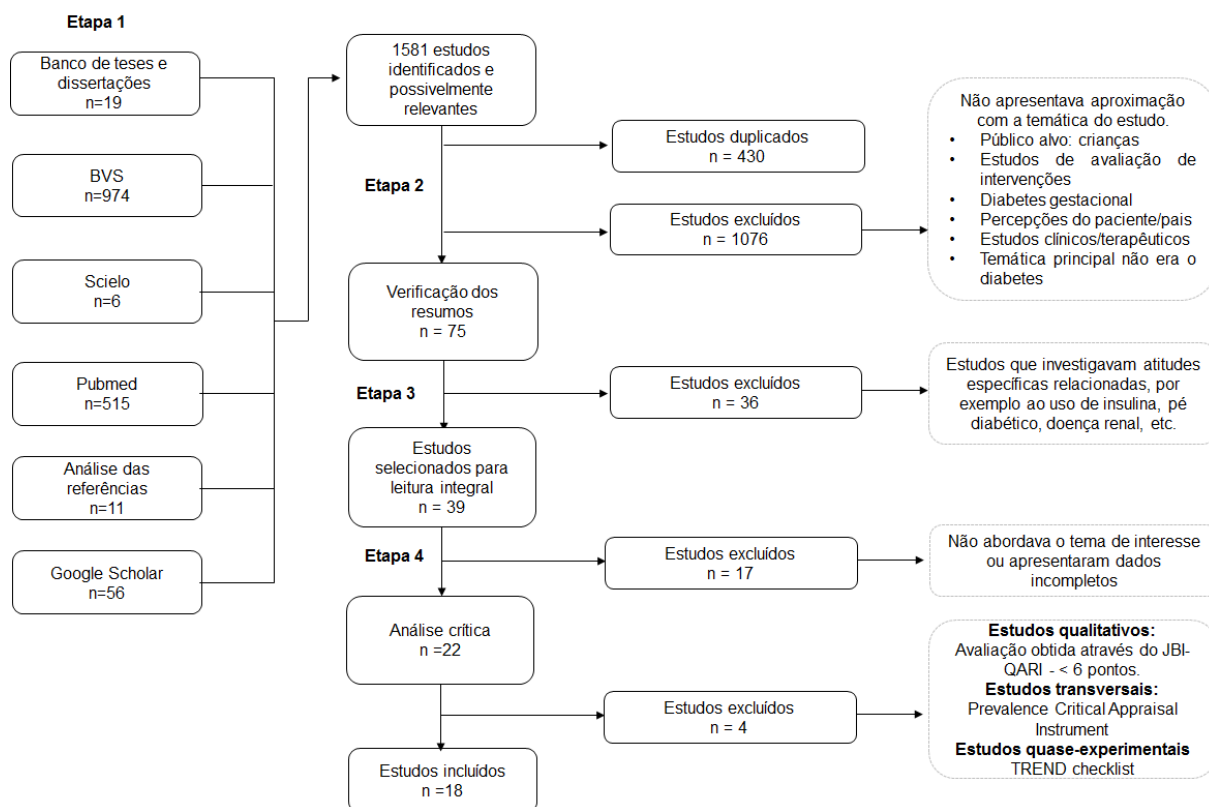


Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para a revisão integrativa sobre as atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes *Mellitus*, de 1990 a 2016.

Em relação à escala utilizada nos estudos de abordagem quantitativa para avaliar as atitudes dos profissionais, nove utilizaram o *Diabetes Attitudes Scale – terceira versão* e quatro utilizaram a primeira versão da escala.

O quadro 1 apresenta descrições das principais características dos artigos de abordagem quantitativa, sendo que cada artigo foi identificado conforme a ordem de citação nas referências.

Quadro 1. Descrição das características dos artigos de abordagem quantitativa que compuseram a revisão. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016. n=13

(Continua)

Referência	Ano	País	Idioma	Método	Escala	Participantes	Características dos participantes	Síntese dos resultados* Média (DP)
Bani-Issa W, Eldeirawi K, Tawil H.A. [4]	2015	Emirados Árabes	Inglês	Transversal	DAS-3	96 médicos, 127 enfermeiros, 52 nutricionistas, 62 farmacêuticos	70% era do sexo feminino; 34% apresentou idade entre 41-60 anos e 39% idade entre 31-40 anos, 51% apresentou entre 1 e 10 anos de experiência	Médicos: [a] 4.6 (0.3), [b] 4.2 (0.5), [c] 3.7 (0.5), [d] 4.0 (0.5), [e] 3.3 (0.4)
								Enfermeiros: [a] 4.4 (0.4), [b] 3.8 (0.5), [c] 3.5 (0.4), [d] 3.9 (0.5), [e] 3.3 (0.4)
								Nutricionistas: [a] 4.5 (0.4), [b] 3.7 (0.4), [c] 3.5 (0.4), [d] 3.7 (0.4), [e] 3.6 (0.5)
								Farmacêuticos: [a] 4.4 (0.4), [b] 3.6 (0.5), [c] 3.3 (0.4), [d] 3.6 (0.5), [e] 3.0 (0.5)
Salinas-Martínez AM, <i>et al.</i> [16]	2004	México	Espanhol	Transversal	DAS-3	255 Médicos	63% era do sexo masculino, média de idade de 42.5 anos, média de 16.5 anos de experiência.	[a] 3.9 (0.6), [b] 4.0 (0.5), [c] 3.9 (0.4), [d] 3.7 (0.5), [e] 3.3 (0.5)
Babelgaith SD, Alfadly S, Baidi M. [5]	2013	Iêmen	Inglês	Transversal	DAS-3	37 médicos, 17 enfermeiros, 19 farmacêuticos	76.7% era do sexo masculino, 43.8% apresentou idade entre 30-39 anos	Médicos: [a] 4.2 (0.5), [b] 3.2 (0.4), [c] 3.4 (0.6), [d] 3.7 (0.4), [e] 3.4 (0.7)
								Enfermeiros: [a] 4.2 (0.5), [b] 2.6 (0.4), [c] 3.4 (0.6), [d] 3.4 (0.5), [e] 3.3 (0.6)
								Farmacêuticos: [a] 4.2 (0.3), [b] 2.9 (0.5), [c] 3.3 (0.7), [d] 3.4 (0.5), [e] 3.0 (1.1)

Observações: * [a] – Subescala: necessidade de atualização; [b] – Subescala: gravidade do diabetes; [c] – Subescala: importância do controle rígido da glicose; [d] – Subescala: impacto psicossocial do diabetes; [e] – Subescala: autonomia da pessoa que tem diabetes.

(Continua)

Referência	Ano	País	Idioma	Método	Escala	Participantes	Características dos participantes	Síntese dos resultados* Média (DP)
Gagliardino JJ, González C, Caporale JE. [6]	2007	Argentina	Inglês	Transversal	DAS-3	252 profissionais da área da Saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistente social e podólogo)	68% era do sexo feminino, média de idade de 43.5 anos	[a] 4.6 (0.3), [b] 3.8 (0.5), [c] 3.5 (0.4), [d] 3.3 (0.5), [e] 2.8 (0.4)
Chen H, <i>et al.</i> [25]	2004	Taiwan	Inglês	Quase experimental	DAS-3	72 farmacêuticos	54.2% era do sexo masculino, 50.2% apresentou entre 10 e 20 anos de formado.	[a] 4.3 (0.4), [b] 3.9 (0.5), [c] 4.0 (0.4), [d] 3.7 (0.5), [e] 3.5 (0.4)
Clark M, Hampson SE. [17]	2003	Reino Unido	Inglês	Transversal	DAS-3	22 médicos, 48 enfermeiros, 34 nutricionistas	81% era do sexo feminino	Médicos: [a] 4.1 (0.4), [b] 4.3 (0.3), [c] 3.8 (0.3), [d] 3.4 (0.3), [e] 3.4 (0.4)
								Enfermeiro: [a] 4.8 (0.2), [b] 4.6 (0.4), [c] 3.9 (0.3), [d] 3.6 (0.4), [e] 4.3 (0.4)
								Nutricionista: [a] 4.1 (0.4), [b] 4.3 (0.3), [c] 3.8 (0.3), [d] 3.4 (0.3), [e] 3.4 (0.4)
Egede LE, Michel Y. [18]	2002	Estados Unidos	Inglês	Transversal	DAS-3	55 médicos	65% era do sexo masculino, média de idade de 33.5 anos.	[a] 4.5 (0.4), [b] 4.1 (0.3), [c] 4.0 (0.2), [d] 4.1 (0.4), [e] 3.9 (0.4)

Continua...

Observações: * [a] – Subescala: necessidade de atualização; [b] – Subescala: gravidade do diabetes; [c] – Subescala: importância do controle rígido da glicose; [d] – Subescala: impacto psicossocial do diabetes; [e] – Subescala: autonomia da pessoa que tem diabetes.

(Conclusão)

Referência	Ano	País	Idioma	Método	Escala	Participantes	Características dos participantes	Síntese dos resultados* Média (DP)
Sharp LK, Lipsky MS. [23]	2002	Estados Unidos	Inglês	Quase experimental	DAS-3	58 médicos, 58 profissionais da área da Saúde com outra formação	68% era do sexo feminino, média de 17 anos de experiência	Médicos: [a] 4.5 (0.3), [b] 4.5 (0.4), [c] 3.9 (0.3), [d] 3.4 (0.5), [e] 4.1 (0.5)
								Profissionais da área da Saúde com outra formação: [a] 4.7 (0.3), [b] 4.5 (0.5), [c] 4.4 (0.6), [d] 4.4 (0.5), [e] 4.1 (0.5)
Fisk DM, <i>et al.</i> [20]	2001	Estados Unidos	Inglês	Transversal	DAS-3	130 médicos	60.8% era do sexo feminino, média de idade de 30.7 anos	[a] 4.7 (0.3), [b] 4.3 (0.7), [c] 4.3 (0.7), [d] 4.3 (0.7), [e] 4.1 (0.9)
Younis WS, Campbell S, Slack MK. [19]	2001	Estados Unidos	Inglês	Transversal	DAS	93 farmacêuticos	61% era do sexo masculino, 41% apresentou idade entre 20 e 40 anos, 49% apresentou entre 10 e 20 anos de formado.	[a] 4.2 (0.7), [b] 3.1 (0.7), [d] 2.9 (0.7), [e] 3.1 (0.8)
Schapansky LM, Johnson JA. [21]	2000	Canadá	Inglês	Transversal	DAS	339 farmacêuticos	63% era do sexo feminino, 57% apresentou entre 10 e 20 anos de formado.	[a] 4.4 (0.5), [b] 3.4 (0.9), [d] 2.9 (0.7), [e] 3.5 (0.7)
Sharp LK, Lipsky MS. [24]	1999	Estados Unidos	Inglês	Transversal	DAS	57 médicos, 34 Profissionais da área da Saúde com outra formação	60% era do sexo feminino, média do tempo de experiência de 15.6 anos	Médicos: [a] 4.4 (0.5), [b] 3.0 (0.6), [d] 3.3 (0.9), [e] 2.8 (0.8)
								Profissionais da área da Saúde com outra formação: [a] 4.7 (0.3), [b] 3.2 (0.5), [d] 3.1 (0.7), [e] 3.6 (0.8)
Shute R, King M, Lehmann J. [22]	1997	Austrália	Inglês	Transversal	DAS	629 enfermeiros	92% era do sexo feminino, média de idade de 33 anos, média de experiência de 10 anos	[a] 4.0 (0.4), [b] 3.5 (0.6), [d] 3.9 (0.5), [e] 3.9 (0.5)

Observações: * [a] – Subescala: necessidade de atualização; [b] – Subescala: gravidade do diabetes; [c] – Subescala: importância do controle rígido da glicose; [d] – Subescala: impacto psicossocial do diabetes; [e] – Subescala: autonomia da pessoa que tem diabetes.

Entre os principais resultados apresentados nos estudos que utilizaram versões do *Diabetes Attitudes Scale*, constam que a menor e a maior pontuação média obtida para as categoriais profissionais na subescala “necessidade de atualização” foram: médicos (3.9-4.7)^(16,20), enfermeiros (4.2-4.8)^(5,17), farmacêuticos (4.2-4.4)^(4,5) e nutricionistas (4.1-4.5)^(4,17). Enfermeiros e médicos foram aqueles que apresentaram atitudes mais favoráveis em relação a esta questão. No entanto, há que se destacar que, enquanto os médicos direcionam a sua formação para os aspectos clínicos, os enfermeiros encontram-se mais envolvidos nas questões relacionadas às práticas educativas direcionadas às pessoas que têm diabetes⁽²⁹⁾.

Quanto às atitudes relacionadas à gravidade do diabetes, a menor e a maior pontuação média obtida entre os profissionais foram: médicos (3.0-4.5)^(23,24), enfermeiros (2.6-4.6)^(5,17), farmacêuticos (2.9-3.9)^(5,25) e nutricionistas (3.7-4.3)^(4,17). A menor pontuação média para esta subescala foi obtida entre os enfermeiros e farmacêuticos, indicando a presença de atitudes menos favoráveis em relação a gravidade do diabetes Tipo 2. Argumenta-se que a forma como os profissionais da área da Saúde percebem essa condição é relevante por possuir implicações diretas no cuidado em diabetes, uma vez que as suas atitudes estão relacionadas às suas práticas profissionais e que eles tendem a prestar mais atenção quando acreditam que a condição a ser tratada é grave⁽⁵⁾.

Para a subescala “importância do controle rígido da glicose”, foram obtidos os seguintes valores mínimos e máximos para pontuação média: médicos (3.4-4.0)^(5,18), enfermeiros (3.4-3.9)^(5,17), farmacêuticos (3.3-4.0)^(4,25) e nutricionistas (3.5-3.8)^(4,17). Para essa subescala, os farmacêuticos foram os que obtiveram a menor pontuação (3.3 ± 0.7)⁽⁵⁾ quando comparados aos demais profissionais.

Ao mesmo tempo, observou-se que, independente da categoria profissional ou do país onde o estudo foi realizado, os profissionais tendem a concordar quanto à importância do controle rígido da glicose. Considerando que o controle glicêmico encontra-se relacionado ao desenvolvimento de complicações e maior mortalidade, ressalta-se a importância de toda a equipe de saúde apresentar atitudes semelhantes e conferir especial importância à essa questão. No entanto, deve-se destacar que os estudos demonstraram também que há um direcionamento específico do tratamento para o alcance de metas glicêmicas com uma tendência a se desconsiderar os outros aspectos relacionados às necessidades das pessoas que têm diabetes^(27,28).

No que diz respeito às atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao impacto psicossocial do diabetes, observou-se uma menor pontuação média entre os

farmacêuticos (2.9 ± 0.7)^(21,24) e uma maior pontuação média entre os médicos (4.3 ± 0.7),⁽²⁰⁾ indicando a presença de atitudes desfavoráveis entre farmacêuticos e favoráveis entre médicos. Entre os estudos, pôde-se observar, ainda, uma variação entre a pontuação média obtida para as categorias profissionais, sendo os valores mínimos e máximos os seguintes: médicos ($3.4-4.3$)^(20,23), enfermeiros ($3.4-3.9$)^(4,5), farmacêuticos ($2.9-3.7$)^(19,25), nutricionistas ($3.4-3.7$)^(4,17). Destaca-se que a maneira como os profissionais valorizam as questões psicossociais relacionadas ao diabetes é uma medida da forma como valorizam as questões relacionadas ao cotidiano da pessoa que convive com esta condição, o que por sua vez reflete nos padrões de comunicação e escuta adotados pelo profissional da área da Saúde⁽¹⁸⁾.

Em relação à autonomia da pessoa que tem diabetes para decidir sobre o seu plano de cuidados, os farmacêuticos foram os que apresentaram a menor pontuação (3.0 ± 1.1)⁽⁵⁾, seguidos pelos médicos (2.8 ± 0.8),⁽²⁴⁾ sendo possível identificar a presença de atitudes desfavoráveis entre esses profissionais. A maior pontuação média para essa subescala foi obtida entre os profissionais de enfermagem (4.3 ± 0.4)⁽¹⁷⁾. No que se refere aos valores mínimos e máximos para a pontuação média de cada categoria profissional, têm-se: médicos ($2.8-4.1$)^(23,24), enfermeiros ($3.3-4.3$)^(5,17), farmacêuticos ($3.0-3.5$)^(4,25), nutricionistas ($3.4-3.6$)^(4,17).

O quadro 2 apresenta descrições das principais características dos artigos de abordagem qualitativa, sendo que cada artigo foi identificado conforme a ordem de citação nas referências.

Quadro 2. Descrição das características dos artigos de abordagem qualitativa que compuseram a revisão. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016. n=5.

(Continua)

Referência	Ano	País	Idioma	Foco de interesse do estudo	Participantes	Características dos participantes	Método/técnica coleta de dados	JBI-QARI
Stuckey HL, <i>et al.</i> [3]	2015	Multicêntrico	Inglês	Descrever as perspectivas dos profissionais da área da Saúde em relação ao seu papel e as responsabilidades da pessoa que tem diabetes.	4785 profissionais da área da Saúde	52.4% era do sexo masculino, média de idade de 45 anos.	Análise temática categorial	8
Abdulhadi NMN, <i>et al.</i> [7]	2013	Omã	Inglês	Explorar as experiências dos profissionais da área da Saúde da atenção primária acerca da relação médico-paciente nas consultas.	19 médicos, 7 enfermeiras.	60% era do sexo feminino, média de idade de 35 anos	Análise de conteúdo/ Entrevista semiestruturada	8
Asimakopoulou K, Newton P, Scambler SS. [28]	2012	Reino Unido	Inglês	Identificar qual é o entendimento dos profissionais da área da Saúde que trabalham com diabetes sobre o termo “empoderamento” e se os profissionais aplicam os princípios desta abordagem na prática.	13 profissionais da área da Saúde	Não explicitado	Análise de conteúdo	6

(Conclusão)

Referência	Ano	País	Idioma	Foco de interesse do estudo	Participantes	Características dos participantes	Método/técnica coleta de dados	JBQARI
Shortus T, Kemp Lynn, Mckenzie S. [27]	2013	Austrália	Inglês	Investigar a perspectiva do médico sobre o envolvimento do paciente nas escolhas de seu tratamento	21 médicos e 8 profissionais da área da Saúde de outras áreas.	Ampla experiência clínica, 14 trabalham na área urbana	Teoria fundamentada nos dados/ Entrevista em profundidade	7
Holmström I, Halford C, Rosenqvist U. [26]	2003	Suécia	Inglês	Identificar a compreensão dos profissionais da área da Saúde sobre os aspectos principais do cuidado em diabetes.	65 médicos, 92 enfermeiras, 12 profissionais de outras áreas.	50% dos médicos era do sexo feminino e 95% dos profissionais da área das Saúde com outra formação era do sexo feminino.	Fenomenografia	7

A análise dos estudos de natureza qualitativa permitiu confirmar os resultados encontrados nas pesquisas de abordagem quantitativa no que se refere às atitudes dos profissionais da área da Saúde sobre a autonomia conferida às pessoas que têm diabetes nas decisões relacionadas ao tratamento. Identificou-se o tema “Atitude do profissional relacionada à autonomia da pessoa que tem diabetes”, que foi dividido em duas categorias: “Atitude informativa” e “Atitude compartilhada”⁽²⁷⁾. Sob essa perspectiva foi possível identificar a percepção dos profissionais sobre a autonomia da pessoa que tem diabetes para tomar decisões relacionadas ao tratamento. Ainda, os estudos identificaram a maior tendência a adotar uma postura paternalista/informativa entre os profissionais médicos^(26,27), conforme pode ser verificado nas falas a seguir:

Eu consegui modificar o estilo de vida dos pacientes. [...] conselhos sobre dieta, estilo de vida e sobre o diabetes, seguir estas recomendações e o tratamento complementar com medicamentos e insulina. (26:55)

Eles {profissionais} informam ou dão conselhos aos pacientes. As recomendações relacionadas ao estilo de vida individual são baseadas unicamente no ponto de vista do profissional sobre o que é certo ou errado – a perspectiva individual do paciente é amplamente ignorada. (26:55)

Eu não negocio. Eu simplesmente falo para eles ‘Olha você tem essa e essa condição. Se não fizermos a coisa certa por você e se você não fizer isso por você mesmo, as chances de você ter isto e aquilo são estas. (27:193)

Em contrapartida, foi possível identificar médicos e outros profissionais da área da Saúde que tentam estimular a participação da pessoa que tem diabetes nas escolhas relacionadas ao tratamento.

[...] fornecer ao paciente conhecimentos sobre a doença para que ele ou ela possam ter o controle sobre o seu tratamento [...]. (26:55)

Eu explico a eles, você tem esses problemas e nós precisamos lidar com eles, nós precisamos ter um prazo. Eu gostaria deste prazo, mas se você quiser outro prazo pode me falar. E então nós podemos estabelecer o prazo. (27:195)

[...] você pode dar-lhes o máximo de informação que você puder, mas em última análise, cabe a eles fazer as mudanças por eles mesmos. Assim, eu penso que eles se tornam o membro mais importante da equipe, porque eles têm o controle sobre o quanto irão se esforçar para fazer. Então, trabalhar dentro do que eles estão preparados para fazer é a melhor forma de obter resultados. (27:196)

Em relação à participação das pessoas que têm diabetes nas decisões relacionadas ao tratamento, os farmacêuticos e médicos demonstraram possuir atitudes desfavoráveis quando comparados aos enfermeiros, o que, argumenta-se, está relacionado ao cuidado centrado nas prioridades dos profissionais e não das pessoas que convivem com essa condição^(5,17,24). Essas atitudes evidenciam uma posição mais paternalista do profissional da área da Saúde em relação às pessoas que têm diabetes^(8,27).

Entretanto, é importante ressaltar que o gerenciamento dos cuidados é realizado, em grande parte, pelas pessoas que têm diabetes. Dessa maneira, enfatiza-se a importância de se considerar as características e as escolhas das pessoas que convivem com o diabetes ao estabelecer os objetivos do tratamento e, assim, contribuir para melhores resultados na prevenção das complicações e na promoção da qualidade de vida⁽³⁾.

Os estudos apontam que as atitudes dos profissionais da área da Saúde se diferenciam, evidenciando que cada categoria profissional possui uma forma diferente de pensar as questões relacionadas ao cuidado em diabetes. As diferenças encontradas nos escores para uma mesma categoria profissional nos estudos que compõem a amostra sugerem que tanto os aspectos culturais quanto aqueles relacionados à formação podem influenciar a forma de pensar e agir desses profissionais⁽¹⁷⁾.

Conclusão

Esta revisão permitiu identificar diferenças nas atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes, pondo em destaque as questões psicossociais relacionadas ao diabetes e à participação das pessoas que convivem com essa condição nas decisões relacionadas ao seu tratamento.

Se, por um lado, houve divergência entre os estudos quanto à importância que os médicos atribuem ao impacto psicossocial relacionado ao diabetes sobre a vida das pessoas, por outro, observou-se certa concordância entre as pesquisas quanto aos resultados dos profissionais de enfermagem, demonstrando que eles atribuem especial importância à essa questão em sua prática. Também foi possível identificar que, enquanto os médicos e farmacêuticos apresentaram atitudes desfavoráveis em relação à participação das pessoas que têm diabetes nas decisões relacionadas ao

seu tratamento, os enfermeiros apresentaram atitudes favoráveis em relação à essa participação.

Os resultados deste estudo chamam a atenção para a necessidade de se investigar essa temática no Brasil e de se promover programas de atualização profissional que considerem esses aspectos.

Referências

1. Morsink LM, Smits MM, Diamant M. Advances in pharmacologic therapies for type 2 diabetes. *Curr Atheroscler Rep*. 2013;15(2):302.
2. Klafke A, Duncan BB, Rosa RS, Moura L, Malta DC, Schmidt MI. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014;23(3):455-62.
3. Stuckey HL, Vallis M, Kovacs BK, Mullan-Jensen CB, Reading JM, Kalra S, et al. “I do my best to listen to patients”: qualitative insights into DAWN2 (diabetes psychosocial care from the perspective of health care professionals in the second diabetes attitudes, wishes and needs study). *Clin Ther*. 2015 Sep;37(9):1986-98.
4. Bani-Issa W, Eldeirawi K, Tawil H.A. Perspectives on the attitudes of healthcare professionals toward diabetes in community health setting in United Arab Emirates. *J Diabetes Mellitus*. 2015;5:1-11.
5. Babelgaith SD, Alfadly S, Baidi M. Assessment of the attitude of health care professionals towards diabetes care in Mukalla, Yemen assessment Yemem. *IJPHS*. 2013;2(4):159-64.
6. Gagliardino JJ, González C, Caporale JE. The diabetes-related attitudes of health care professionals and persons with diabetes in Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(5):304-7.
7. Abdulhadi NMN, Al-Shafae MA, Wahiström R, Hjeim K. Doctors' and nurses' views on patient care for type 2 diabetes: an interview study in primary health care in Oman. *Prim Health Care Res Dev*. 2013;14(3):258-69.
8. David GF, Torres HC, Reis IA. Atitudes dos profissionais de saúde nas práticas educativas em diabetes mellitus na atenção primária. *Cienc Cuid Saude*. 2012;11(4):758-66.
9. AK M, Sucakli MH, Canbal M, Kosar Y. What primary care physicians think about insulin initiation in type 2 diabetes: a field-based study. *Turk J Med Sci*. 2015;45(2):409-15.
10. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):335-45.
11. Chung KC. JHS guidelines on systematic review and meta-analysis submissions. *J Hand Surg Am*. 2012 Jun;37(6):1121-4. doi: 10.1016/j.jhsa.2012.03.024.
12. Munn Z, Moola S, Riitano D, Lisy K. The development of a critical appraisal tool for use in systematic reviews addressing questions of prevalence. *Int J Health Policy Manag*. 2014;3(3):123-8.
13. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf. & Soc.:Est*. 2014;24(1):13-8.

14. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. Adelaide (Austrália): Joanna Briggs Institute, 2011. 200p. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2011.pdf>.
15. Fuller T, Pearson M, Peters JL, Anderson R. Evaluating the impact and use of transparent reporting of evaluations with non-randomised designs (TREND) reporting guidelines. *BMJ Open*. 2012;2:e002073. doi:10.1136/bmjopen-2012-002073
16. Salinas-Martínez AM, Mathiew-Quiros A, Núñez-Rocha GM, Garza-Elizondo ME. Comparación de actitudes hacia la diabetes entre médicos y pacientes diabéticos usuarios del sector privado, seguridad social o servicios de salud del Estado. *Rev Invest Clin*. 2004;56(6):726-36.
17. Clark M, Hampson SE. Comparison of patients' and healthcare professionals' beliefs about and attitudes towards type 2 diabetes. *Diabet Med*. 2003;20(2):152-4.
18. Egede LE, Michel Y. Attitude of internal medicine physicians toward type 2 diabetes. *South Med J*. 2002 Jan;95(1):88-91.
19. Younis WS, Campbell S, Slack MK. Pharmacist's attitudes toward diabetes and their involvement in diabetes education. *Ann Pharmacother*. 2001 Jul-Aug;35(7-8):841-5.
20. Fisk DM, Hayes RP, Barnes CS, Cook CB. Physician assistant students and diabetes: evaluation of attitudes and beliefs. *Diabetes Educ*. 2001 Jan-Feb;27(1):111-8.
21. Schapansky LM, Johnson JA. Pharmacist's attitudes toward diabetes. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2000 May-Jun;40(3):371-7.
22. Shute R, King M, Lehmann J. The effect of nursing education and experience on attitudes to diabetes. *Aust J Adv Nurs*. 1997 Mar-May;14(3):27-32.
23. Sharp LK, Lipsky MS. Continuing medical education and attitudes of health care providers toward treating diabetes. *J Contin Educ Health Prof*. 2002 Spring;22(2):103-12.
24. Sharp LK, Lipsky MS. The short-term impact of a continuing medical education program on provider's attitudes toward treating diabetes. *Diabetes Care*. 1999 Dec;22(12):1929-32.
25. Chen H, Lee T, Huang W, Chang C, Chen C. The short-term impact of a continuing education program on Pharmacists' knowledge and attitudes toward diabetes. *Am J Pharm Educ*. 2004;68(5):1-6.
26. Holmström I, Halford C, Rosenqvist U. Swedish health care professionals' diverse understanding of diabetes care. *Patient Educ Couns*. 2003 Sep;51(1):53-8.
27. Shortus T, Kemp Lynn, Mckenzie S, Harris M. Managing patient involvement: provider perspectives on diabetes decision-making. *Health Expect*. 2013 Jun;16(2):189-98
28. Asimakopoulou K, Newton P, Scambler SS. Health care professionals' understanding and day-to-day practice of patient empowerment in diabetes: time to pause for thought? *Diabetes Res Clin Pract*. 2012 Feb;95(2):224-9.
29. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Silva RRSP. Práticas educativas em diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2012;33(1):169-76.

APÊNDICE L - Manuscrito 2 - tradução, adaptação cultural e validação do diabetes attitudes scale – third version para a língua portuguesa do brasil

Artigo submetido no periódico Revista Latino-americana de Enfermagem em 15/12/2015.

Gisele de Lacerda Chaves Vieira¹
Adriana Silvina Pagano²
Ilka Afonso Reis³
Heloísa de Carvalho Torres⁴

Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.^{1,4}

Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.²

Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.³

Autor responsável:

Heloísa de Carvalho Torres;

Endereço: Avenida Alfredo Balena, 190. Santa Efigênia;

Belo Horizonte, MG, Brasil;

CEP: 30130-100;

Telefone: (031) 3409-9850

E-mail: heloisa.ufmg@gmail.com.

Resumo

Objetivo: Realizar a tradução, adaptação e validação do instrumento *Diabetes Attitudes Scale – third version* para a língua portuguesa do Brasil. **Métodos:** Estudo metodológico realizado em seis etapas: tradução inicial, síntese da tradução inicial, retrotradução, avaliação da versão traduzida pelo Comitê de Juízes (27 Linguistas e 29 profissionais da Saúde), pré-teste e validação. As etapas de pré-teste e de validação (teste e reteste) contaram com a participação de 25 e 120 profissionais da Saúde, respectivamente. O Índice de Validade de Conteúdo, as análises de consistência interna e reprodutibilidade foram realizadas no ambiente de programação estatística R. **Resultados:** Na validação de conteúdo, o instrumento apresentou boa aceitação entre os Juízes com Índice de Validade de Conteúdo médio igual a 0.94. A escala apresentou consistência interna aceitável (alfa de *Cronbach* igual a 0.60), enquanto a concordância do escore total nos momentos de teste e reteste foi considerada alta (Coeficiente de Correlação Policórica igual a 0.86). O Coeficiente de Correlação Intraclasse, para pontuação total, teve o valor de 0.65. **Conclusão:** A

versão brasileira do instrumento (Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus*), foi considerada válida e confiável para ser aplicada a profissionais da Saúde no Brasil.

Descritores: Tradução; Questionários; Diabetes *Mellitus*; Atitude dos Profissionais da Saúde; Estudos de Validação.

Introdução

O diabetes *Mellitus* responde por 5,3% das causas de morte no país. Esta condição, além de causar internações, provoca complicações irreversíveis, que são responsáveis pela diminuição da expectativa de vida, comprometendo as atividades produtivas e a qualidade de vida. Além disso, pode-se dizer que a prevalência do diabetes triplica na população acima de 60 anos, colocando em destaque sua relevância no contexto do envelhecimento populacional no Brasil⁽¹⁾.

O profissional da área da Saúde pode contribuir de forma relevante para que a pessoa que convive com a condição do diabetes consiga alcançar os objetivos em relação ao controle glicêmico⁽²⁾. No entanto, observa-se que as práticas deste profissional ainda são eminentemente prescritivas, sendo influenciadas, na maioria das vezes, pelas atitudes que possui em relação à condição do diabetes⁽³⁾.

Ao se identificar as atitudes destes profissionais, é possível estabelecer estratégias educativas que contribuam para uma prática profissional que considere a integralidade do cuidado e o contexto de vida da pessoa que tem diabetes⁽⁴⁾. Para tanto, é necessário o uso de instrumentos válidos e confiáveis para mensurar as atitudes desses profissionais e que também permitam comparar os resultados das pesquisas realizadas em diferentes países.

Dentre os instrumentos disponíveis na literatura⁽⁴⁻⁶⁾, o *Diabetes Attitudes Scale – third version* (DAS-3) é o instrumento que possui o maior espectro de dimensões para avaliar as atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes *Mellitus*. Cumpre ressaltar que o DAS-3 passou por um processo de avaliação com 1430 profissionais da área da Saúde, apresentando-se válido e confiável, e foi traduzido e adaptado para outros países, apresentando a capacidade de manter as características originais para mensurar o construto em análise⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Com o intuito de disponibilizar um instrumento para uso no contexto brasileiro, o presente estudo teve como objetivo realizar a tradução, adaptação e validação do instrumento *Diabetes Attitudes Scale – third version* (DAS-3).

Método

Pesquisa metodológica que seguiu as recomendações estabelecidas em literatura⁽¹¹⁾. Na análise da equivalência conceitual e de itens, foram explorados conceitos relacionados ao diabetes e ao construto de atitudes com o intuito de verificar se as dimensões do instrumento são relevantes ao contexto cultural brasileiro. Foi realizada uma ampla revisão bibliográfica e encontros interdisciplinares com profissionais da área da Saúde e Linguística Aplicada para discutirem e avaliarem o instrumento. Constatada a viabilidade e pertinência de se utilizar o DAS-3 no Brasil, procedeu-se às etapas seguintes.

O DAS-3 é dividido em cinco subescalas relacionadas: 1) à necessidade de atualização do profissional; 2) à gravidade do Diabetes Tipo 2; 3) ao valor do controle rígido da glicose quando se trata de cuidados com o diabetes; 4) ao impacto psicossocial do diabetes sobre a vida das pessoas e 5) à autonomia da pessoa que convive com o diabetes⁽⁴⁾. O DAS-3 é composto por 33 afirmativas sendo cada uma delas respondida com a ajuda de uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos, abrangendo cinco opções de resposta que vão desde a “total discordância” até a “total concordância”⁽⁴⁾.

O cálculo para cada subescala é obtido através da soma das pontuações de cada uma das afirmativas, sendo esse valor dividido pelo número total de questões referentes à cada subescala. Quanto mais próximas de cinco pontos, mas favoráveis são as atitudes em relação ao diabetes. Além disso, é possível dicotomizar os escores obtidos da seguinte forma: <3 pontos – atitudes desfavoráveis; ≥ 3 pontos – atitudes favoráveis em relação ao diabetes⁽⁴⁾.

A tradução foi realizada, de forma independente, por dois tradutores, gerando as versões T1 e T2 em português brasileiro. As versões traduzidas foram, então, comparadas pelos dois tradutores juntamente com um terceiro tradutor, o que deu origem a uma versão consensual (T1-2). Em seguida, realizou-se a retrotradução do instrumento para o seu idioma original, feita por outros dois tradutores de forma independente, com a finalidade de verificar a correspondência entre a versão original e a versão consensual (T1-2)⁽¹¹⁾.

Após essas etapas, 30 profissionais da área da Saúde e 30 da Linguística Aplicada foram convidados a participar do Comitê de Juízes⁽¹¹⁾. Essa foi uma amostra de conveniência. O convite foi enviado por meio de correio eletrônico, sendo

disponibilizado o *link* para acesso ao instrumento previamente cadastrado na plataforma da *web e-Surv*. Os Juízes foram divididos em três grupos de forma que cada grupo avaliasse 11 afirmativas, uma vez que a avaliação de todas as 33 questões demandaria um tempo superior a 45 minutos. Todos os participantes avaliaram as instruções do instrumento e opções de resposta para que não houvesse prejuízo na compreensão e avaliação da versão traduzida. O objetivo foi avaliar as equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial.

Ao compararem a versão original e a versão traduzida, os Juízes avaliaram o instrumento quanto à necessidade de retradução (1= requer retradução completa; 2= requer retradução parcial com muitas alterações; 3= requer retradução parcial com poucas alterações; 4= não requer retradução) e quanto à pertinência da redução das opções de resposta (de cinco opções para quatro opções).

Após a obtenção das respostas dos Juízes, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), definido pela soma das frequências relativas das respostas “3” e “4”. O objetivo foi verificar o nível de aceitação dos Juízes em relação à adequação dos itens avaliados⁽¹¹⁾. Partiu-se do pressuposto de que quanto maior o IVC, menor o número de alterações necessárias para aprimorar o texto. Após esta fase, foram realizados dois encontros interdisciplinares presenciais com o objetivo de avaliar as sugestões dos Juízes e as necessidades de alterações a fim de obter a versão do instrumento a ser submetida à etapa de pré-teste.

A etapa de pré-teste contou com a participação de 25 profissionais da área da Saúde que prestam assistência a pessoas com diabetes *Mellitus*. Nesta etapa, o questionário foi enviado por meio eletrônico, sendo disponibilizado o *link* para acesso ao instrumento. Os profissionais foram solicitados a responder as 33 afirmativas do instrumento, avaliar cada afirmativa quanto à facilidade de entendimento e clareza da informação e apresentar sugestões de melhoria para aprimoramento do texto⁽¹¹⁾.

Por fim, com objetivo de verificar a confiabilidade do instrumento, esse foi aplicado, por meio da plataforma da *web e-Surv*, a profissionais da área da Saúde em duas ocasiões com um intervalo de 15 dias entre o teste e o reteste⁽¹¹⁾.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi considerado um nível de significância igual a 5%, poder de teste igual a 80%, desvios padrões iguais nas pontuações do teste e do reteste e um coeficiente de correlação igual a 0.30 (valor mínimo a ser detectado na avaliação de confiabilidade). Assim, o tamanho da amostra

mínimo requerido foi de 82 profissionais. Ao considerar a taxa de atrito de 20%, o tamanho final da amostra requerido foi de 100 profissionais da área da Saúde.

A seleção dos profissionais foi realizada por conveniência, a partir do banco de dados do projeto intitulado “Instrumentos de mensuração para as práticas educativas em doenças crônicas: interdisciplinaridade e inovação”. Além disso, solicitou-se que cada profissional que aceitasse participar do estudo indicasse outros profissionais que pudessem participar também. A cada resposta obtida, os emails dos participantes eram registrados, para que os mesmos fossem contatados na etapa de reteste. A aplicação do instrumento foi realizada nos meses de março e abril de 2016. Adicionalmente, foram coletados dados relativos às características sociodemográficas e à experiência profissional dos participantes. A partir das respostas obtidas, foram registrados os *emails* dos participantes para reenvio do questionário na etapa de reteste.

A análise descritiva das variáveis categóricas foi realizada pelo cálculo das frequências absolutas e relativas e, para as variáveis quantitativas, calculou-se médias, desvio-padrão e percentis. A avaliação da consistência interna foi feita a partir do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*⁽¹³⁾. A influência de cada item na consistência interna do instrumento foi medida pelos alfas de ausência, retirando-se uma questão de cada vez.

Na análise da confiabilidade do instrumento, foi utilizado o Coeficiente de Correlação Policórica, visto que a escala de resposta é do tipo categórica ordinal. A porcentagem de concordância entre as respostas no teste-reteste foi calculada para dar apoio à decisão sobre a estabilidade temporal do instrumento.

O Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) também foi utilizado como medida de concordância entre a pontuação total obtida em duas aplicações do instrumento, enquanto o teste de *Wilcoxon* foi utilizado para verificar se houve diferença estatística entre a pontuação mediana da primeira e da segunda aplicação do instrumento⁽⁸⁾. A análise dos dados foi realizada no ambiente de programação estatística R. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº 1.072.984). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado eletronicamente na primeira página do questionário onde os profissionais registraram a concordância em participar do estudo.

Resultados

Dos 60 convites enviados à amostra de profissionais selecionada para compor o Comitê de Juízes, obtiveram-se 56 questionários respondidos, sendo 29 preenchidos por profissionais da área da Saúde (51,8%) e 27 da área de Linguística Aplicada (48,2%). A formação em nível de pós-graduação *Lato sensu* foi registrada em 3,7% dos Juízes, sendo que 80,3% dos Juízes declarou ter realizado curso de pós-graduação *Stricto Sensu* (APÊNDICE D).

De forma geral, o instrumento apresentou valores altos de IVC, resultando em um IVC médio de 0,94 com desvio-padrão de 0,09. As afirmativas 16 e 27, no entanto, apresentaram os menores valores de IVC, indicando a necessidade de maiores alterações, conforme apontado na Tabela 1.

Tabela 1. Frequências absoluta e relativa das respostas do Comitê de Juízes na avaliação dos itens do instrumento e índice de validade de conteúdo. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015.

Item	Requer retradução completa	Requer retradução parcial com muitas alterações	Requer retradução parcial com poucas alterações	Não requer retradução	IVC*
N (%) [†]					
Instruções	0	5 (8.9)	20 (35.7)	31 (55.4)	0.91
Opções de resposta	1 (1.8)	1 (1.8)	19 (33.9)	35 (62.5)	0.96
1	0	2 (11.1)	9 (50.0)	7 (38.9)	0.89
2	0	0	8 (44.4)	10 (55.6)	1.00
3	0	0	8 (44.4)	10 (55.6)	1.00
4	0	0	3 (16.7)	15 (88.3)	1.00
5	0	0	6 (33.3)	12 (66.7)	1.00
6	0	0	6 (33.3)	12 (66.7)	1.00
7	0	0	1 (5.6)	17 (94.4)	1.00
8	0	0	1 (5.6)	17 (94.4)	1.00
9	0	1 (5.6)	4 (22.2)	13 (72.2)	0.94
10	0	0	9 (50.0)	9 (50.0)	1.00
11	0	0	11 (61.1)	7 (38.9)	1.00
12	0	0	8 (40.0)	12 (60.0)	1.00
13	0	3 (15.0)	5 (25.0)	12 (60.0)	0.85
14	1 (5.0)	1 (5.0)	11 (55.0)	7 (35.0)	0.90
15	0	2 (10.0)	9 (45.0)	9 (45.0)	0.90
16	7 (35.0)	2 (10.0)	4 (20.0)	7 (35.0)	0.55
17	0	0	7 (35.0)	13 (65.0)	1.00
18	1 (5.0)	0	5 (25.0)	14 (70.0)	0.95
19	0	0	7 (35.0)	13 (65.0)	1.00
20	0	1 (5.0)	3 (15.0)	16 (80.0)	0.95
21	0	0	0	20 (100.0)	1.00
22	0	1 (5.0)	4 (20.0)	15 (75.0)	0.95
23	1 (5.0)	3 (15.0)	4 (20.0)	12 (60.0)	0.80
24	0	3 (16.7)	11 (61.1)	4 (22.2)	0.83
25	0	0	3 (16.7)	15 (83.3)	1.00
26	0	0	4 (22.2)	14 (77.8)	1.00
27	1 (5.6)	3 (16.7)	10 (55.6)	4 (22.2)	0.78
28	0	0	7 (38.9)	11 (61.1)	1.00
29	0	2 (11.1)	7 (38.9)	9 (50.0)	0.89
30	0	0	12 (66.7)	6 (33.3)	1.00
31	0	1 (5.6)	9 (50.0)	8 (44.4)	0.94
32	0	0	6 (33.3)	12 (66.7)	1.00
33	0	0	1 (5.6)	17 (94.4)	1.00
IVC médio (DP)	0.94 (0.09)				

*IVC – índice de validade de conteúdo; [†]As frequências relativas somam 100% dentro das linhas e as frequências absolutas correspondem ao número de Juízes avaliadores para cada grupo de afirmativas do instrumento, sendo que 18 deles avaliaram as questões de 1 a 11; 20 Juízes avaliaram as questões de 12 a 23 e 18 Juízes avaliaram as questões de 24 a 33. Todos os Juízes avaliaram as instruções e opções de resposta do instrumento.

A redução das opções de resposta para três alternativas foi avaliada como pertinente pelos Juízes. No entanto, na etapa de pré-teste os profissionais da área da Saúde consideraram pertinente incluir a alternativa “concordo em parte”. As justificativas apresentadas foram: facilidade de escolha e entendimento das opções de resposta entre as pessoas que irão responder ao instrumento; ausência de diferença relevante dentro do contexto cultural do Brasil entre as opções, “discordo” e “discordo totalmente”.

Com o intuito de preservar a comparação das pontuações obtidas com o instrumento original e o instrumento traduzido e adaptado no Brasil, optou-se por manter a pontuação das opções de resposta com o intervalo entre 1 e 5 pontos. Desta maneira, às afirmativas com pontuação na ordem direta, foram atribuídos os seguintes pontos: discordo (1 ponto), não tenho opinião (3 pontos), concordo em parte (4 pontos), concordo (5 pontos). Já para as afirmativas que apresentam pontuação reversa (2, 3, 7, 11, 13, 15, 16, 23, 26 e 28), os pontos foram distribuídos da seguinte forma: concordo (1 ponto), concordo em parte (2 pontos), não tenho opinião (3 pontos) e discordo (5 pontos). É importante ressaltar que a opção “não tenho opinião” é pontuada igualmente na ordem direta e reversa.

As principais alterações realizadas na versão traduzida após as sugestões apresentadas pelos Juízes e na etapa de pré-teste foram: (1) substituição do termo “paciente”, “usuário” e “diabético” para “pessoa que tem diabetes”; (2) inclusão dos profissionais fisioterapeuta, farmacêutico, educador físico e psicólogo; (3) alteração da expressão “plano de autocuidado” para “plano de cuidados” e (4) substituição da palavra “doença” por “condição crônica” (APÊNDICE G). Após estas etapas, obteve-se a versão final da Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus* (EAP-DM) conforme pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos itens da versão original do instrumento *Diabetes Attitudes Scale – third version* e da versão brasileira da Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus*, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015

(Continua)

Versão original	Versão final
<p>Título <i>Diabetes Attitudes Scale – third version</i></p> <p>Instruções Below are some statements about diabetes. Each numbered statement finishes the sentence “In general, I believe that...” You may believe that a statement is true for one person but not for another person or may be true one time but not be true another time. Place a check mark in the box below the word or phrase that is closest to your opinion about each statement. Note: The term “health care professionals” in this survey refers to doctors, nurses, and dietitians.</p> <p>Opções de resposta Mark the answer that you believe is true most of the time or is true for most people. () Strongly Agree () Agree () Neutral () Disagree () Strongly Disagree</p> <p>1...<i>health care professionals who treat people with diabetes should be trained to communicate well with their patients.</i></p> <p>2...<i>people who do not need to take insulin to treat their diabetes have a pretty mild disease.</i></p> <p>3...<i>there is not much use in trying to have good blood sugar control because the complications of diabetes will happen anyway.</i></p> <p>4...diabetes affects almost every part of a diabetic person’s life.</p> <p>5...the important decisions regarding daily diabetes care should be made by the person with diabetes.</p> <p>6...health care professionals should be taught how daily diabetes care affects patients’ lives.</p> <p>7...older people with type 2 diabetes do not usually get complications.</p>	<p>Título Escala de atitudes dos profissionais em relação ao Diabetes <i>Mellitus</i> (EAP-DM)</p> <p>Instruções As afirmativas a seguir, referem-se ao diabetes e complementam a frase “Em geral, eu acredito que...” Ao ler cada uma das afirmativas, MARQUE a resposta que, na sua opinião, seja verdadeira para a maioria das situações ou que se aplique para a maioria das pessoas. Observação: Nesta pesquisa, o termo “profissionais da saúde” refere-se a médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos e educador físico.</p> <p>Opções de resposta Marque a opção que mais representa sua opinião sobre cada afirmativa. Concordo Concordo em parte Não tenho opinião Discordo</p> <p>1... os profissionais da saúde deveriam ser capacitados para ter uma boa comunicação com as pessoas que têm diabetes.</p> <p>2...as pessoas que não precisam aplicar insulina têm uma forma menos grave do diabetes.</p> <p>3...não é tão necessário controlar a glicemia, porque as complicações que acontecem por causa do diabetes ocorrerão de qualquer maneira.</p> <p>4... o diabetes afeta praticamente todos os aspectos da vida de quem tem esta condição.</p> <p>5...as decisões importantes relativas ao autocuidado diário devem ser tomadas pela própria pessoa que tem o diabetes.</p> <p>6... os profissionais da saúde devem ser instruídos sobre como a rotina diária do autocuidado afeta a vida da pessoa que tem diabetes.</p> <p>7...os idosos com diabetes tipo 2 não desenvolvem complicações relacionadas à esta condição crônica.</p>

(continua)

Versão original**Versão final**

8...keeping the blood sugar close to normal can help to prevent the complications of diabetes.	8...manter a glicemia próxima do normal ajuda a prevenir complicações causadas pelo diabetes.
9...health care professionals should help patients make informed choices about their care plans.	9... os profissionais da saúde devem ajudar as pessoas que têm diabetes a tomarem decisões conscientes sobre o seu plano de cuidados.
10...it is important for the nurses and dietitians who teach people with diabetes to learn counseling skills.	10...é importante que os profissionais da saúde que ensinam pessoas que têm diabetes aprendam estratégias de aconselhamento.
11... people whose diabetes is treated by just a diet do not have to worry about getting many long-term complications.	11...as pessoas que controlam o diabetes apenas com a alimentação não precisam se preocupar com complicações a longo prazo.
12...almost everyone with diabetes should do whatever it takes to keep their blood sugar close to normal.	12... todas as pessoas que têm diabetes devem fazer o máximo possível para manter a glicemia próxima do normal.
13...the emotional effects of diabetes are pretty small.	13... os efeitos emocionais ocasionados pelo diabetes são poucos.
14...people with diabetes should have the final say in setting their blood glucose goals.	14...as pessoas que têm diabetes devem ser as responsáveis pela decisão de suas metas glicêmicas.
15 ...blood sugar testing is not needed for people with type 2 diabetes.	15...pessoas que têm diabetes do tipo 2 não precisam fazer medições de glicemia.
16...low blood sugar reactions make tight control too risky for most people.	16...para a maioria das pessoas, o controle rigoroso da glicemia pode ser muito arriscado devido ao perigo de elas não reconhecerem os sinais e sintomas de hipoglicemia.
17...health care professionals should learn how to set goals with patients, not just tell them what to do.	17...os profissionais da saúde devem aprender a definir as metas de comum acordo com as pessoas que têm diabetes e não apenas dizer a elas o que fazer.
18...diabetes is hard because you never get a break from it.	18...ter diabetes é difícil, porque a pessoa nunca pode parar de se cuidar.
19. ...the person with diabetes is the most important member of the diabetes care team.	19...a pessoa que tem diabetes é o principal membro entre todos os envolvidos no plano de cuidados.
20. ...to do a good job, diabetes educators should learn a lot about being teachers.	20...para serem bem-sucedidos, os profissionais da saúde envolvidos com educação em diabetes devem aprender boas práticas de ensino.

(Conclusão)

Versão original

21. ...type 2 diabetes is a very serious disease.
22. ... having diabetes changes a person's outlook on life.
23. ...people who have type 2 diabetes will probably not get much payoff from tight control of their blood sugar.
24. ...people with diabetes should learn a lot about the disease so that they can be in charge of their own diabetes care.
25. ...type 2 is as serious as type 1 diabetes.
26. ...tight control is too much work.
27. ...what the patient does has more effect on the outcome of diabetes care than anything a health professional does.
28. ...tight control of blood sugar makes sense only for people with type 1 diabetes.
- 29...it is frustrating for people with diabetes to take care of their disease.
- 30...people with diabetes have a right to decide how hard they will work to control their blood sugar.
- 31...people who take diabetes pills should be as concerned about their blood sugar as people who take insulin.
- 32...people with diabetes have the right not to take good care of their diabetes.
- 33...support from family and friends is important in dealing with diabetes.

Versão final

- 21...o diabetes tipo 2 é uma condição crônica muito grave.
- 22...o modo como a pessoa enxerga a vida muda quando ela tem diabetes.
- 23...as pessoas com diabetes tipo 2 provavelmente não terão benefícios com o controle rigoroso da glicemia.
- 24...as pessoas que têm diabetes devem aprender muito sobre esta condição para se tornarem responsáveis pelo seu plano de cuidados.
- 25...o diabetes tipo 2 é tão grave quanto o diabetes tipo 1.
- 26...o controle rigoroso do diabetes dá muito trabalho.
- 27... o que a pessoa que tem diabetes faz para cuidar de si possui mais impacto do que as ações dos profissionais da saúde.
- 28...o controle rigoroso da glicemia só é importante para as pessoas que têm diabetes tipo 1.
- 29... ter que cuidar de si é frustrante para as pessoas que têm diabetes.
- 30...as pessoas que têm diabetes podem decidir o quanto que elas estão dispostas a se esforçar para controlar a glicemia.
- 31...as pessoas que tomam medicamentos orais para controlar o diabetes devem se preocupar com a glicemia tanto quanto as que aplicam insulina.
- 32...é direito das pessoas que têm diabetes não querer cuidar de sua condição crônica.
- 33...é importante ter o apoio da família e dos amigos para lidar com o diabetes.

Para análise de confiabilidade (teste-reteste) foi possível contar com a participação de 120 profissionais da área da Saúde. A caracterização dos participantes é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização dos profissionais que participaram da etapa de validação da EAP-DM. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016. (n=120)

Perfil dos participantes		n (%)*
Sexo	Feminino	103 (85.8)
	Masculino	17 (14.2)
Área de formação	Enfermagem	64 (53.3)
	Medicina	35 (29.2)
	Nutrição	12 (10.0)
	Fisioterapia	4 (3.3)
	Educação Física	3 (2.5)
	Farmácia	1 (0.83)
	Psicologia	1 (0.83)
Nível de atuação	Primária	40 (33.3)
	Secundária	18 (15.0)
	Terciária	15 (12.5)
	Primária e Secundária	14 (11.7)
	Primária e Terciária	9 (7.5)
	Secundária e Terciária	15 (12.5)
	Primária, Secundária e Terciária	9 (7.5)
Grau de formação	Mestrado	41 (34.2)
	Doutorado	33 (27.5)
	Especialização	32 (26.7)
	Graduação	14 (11.7)
Setor de atuação	Público	69 (57.5)
	Privado	10 (8.3)
	Público e privado	41 (34.2)
Região do país	Sudeste	83 (69.2)
	Centroeste	15 (12.5)
	Sul	12 (10.0)
	Nordeste	10 (8.3)
Anos de experiência – Mediana (mín-máx)		8.0 (1.0-45.0)

* n (%): Frequências absoluta e relativa

Foram obtidas as seguintes medianas para as subescalas no teste e reteste, respectivamente: importância da atualização profissional (5.0 e 5.0); gravidade do diabetes *Mellitus* Tipo 2 (4.4 e 4.6); importância do controle rígido da glicose (4.4 e 4.3); impacto psicossocial do diabetes (4.2 e 4.3); importância da autonomia da pessoa que tem diabetes (4.4 e 4.5).

Ao se comparar as pontuações dos momentos do teste e reteste, essas foram consideradas com diferença estatística significativa para as subescalas “impacto

psicossocial do diabetes” ($p\text{-valor}<0.000$), “importância da autonomia da pessoa que tem diabetes nas escolhas do tratamento” ($p\text{-valor}=0.001$) e para o escore geral ($p\text{-valor}=0.003$). Destaca-se que as diferenças encontradas podem ser consideradas pequenas, uma vez que a maior diferença (0.48 pontos) representa apenas 12% da amplitude da escala de medida (4 pontos).

No entanto, ao se reduzir as respostas para três opções (“discordo”, “não tenho opinião” e “concordo”), a diferença entre as pontuações medianas foi considerada estatisticamente significativa apenas para a subescala “impacto psicossocial relacionado ao diabetes” ($p\text{-valor}=0.000$) e para a escala geral ($p\text{-valor}=0.038$), com diferença entre as medianas amostrais igual a 0.04 e 0.14 pontos, respectivamente.

O valor global do alfa de *Cronbach* para a Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus* foi 0.60, indicando consistência interna aceitável. Observa-se que a retirada do conjunto de itens das subescalas leva a uma piora na consistência interna, o que indica a importância das subescalas para o instrumento conforme pode ser observado na Tabela 3.

Na Tabela 3, é possível verificar a presença de correlação de moderada a alta entre os itens. No que se refere à correlação alta e negativa encontrada para o item 6, esta pode ser explicada devido ao fato de a variabilidade das respostas a esse item no segundo momento (reteste) ter sido muito pequena, o que, aliado à grande concentração de respostas em uma única categoria de resposta (“concordo”), impediu o coeficiente de correlação de captar a grande concordância existente entre as respostas a esse item nos dois momentos (97.5%).

Tabela 3. Correlação entre as respostas aos itens, entre as pontuações na subescala e escore total no teste e no reteste e Coeficiente alfa de *Cronbach* (α) para Escala de Avaliação das Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes *Mellitus* (EAP-DM). Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016. (n=120)

Subescala e itens	Coeficiente de Correlação Policórica - teste e reteste	Alfa de <i>Cronbach</i> se o item/subescala for retirado (alfas de ausência)	Percentual de concordância entre as respostas no teste e reteste
Necessidade de atualização profissional	0.987	0.58	
Questão 1	0.813	0.59	97.5%
Questão 6	- 0.894	0.60	97.5%
Questão 10	0.768	0.60	95.0%
Questão 17	0.731	0.59	87.5%
Questão 20	0.778	0.59	94.2%
Gravidade do diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2	0.919	0.58	
Questão 2	0.811	0.61	72.5%
Questão 7	0.708	0.60	91.2%
Questão 11	0.593	0.61	91.6%
Questão 15	0.517	0.60	89.2%
Questão 21	0.682	0.56	67.5%
Questão 25	0.686	0.60	74.2%
Questão 31	0.678	0.60	83.3%
Importância do controle rígido da glicose	0.900	0.56	
Questão 3 [†]	---	0.60	99.2%
Questão 8	0.623	0.60	88.3%
Questão 12	0.763	0.60	78.3%
Questão 16	0.679	0.61	69.2%
Questão 23	0.674	0.60	94.2%
Questão 26	0.800	0.56	74.2%
Questão 28	0.631	0.60	91.6%
Impacto psicossocial do diabetes	0.912	0.56	
Questão 4	0.794	0.56	82.0%
Questão 13	0.466	0.60	92.5%
Questão 18	0.692	0.57	70.0%
Questão 22	0.618	0.58	56.6%
Questão 29	0.521	0.59	65.8%
Questão 33 [†]	---	0.60	99.2%
Importância da autonomia	0.891	0.56	
Questão 5	0.642	0.59	69.2%
Questão 9	0.587	0.60	95.8%
Questão 14	0.659	0.58	61.6%
Questão 19	0.565	0.60	75.8%
Questão 24	0.574	0.60	82.5%
Questão 27	0.443	0.60	70.0%
Questão 30	0.653	0.57	66.6%
Questão 32	0.752	0.59	65.8%
Escore geral	0.860	0.60*	

Observação: * Alfa geral; † As respostas à questão não apresentaram variabilidade em pelo menos um dos momentos, não sendo possível o cálculo do coeficiente de correlação.

A análise da confiabilidade do instrumento foi apoiada pelo cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse, que indicou concordância moderada em todas as subescalas e na escala geral conforme pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4. Coeficiente de correlação intra-classe para a escala geral e suas subescalas. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016. (n=120)

Escala geral e subescalas	Coeficiente de correlação intra-classe (IC95%)
Necessidade de atualização profissional	0.54 (0.40-0.66)
Gravidade do diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2	0.67 (0.56-0.76)
Importância do controle rígido da glicose	0.58 (0.45-0.69)
Impacto psicossocial do diabetes	0.68 (0.57-0.76)
Importância da autonomia	0.67 (0.56-0.76)
Escala geral	0.65 (0.54-0.75)

Discussão

Os estudos que traduziram e adaptaram o DAS-3 utilizaram metodologia semelhante à apresentada na presente pesquisa, diferindo apenas na composição dos especialistas que integraram o Comitê de Juízes. Apesar das diferenças metodológicas relacionadas à atuação do Comitê de Juízes, o DAS-3 mostrou-se um instrumento válido, confiável e de fácil entendimento para uso entre profissionais em diferentes países⁽⁷⁻¹⁰⁾.

As principais modificações nos itens da versão traduzida estiveram relacionadas à mudança do termo utilizado para denominar as pessoas que têm diabetes e a redução das opções de resposta. O termo “diabético” encontra-se em desuso devido aos princípios atuais que consideram a importância da autonomia das pessoas que convivem com a condição do diabetes no processo das escolhas em seu plano de cuidados. O termo diabético utilizado como substantivo rotula as pessoas que têm diabetes a partir de uma perspectiva negativa e, além disso, traz a concepção de que todas as pessoas que convivem com esta condição são iguais, resultando no estabelecimento de condutas padronizadas que não consideram a história de vida e as necessidades individuais destas pessoas⁽¹⁴⁾.

Destaca-se também a redução das opções de resposta, que foi considerada relevante por grande parte dos especialistas. As justificativas dos Juízes para a redução das opções de resposta foram ao encontro das discussões apresentadas na literatura internacional, que demonstram a existência de diferenças nos padrões de resposta para escalas do tipo *Likert* entre pessoas com escolaridade e cultura distintas⁽¹⁵⁾.

Os resultados da avaliação das propriedades psicométricas indicaram consistência interna adequada. Verificou-se, em outros estudos, a presença de variação nos valores de alfa obtidos, o que é justificável, uma vez que o instrumento é aplicado em populações com diferentes características. Apesar disso, as versões traduzidas e validadas em outros países também obtiveram consistência interna considerada adequada⁽⁷⁻¹⁰⁾.

A pontuação mediana do reteste pode ser considerada igual à pontuação mediana do teste para a maioria das subescalas. Destaca-se que as diferenças nas medianas encontradas para a pontuação geral e para a subescala “impacto psicossocial do diabetes”, apesar de serem significativas, podem ser consideradas pequenas (0.04 e 0.14 pontos). Ainda, foi possível observar que as pontuações obtidas para cada subescala apresentaram-se semelhantes aos resultados encontrados em estudo realizado na Espanha⁽⁸⁾.

Em relação aos itens, foi possível observar de moderada a alta capacidade de discriminação verificando-se Coeficientes de Correlação Policórica que variaram de 0.443 a 0.813. Destaca-se que não foi possível comparar estes coeficientes aos estudos realizados em outros países, uma vez que estes estudos não utilizaram o Coeficiente de Correlação Policórica.

Na análise da confiabilidade por meio da estabilidade, obteve-se ICC de 0.65 para a escala como um todo, o que demonstra a estabilidade temporal do instrumento⁽⁸⁾.

Vale considerar que as evidências de validade devem ser acumuladas para fortalecer a confiança na utilização de escalas. Por conseguinte, é desejável que esta escala seja aplicada em amostras representativas e mais heterogêneas de profissionais da área da Saúde considerando as diferentes categorias profissionais e as regiões do país.

Conclusão

Conclui-se que a versão brasileira do *Diabetes Attitudes Scale – third version*, com o nome de Escala de Atitudes dos Profissionais em Relação ao Diabetes *Mellitus* (EAP-DM), satisfaz os critérios de equivalência entre o instrumento original e o traduzido, demonstrando-se válido e confiável para avaliar as atitudes dos profissionais da área da Saúde em relação ao diabetes. A aplicação deste instrumento poderá auxiliar na compreensão das práticas de atenção direcionadas às pessoas que têm diabetes e, assim, subsidiar programas de atualização direcionados aos profissionais da área da Saúde.

Referências

1. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri OS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, *et al.* Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015;24(2):305-14. doi: 10.5123/S1679-49742015000200013.
2. Damasceno MMC, Zanetti ML, Carvalho EC, Teixeira CRS, Araújo MFM, Alencar AMPG. Therapeutic communication between health workers and patients concerning diabetes mellitus care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(4):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_08.pdf. doi: 10.1590/S0104-11692012000400008.
3. Escalante M, Gagliardino JJ, Guzmán JR, Tschiedel B. Call-to-action: timely and appropriate treatment for people with type 2 diabetes in Latin America. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014 Jun;104(3):343-52. doi:10.1016/j.diabres.2014.01.004.
4. Anderson RM, Fitzgerald JT, Funnell MM, Gruppen LD. The Third version of the Diabetes Attitude Scale. *Diabetes Care.* 1998;21:1403-7. doi: 10.2337/diacare.21.9.1403. doi: 10.2337/diacare.21.9.1403.
5. Woodcock AJ, Kinmonth A, Campbell MJ, Griffin SJ, Spiegel NM. Diabetes care from diagnosis: effects of training in patient-centred care on beliefs, attitudes and behavior of primary care professionals. *Patient Educ Couns.* 1999;37:65-79. doi:10.1016/S0738-3991(98)00104-9.
6. Hayes RP, Fitzgerald JT, Jacober SJ. Primary care physician beliefs about insulin initiation in patients with type 2 diabetes. *Int J Clin Pract.* 2008;62(2):860-8. doi: 10.1111/j.1742-1241.2008.01742.

7. Gagliardino JJ, González C, Caporate JE. The diabetes-related attitudes of health care professionals and persons with diabetes in Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(5):304-7. doi: 10.1590/S1020-49892007001000002.
8. Hernández-Anguera JM, Basora J, Ansa X, Piñol JL, Martín F, Figuerola YD. La importancia de la adaptación transcultural y la validación de la DAS-3 (Diabetes Attitude Scale) a la lengua vernácula (DAS-3cat): la versión catalana de un instrumento de medición de actitudes y motivaciones en la diabetes mellitus. *Endocrinol Nutr*. 2004;51(10):542-8. doi:10.1016/S1575-0922(04)74663-X.
9. Babelgaith SD, Alfadly S, Baidi M. Assessment of the attitude of health care professionals towards diabetes care in Mukalla, Yemen. *Int J Med Sci Public Health*. 2013;2(4):159-64.
10. Kumar HKVS, Gupta AK, Kumar A. Attitude of health care professionals about the diabetes in India. *J Soc Health Diabetes*. 2014;2(2):92-5. doi: 10.4103/2321-0656.130795.
11. Epstein J, Osborn RH, Elsworth GR, Beatone DE, Guillemin F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(4):360-9. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.07.013.
12. Dias FSB, Marba STM. The evaluation of prolonged pain in the newborn: adaptation of the EDIN scale for the Brazilian. *Text Context Nursing*. 2014;23(4):964-70. doi: 10.1590/0104-07072014002100013.
13. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J. Med. Educ*. 2011;2:53-5. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
14. Peters KR. "Diabetic" and "Noncompliant Diabetic": terms that need to disappear. *Clin Diabetes*. 2012;30(3):89-91. doi: 10.2337/diaclin.30.3.89.
15. Mottus R, Allik J, Realo A, Rossier J, Zecca G, Ah-kion J, *et al*. The effect of response style on self-reported conscientiousness across 20 countries. *Pers Soc Psychol Bull*. 2012;38(11):1423-36. doi: 10.1177/0146167212451275.

APÊNDICE M - Versões do instrumento

(continua)

Versão traduzida	Versão após comitê de juízes	Versão após o pré-teste/final
<p>Título Pesquisa sobre as atitudes dos profissionais da saúde em relação ao diabetes</p> <p>Instruções As afirmativas a seguir referem-se ao diabetes e complementam a frase "Em geral, eu acredito que..." Ao ler cada uma das afirmativas, você pode achar que algumas se aplicam a uma pessoa, mas não a todas ou que a afirmativa é válida em algumas ocasiões, mas não em todas. Responda pensando na afirmativa que, na sua opinião, é verdadeira a maioria das vezes ou que se aplica à maioria das pessoas. Observação: Nesta pesquisa, o termo "profissionais da saúde" refere-se a médicos, enfermeiros e nutricionistas.</p> <p>Opções de resposta Marque a opção que mais representa sua opinião sobre cada afirmativa. Concordo Totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo Totalmente</p>	<p>Título Escala de atitudes dos profissionais em relação ao Diabetes <i>Mellitus</i> (EAP-DM)</p> <p>Instruções As afirmativas a seguir referem-se ao diabetes e completam a frase "Em geral, eu acredito que ..." Ao ler cada uma das afirmativas, MARQUE a resposta que, na sua opinião, é verdadeira para a maioria das situações ou que se aplique para a maioria das pessoas. Observação: Nesta pesquisa, o termo "profissionais da saúde" refere-se a médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e farmacêuticos.</p> <p>Opções de resposta Marque a opção que mais representa sua opinião sobre cada afirmativa. Concordo Não tenho opinião Discordo</p>	<p>Título Escala de atitudes dos profissionais em relação ao Diabetes <i>Mellitus</i> (EAP-DM)</p> <p>Instruções As afirmativas a seguir, referem-se ao diabetes e complementam a frase "Em geral, eu acredito que..." Ao ler cada uma das afirmativas, MARQUE a resposta que, na sua opinião, seja verdadeira para a maioria das situações ou que se aplique para a maioria das pessoas. Observação: Nesta pesquisa, o termo "profissionais da saúde" refere-se a médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos e educador físico.</p> <p>Opções de resposta Marque a opção que mais representa sua opinião sobre cada afirmativa. Concordo Concordo em parte Não tenho opinião Discordo</p>

(Continua)

Versão traduzida	Versão após o comitê de juízes	Versão após o pré-teste/final
1...os profissionais da saúde que tratam diabéticos deveriam ser treinados para se comunicarem bem com os pacientes.	1... os profissionais da saúde deveriam ser capacitados para ter uma boa comunicação com as pessoas que têm diabetes.	1... os profissionais da saúde deveriam ser capacitados para ter uma boa comunicação com as pessoas que têm diabetes.
2...os diabéticos que não precisam tomar insulina têm uma forma menos grave da doença.	2...as pessoas que não precisam aplicar insulina têm uma forma menos grave do diabetes.	2...as pessoas que não precisam aplicar insulina têm uma forma menos grave do diabetes.
3...não é necessário controlar a glicemia, porque as complicações que acontecem por causa do diabetes ocorrerão de qualquer maneira.	3...não é tão necessário controlar a glicemia, porque as complicações que acontecem por causa do diabetes ocorrerão de qualquer maneira.	3...não é tão necessário controlar a glicemia, porque as complicações que acontecem por causa do diabetes ocorrerão de qualquer maneira.
4... o diabetes afeta praticamente todos os aspectos da vida de quem tem a doença.	4... o diabetes afeta praticamente todos os aspectos da vida de quem tem esta condição.	4... o diabetes afeta praticamente todos os aspectos da vida de quem tem esta condição.
5...as decisões importantes relativas ao cuidado diário da doença devem ser tomadas pelo próprio diabético.	5...as decisões importantes relativas ao cuidado diário de si devem ser tomadas pela própria pessoa que tem a condição do diabetes.	5...as decisões importantes relativas ao autocuidado diário devem ser tomadas pela própria pessoa que tem o diabetes.
6...profissionais da saúde devem ser instruídos sobre como o cuidado diário do diabetes afeta a vida dos pacientes.	6...profissionais da saúde devem ser instruídos sobre como o cuidado diário de si afeta a vida da pessoa que tem diabetes.	6... os profissionais da saúde devem ser instruídos sobre como a rotina diária do autocuidado afeta a vida da pessoa que tem diabetes.
7...os idosos com diabetes Tipo 2 geralmente não apresentam complicações da doença.	7...geralmente, os idosos com diabetes tipo 2 não desenvolvem complicações relacionadas à esta condição crônica.	7...os idosos com diabetes tipo 2 não desenvolvem complicações relacionadas à esta condição crônica.

(Continua)

Versão traduzida	Versão após o comitê de juizes	Versão após o pré-teste/final
8...manter a glicemia próxima do normal ajuda a prevenir complicações causadas pelo diabetes.	8...manter a glicemia próxima do normal ajuda a prevenir complicações causadas pelo diabetes.	8...manter a glicemia próxima do normal ajuda a prevenir complicações causadas pelo diabetes.
9... os profissionais da saúde devem ajudar os pacientes a tomarem decisões conscientes sobre o plano de autocuidado.	9... os profissionais da saúde devem ajudar as pessoas que têm diabetes a tomarem decisões conscientes sobre o seu plano de cuidados.	9... os profissionais da saúde devem ajudar as pessoas que têm diabetes a tomarem decisões conscientes sobre o seu plano de cuidados.
10...é importante que os enfermeiros e nutricionistas que trabalham com o ensino de autocuidado do diabético se familiarizem com estratégias de aconselhamento.	10...é importante que os profissionais da saúde que ensinam pessoas que têm diabetes aprendam estratégias de aconselhamento.	10...é importante que os profissionais da saúde que ensinam pessoas que têm diabetes aprendam estratégias de aconselhamento.
11...as pessoas que controlam o diabetes apenas no tratamento com dieta não precisam se preocupar com as complicações de longo prazo.	11...as pessoas que controlam o diabetes apenas com a dieta não precisam se preocupar com complicações a longo prazo.	11...as pessoas que controlam o diabetes apenas com a alimentação não precisam se preocupar com complicações a longo prazo.
12...praticamente todos os diabéticos devem fazer o possível para manter a glicemia próxima do normal.	12...praticamente todas as pessoas que têm diabetes devem fazer o máximo possível para manter a glicemia próxima do normal.	12... todas as pessoas que têm diabetes devem fazer o máximo possível para manter a glicemia próxima do normal.
13...o diabetes gera poucos efeitos emocionais.	13... os efeitos emocionais ocasionados pelo diabetes são poucos.	13... os efeitos emocionais ocasionados pelo diabetes são poucos.
14...o usuário deve ser quem decide suas metas glicêmicas.	14...as pessoas que têm diabetes devem ser as que decidem suas metas glicêmicas.	14...as pessoas que têm diabetes devem ser as responsáveis pela decisão de suas metas glicêmicas.

(Continua)

Versão traduzida	Versão após o comitê de juízes	Versão após o pré-teste/final
15...pessoas com diabetes do Tipo 2 não precisam fazer medidas de glicemia.	15...pessoas que têm diabetes do tipo 2 não precisam fazer medições de glicemia.	15...pessoas que têm diabetes do tipo 2 não precisam fazer medições de glicemia.
16...para algumas pessoas, o controle rigoroso pode ser arriscado devido ao perigo de elas não reconhecerem os sinais e sintomas de hipoglicemia.	16...para a maioria das pessoas, o controle rigoroso da glicemia pode ser muito arriscado devido ao perigo de elas não reconhecerem os sinais e sintomas de hipoglicemia.	16...para a maioria das pessoas, o controle rigoroso da glicemia pode ser muito arriscado devido ao perigo de elas não reconhecerem os sinais e sintomas de hipoglicemia.
17... os profissionais da saúde devem ser instruídos sobre como definir metas conjuntamente com os pacientes e não apenas dizer a eles o que fazer.	17...os profissionais da saúde devem aprender a definir as metas de comum acordo com as pessoas que têm diabetes e não apenas dizer a elas o que fazer.	17...os profissionais da saúde devem aprender a definir as metas de comum acordo com as pessoas que têm diabetes e não apenas dizer a elas o que fazer.
18...o diabetes é uma doença difícil, porque o paciente nunca pode parar de se cuidar.	18...o diabetes é uma condição crônica difícil, porque a pessoa nunca pode parar de se cuidar.	18...ter diabetes é difícil, porque a pessoa nunca pode parar de se cuidar.
19...o diabético é a figura principal entre os envolvidos no cuidado à sua doença.	19...a pessoa que tem diabetes é o principal responsável entre todos os envolvidos no plano de cuidados	19...a pessoa que tem diabetes é o principal membro entre todos os envolvidos no plano de cuidados.
20. ... para serem bem-sucedidos, os profissionais da saúde envolvidos com educação em diabetes devem aprender boas práticas de ensino.	20...para serem bem-sucedidos, os profissionais da saúde envolvidos com educação em diabetes devem aprender boas práticas de ensino.	20...para serem bem-sucedidos, os profissionais da saúde envolvidos com educação em diabetes devem aprender boas práticas de ensino.

(Continua)

Versão traduzida	Versão após o comitê de juízes	Versão após o pré-teste/final
21...o diabetes Tipo 2 é uma doença muito grave.	21...o diabetes tipo 2 é uma condição crônica muito grave.	21...o diabetes tipo 2 é uma condição crônica muito grave.
22...o modo como a pessoa enxerga a vida muda quando ela tem diabetes.	22...o modo como a pessoa enxerga a vida muda quando ela tem diabetes.	22...o modo como a pessoa enxerga a vida muda quando ela tem diabetes.
23...o controle da glicemia não vai adiantar muito para as pessoas que têm diabetes Tipo 2.	23...as pessoas que têm diabetes tipo 2 provavelmente não serão beneficiadas com o controle rigoroso da glicemia.	23...as pessoas com diabetes tipo 2 provavelmente não terão benefícios com o controle rigoroso da glicemia.
24...os pacientes devem aprender muito sobre o diabetes, para se responsabilizarem pelo autocuidado.	24...as pessoas que têm diabetes devem aprender muito sobre esta condição para se tornarem responsáveis pelo seu plano de cuidados.	24...as pessoas que têm diabetes devem aprender muito sobre esta condição para se tornarem responsáveis pelo seu plano de cuidados.
25. o diabetes Tipo 2 é tão sério quanto o diabetes tipo 1.	25...o diabetes tipo 2 é tão grave quanto o diabetes tipo 1.	25...o diabetes tipo 2 é tão grave quanto o diabetes tipo 1.
26. ...o controle rigoroso do diabetes é muito trabalhoso.	26...o controle rigoroso do diabetes dá muito trabalho.	26...o controle rigoroso do diabetes dá muito trabalho.
27...as ações do paciente têm mais impacto nos resultados do seu autocuidado do que as ações do profissional da saúde.	27... tudo o que a pessoa que tem diabetes faz para cuidar de si tem mais impacto do que as ações que o profissional da saúde pode chegar a fazer.	27... o que a pessoa que tem diabetes faz para cuidar de si possui mais impacto do que as ações dos profissionais da saúde.

(Conclusão)

Versão traduzida	Versão após o comitê de juízes	Versão após o pré-teste/final
28. ...o controle rigoroso da glicemia só faz sentido para pacientes com o diabetes Tipo 1.	28...o controle rigoroso da glicemia só faz sentido para as pessoas que têm diabetes tipo 1.	28...o controle rigoroso da glicemia só é importante para as pessoas que têm diabetes tipo 1.
29...ter de assumir o autocuidado é frustrante para os diabéticos.	29...é frustrante para as pessoas que têm diabetes ter de controlar a glicemia por meio de um plano de cuidados.	29... ter que cuidar de si é frustrante para as pessoas que têm diabetes.
30...os diabéticos têm o direito de decidir quanto que eles estão dispostos a se esforçar para controlar a glicemia.	30...as pessoas que têm diabetes podem decidir quanto que elas estão dispostas a se esforçar para controlar a glicemia.	30...as pessoas que têm diabetes podem decidir o quanto que elas estão dispostas a se esforçar para controlar a glicemia.
31...os diabéticos que tomam medicamentos orais devem se preocupar com a glicemia tanto quanto os que tomam insulina.	31...as pessoas que tomam medicamentos orais para o controlar o diabetes devem se preocupar com a glicemia tanto quanto as que aplicam insulina.	31...as pessoas que tomam medicamentos orais para controlar o diabetes devem se preocupar com a glicemia tanto quanto as que aplicam insulina.
32...os diabéticos têm o direito de não querer cuidar da própria doença.	32...é direito das pessoas que têm diabetes não querer cuidar de sua condição crônica.	32...é direito das pessoas que têm diabetes não querer cuidar de sua condição crônica.
33...é importante ter o apoio da família e dos amigos para lidar com o diabetes.	33...é importante ter o apoio da família e dos amigos para lidar com o diabetes.	33...é importante ter o apoio da família e dos amigos para lidar com o diabetes.

APÊNDICE N – Escala de Atitudes dos Profissionais em relação ao Diabetes Mellitus (EAP-DM)

Instruções

As afirmativas a seguir, referem-se ao diabetes e complementam a frase “Em geral, eu acredito que...” Ao ler cada uma das afirmativas, MARQUE a resposta que, na sua opinião, seja verdadeira para a maioria das situações ou que se aplique para a maioria das pessoas.

Observação: Nesta pesquisa, o termo “profissionais da saúde” refere-se a médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos e educador físico.

<i>Em geral eu acredito que:</i>	Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo
1... os profissionais da saúde deveriam ser capacitados para ter uma boa comunicação com as pessoas que têm diabetes.				
2...as pessoas que não precisam aplicar insulina têm uma forma menos grave do diabetes.				
3...não é tão necessário controlar a glicemia, porque as complicações que acontecem por causa do diabetes ocorrerão de qualquer maneira.				
4... o diabetes afeta praticamente todos os aspectos da vida de quem tem esta condição.				
5...as decisões importantes relativas ao autocuidado diário devem ser tomadas pela própria pessoa que tem o diabetes.				
6... os profissionais da saúde devem ser instruídos sobre como a rotina diária do autocuidado afeta a vida da pessoa que tem diabetes.				

<i>Em geral eu acredito que:</i>	Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo
7...os idosos com diabetes tipo 2 não desenvolvem complicações relacionadas à esta condição crônica.				
8...manter a glicemia próxima do normal ajuda a prevenir complicações causadas pelo diabetes.				
9... os profissionais da saúde devem ajudar as pessoas que têm diabetes a tomarem decisões conscientes sobre o seu plano de cuidados.				
10...é importante que os profissionais da saúde que ensinam pessoas que têm diabetes aprendam estratégias de aconselhamento.				
11...as pessoas que controlam o diabetes apenas com a alimentação não precisam se preocupar com complicações a longo prazo.				
12... todas as pessoas que têm diabetes devem fazer o máximo possível para manter a glicemia próxima do normal.				
13... os efeitos emocionais ocasionados pelo diabetes são poucos.				
14...as pessoas que têm diabetes devem ser as responsáveis pela decisão de suas metas glicêmicas.				
15...pessoas que têm diabetes do tipo 2 não precisam fazer medições de glicemia.				

<i>Em geral eu acredito que:</i>	Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo
16...para a maioria das pessoas, o controle rigoroso da glicemia pode ser muito arriscado devido ao perigo de elas não reconhecerem os sinais e sintomas de hipoglicemia.				
17...os profissionais da saúde devem aprender a definir as metas de comum acordo com as pessoas que têm diabetes e não apenas dizer a elas o que fazer.				
18...ter diabetes é difícil, porque a pessoa nunca pode parar de se cuidar.				
19...a pessoa que tem diabetes é o principal membro entre todos os envolvidos no plano de cuidados.				
20...para serem bem-sucedidos, os profissionais da saúde envolvidos com educação em diabetes devem aprender boas práticas de ensino.				
21...o diabetes tipo 2 é uma condição crônica muito grave.				
22...o modo como a pessoa enxerga a vida muda quando ela tem diabetes.				
23...as pessoas com diabetes tipo 2 provavelmente não terão benefícios com o controle rigoroso da glicemia.				
24...as pessoas que têm diabetes devem aprender muito sobre esta condição para se tornarem responsáveis pelo seu plano de cuidados.				

<i>Em geral eu acredito que:</i>	Concordo	Concordo em parte	Não tenho opinião	Discordo
25...o diabetes tipo 2 é tão grave quanto o diabetes tipo 1.				
26...o controle rigoroso do diabetes dá muito trabalho.				
27... o que a pessoa que tem diabetes faz para cuidar de si possui mais impacto do que as ações dos profissionais da saúde.				
28...o controle rigoroso da glicemia só é importante para as pessoas que têm diabetes tipo 1.				
29... ter que cuidar de si é frustrante para as pessoas que têm diabetes.				
30...as pessoas que têm diabetes podem decidir o quanto que elas estão dispostas a se esforçar para controlar a glicemia.				
31...as pessoas que tomam medicamentos orais para controlar o diabetes devem se preocupar com a glicemia tanto quanto as que aplicam insulina.				
32...é direito das pessoas que têm diabetes não querer cuidar de sua condição crônica.				
33...é importante ter o apoio da família e dos amigos para lidar com o diabetes.				



ANEXOS

ANEXO A – Diabetes Attitudes Scale – third version

Below are some statements about diabetes. Each numbered statement finishes the sentence “In general, I believe that...” You may believe that a statement is true for one person but not for another person or may be true one time but not be true another time. Mark the answer that you believe is true most of the time or is true for most people. Place a check mark in the box below the word or phrase that is closest to your opinion about each statement. It is important that you answer every statement.

Note: The term “health care professionals” in this survey refers to doctors, nurses, and dietitians.

<i>In general, I believe that:</i>	Strongly agree	Agree	Neutral	Strongly Disagree	Disagree
<i>1. ...health care professionals who treat people with diabetes should be trained to communicate well with their patients.</i>					
<i>2. ...people who do not need to take insulin to treat their diabetes have a pretty mild disease.</i>					
<i>3. ...there is not much use in trying to have good blood sugar control because the complications of diabetes will happen anyway.</i>					
<i>4. ...diabetes affects almost every part of a diabetic person's life.</i>					
<i>5. ...the important decisions regarding daily diabetes care should be made by the person with diabetes.</i>					
<i>6. ...health care professionals should be taught how daily diabetes care affects patients' lives.</i>					

<i>In general, I believe that:</i>	Strongly agree	Agree	Neutral	Strongly disagree	Disagree
<i>7. ...older people with type 2 diabetes do not usually get complications.</i>					
<i>8. ...keeping the blood sugar close to normal can help to prevent the complications of diabetes.</i>					
<i>9. ...health care professionals should help patients make informed choices about their care plans.</i>					
<i>10. ...it is important for the nurses and dietitians who teach people with diabetes to learn counseling skills.</i>					
<i>11. ... people whose diabetes is treated by just a diet do not have to worry about getting many long-term complications.</i>					
<i>12. ...almost everyone with diabetes should do whatever it takes to keep their blood sugar close to normal.</i>					
<i>13. ...the emotional effects of diabetes are pretty small.</i>					
<i>14. ...people with diabetes should have the final say in setting their blood glucose goals.</i>					
<i>15. ...blood sugar testing is not needed for people with type 2 diabetes.</i>					

<i>In general, I believe that:</i>	Strongly agree	Agree	Neutral	Strongly Disagree	Disagree
<i>16. ...low blood sugar reactions make tight control too risky for most people.</i>					
<i>17. ...health care professionals should learn how to set goals with patients, not just tell them what to do.</i>					
<i>18. ...diabetes is hard because you never get a break from it.</i>					
<i>19. ...the person with diabetes is the most important member of the diabetes care team.</i>					
<i>20. ...to do a good job, diabetes educators should learn a lot about being teachers.</i>					
<i>21. ...type 2 diabetes is a very serious disease.</i>					
<i>22. ... having diabetes changes a person's outlook on life.</i>					
<i>23. ...people who have type 2 diabetes will probably not get much payoff from tight control of their blood sugar.</i>					
<i>24. ...people with diabetes should learn a lot about the disease so that they can be in charge of their own diabetes care.</i>					
<i>25. ...type 2 is as serious as type 1 diabetes.</i>					
<i>26. ...tight control is too much work.</i>					
<i>27. ...what the patient does has more effect on the outcome of diabetes care than anything a health professional does.</i>					
<i>28. ...tight control of blood sugar makes sense only for people with type 1 diabetes.</i>					

<i>In general, I believe that:</i>	Strongly agree	Agree	Neutral	Strongly Disagree	Disagree
<i>29. ...it is frustrating for people with diabetes to take care of their disease.</i>					
<i>30. ...people with diabetes have a right to decide how hard they will work to control their blood sugar.</i>					
<i>31. ...people who take diabetes pills should be as concerned about their blood sugar as people who take insulin.</i>					
<i>32. ...people with diabetes have the right not to take good care of their diabetes.</i>					
<i>33. ...support from family and friends is important in dealing with diabetes.</i>					

ANEXO B – Autorização do autor principal para tradução, adaptação e validação do instrumento “diabetes attitudes scale” para a língua portuguesa – Brasil.

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

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

ANEXO C – Parecer substanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DIABETES ATTITUDES SCALE THIRD VERSION (DAS-3) PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Pesquisador: HELOISA DE CARVALHO TORRES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44339015.8.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.072.984

Data da Relatoria: 20/05/2015

Apresentação do Projeto:

O Diabetes Attitudes Scale – third version (DAS-3) é um instrumento que se destina a avaliar as atitudes dos profissionais de saúde em relação ao diabetes mellitus (DM).(1) Considerando a influência que os profissionais de saúde podem exercer sobre as pessoas que possuem diabetes é essencial conhecer as atitudes destes profissionais, uma vez que podem prever os comportamentos relacionados à condução do tratamento.

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e do tipo metodológico. O processo de tradução, adaptação e validação do "Diabetes Attitudes Scale – third version (DAS-3)" foi autorizado pelo autor principal e seguirá os procedimentos recomendados internacionalmente.

Serão convidados a participar do estudo profissionais de saúde ou da área da linguística que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: ter experiência no processo de adaptação e validação de instrumentos ou possuir experiência na assistência a pessoas com DM. Além disso, será necessário apresentar domínio da língua inglesa.

Os juízes selecionados receberão por e-mail um convite para participar do estudo contendo o link

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.072.984

destinado ao acesso do instrumento detalhado em páginas. Os profissionais de saúde serão esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa por meio do endereço eletrônico a ser enviado juntamente com o link do instrumento de coleta de dados e o termo de consentimento livre e esclarecido. Após receber a versão-síntese, será desenvolvido um questionário a ser avaliado pelo comitê de juízes com base na ferramenta on-line e-surv (esurv.org), que permite a criação e o envio de questionários por meio de endereço eletrônico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traduzir, adaptar e validar o instrumento Diabetes Attitudes Scale – third version (DAS-3) para a população brasileira.

Objetivo Secundário:

• Adequar culturalmente o instrumento DAS para uso com a população brasileira; • Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do DAS, verificando a estabilidade e a consistência interna de suas subescalas em uma amostra de profissionais de saúde e da área da linguística e tradução.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo os autores, caso haja algum constrangimento ou desconforto, a doutoranda especifica no TCLE que estará à disposição para o esclarecimento de dúvidas.

Benefícios:

Este estudo irá disponibilizar aos profissionais de saúde e pesquisadores da área um instrumento que avalia as atitudes dos profissionais de saúde fornecendo indicações sobre a necessidade de melhoria nas práticas assistenciais prestadas às pessoas com diabetes mellitus.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante na área em que será desenvolvida. Trata-se projeto para defesa de doutorado. Está bem delineado, contém ampla revisão da literatura, com objetivos claros e método bem descrito. O cronograma de execução é compatível com a proposta da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram adequadamente apresentados:

- Projeto de pesquisa em anexo
- Folha de rosto assinada pelo Diretor da Faculdade de Enfermagem
- Parecer pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.072.984

- TCLE em forma de convite e linguagem acessível

Recomendações:

Retirar do TCLE, a frase "Informo que...não acarretará riscos, desconfortos e despesas"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa relevante no âmbito em que será desenvolvida. Não há impedimentos éticos para sua realização.

Portanto, SMJ, sou favorável pela sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELO HORIZONTE, 21 de Maio de 2015

Assinado por:
Telma Campos Medeiros Lorentz
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3400-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

*Porque d'Ele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente. Amém.
Romanos 11:36*